

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Sandra Bregar

**MODELI PSIHOLOŠKO-SOCIALNEGA SVETOVANJA ZA UPORABNIKE
POSTOPKOV OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2018

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Sandra Bregar

**MODELI PSIHOLOŠKO-SOCIALNEGA SVETOVANJA ZA UPORABNIKE
POSTOPKOV OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO**

Doktorska disertacija

Mentorica: red. prof. dr. Darja Zaviršek

Študijski program:
Skupni doktorski program socialnega dela (INDOSOW)

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, red. prof. dr. Darji Zaviršek za nenehno vzpodbudo, podporo, strokovno usmeritev in dragocene komentarje, ki so prispevali k mojemu učenju in osebnostnemu razvoju.

Sošolcem in sošolkam na študijskem programu INDOSOW za podporo, nasvete, spodbudo in druženje.

Strokovnjakinjam in strokovnjakom, ki so si vzeli čas in z mano delili dragocene izkušnje, strokovne nasvete in usmeritve.

Družini in prijateljem za neizmerno podporo, vzpodbudo in potrpežljivost v času stresnih obdobij.

Evropski uniji, ki je iz Evropskega socialnega sklada delno sofinancirala doktorski študij. Sofinanciranje se je izvajalo v okviru Operativnega programa razvoja človeških virov v obdobju 2007–2013, 1. razvojne prioritete Spodbujanje podjetništva in prilagodljivosti; prednostne usmeritve 1. 3: Štipendijske sheme.

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana študentka SANDRA BREGAR, vpisna številka 06050609, avtorica pisnega zaključnega dela študija z naslovom: Modeli psihološko-socialnega svetovanja za uporabnike postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo

IZJAVLJAM,

1. *Obkrožite eno od variant a) ali b)*

a) da je pisno zaključno delo študija rezultat mojega samostojnega dela;

b) da je pisno zaključno delo študija rezultat lastnega dela več kandidatov in izpolnjuje pogoje, ki jih Statut UL določa za skupna zaključna dela študija ter je v zahtevanem deležu rezultat mojega samostojnega dela;

2. da je tiskana oblika pisnega zaključnega dela študija istovetna elektronski obliki pisnega zaključnega dela študija;

3. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v pisnem zaključnem delu študija in jih v pisnem zaključnem delu študija jasno označil/-a;

4. da sem pri pripravi pisnega zaključnega dela študija ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobil/-a soglasje etične komisije;

5. soglašam, da se elektronska oblika pisnega zaključnega dela študija uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom FSD;

6. da na UL neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve avtorskega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja pisnega zaključnega dela študija na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija UL;

7. [za zaključna dela na 3. stopnji študija, sestavljena iz člankov] da sem od založnikov, na katere sem predhodno izključno prenesla materialne avtorske pravice na člankih, pridobila potrebna soglasja za vključitev člankov v tiskano in elektronsko obliko disertacije. Soglasja UL omogočajo neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno hranjenje avtorskega dela v elektronski obliki in reproduciranje ter dajanje disertacije na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija UL

8. da dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v pisnem zaključnem delu študija in tej izjavi, skupaj z objavo pisnega zaključnega dela študija.

V Ljubljani

Datum: _____

Podpis študentke:

Modeli psihološko-socialnega svetovanja za uporabnike postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo

Povzetek doktorske disertacije

Disertacija govori o neplodnosti, reproduktivnih tehnologijah v globalnem kontekstu, izkušnjah uporabnikov in uporabnic, ki si želijo otroke, vendar jih zaradi neplodnosti, ali drugih osebnih okoliščin ne morejo imeti ter psihološko-socialnem svetovanju v Sloveniji, Nemčiji in Združenem Kraljestvu.

V prvem delu disertacije predstavim primarno in sekundarno neplodnost ter razvoj, uspešnost, legalizacijo in dostopnost medicinsko reproduktivne tehnologije (MRT) v svetu (natančneje v Nemčiji, Sloveniji in Združenem kraljestvu). Disertacija pokaže kako kljub temu da MRT za številne uporabnike predstavlja pomembno rešitev, globalna zagotovitev varne, cenovno dostopne in zanesljive storitve medicinsko reproduktivne tehnologije v 21. stoletju še zdaleč ni realizirana. Z različno mednarodno regulacijo, legalizacijo, razvitostjo in dostopnostjo reproduktivnih tehnologij, pomanjkanjem darovanih (ženskih) spolnih celic ter (pre)dragimi postopki MRT so številni prisiljeni k iskanju reproduktivne pomoči zunaj matične države in s tem izpostavljeni številnim tveganjem.

Disertacija opisuje kako na načrtovanje rojstva otrok vplivajo številni kulturni, ekonomski, vrednostni in drugi dejavniki. Pokaže tudi kako je reprodukcija družbeno regulirana in kako so družbena pričakovanja o poslanstvu in vlogah moških in žensk prispevala k (ne)enakosti med spoloma. Vprašanja o reproduktivnih pravicah in vlogah žensk so pomemben del doktorske disertacije, ki skozi feministične diskurze opisuje materinstvo in reprodukcijo. Kljub ekonomskim, in političnim spremembam tako še vedno ne moremo govoriti o popolni enakosti med spoloma, saj imajo tradicionalne predstave o reproduktivni vlogi in poslanstvu žensk še vedno velik vpliv. Čeprav so sorodstvene vezi tisočletja veljale za samoumevne, disertacija opisuje kako te niso več jasne, saj se z razvojem MRT vzpostavljajo nove oblike sorodstva. Danes se tako pogosteje formirane družinske oblike, ki so zunaj klasičnih heteroseksualno konstruiranih modelov jedrne družine poročenih parov. Disertacija opisuje kako se uporabnice v različnih kulturnih, pravnih, socialnih in političnih kontekstih soočajo z etičnimi dilemami, izzivi, stigmatizacijo, psihološkimi, fizičnimi, socialnimi in finančnimi obremenitvami ter težavami v partnerski zvezi.

V drugem delu disertacije predstavim raziskovalno metodologijo, pristope, cilje, potek raziskave in strokovno ozadje strokovnjakov in strokovnjakinj, ki so sodelovali v raziskavi. Namen doktorske disertacije je predstaviti pregled strokovne prakse psihološko-socialnih svetovalcev in svetovalk iz Nemčije, Združenega kraljestva in Slovenije, ki so prispevali k oblikovanju strokovnih orodij in smernic v Evropi kot tudi mednarodne primerjave priporočil strokovnih smernic. Na podlagi strokovne prakse in razvitih smernic, disertacija raziskuje kompleksna biološka, psihološka in socialna vprašanja.

V zadnjem delu doktorske disertacije opisujem rezultate raziskave, pristope in priporočila strokovnjakov skupaj z že razvitimi strokovnimi smernicami. Predstavljen je tudi poskusen model psihološko-socialnega svetovanja za tiste, ki se odločajo za uporabo postopkov MRT.

Raziskava je pokazala, da se svetovanje v Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu najpogosteje izvaja iz formalnih razlogov, z namenom podpore storitev reproduktivnih centrov in ne z namenom podpore uporabnikov, ki so lahko v stiski in potrebujejo podporo ali več informacij. V Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu je najpogosteje ponujeno le eno brezplačno svetovanje (svetovanje o posledicah uporabe MRT), pred vstopom v postopke MRT. Čeprav je v psihološko-socialnem svetovanju pomembno govoriti o številnih temah (občutkih stigmatizacije, razkritju izkušnje stiske zaradi neplodnosti in uporabe postopkov MRT, tveganjih in posledicah uporabe postopkov MRT, govoru z otrokom o postopkih MRT, pomembnih alternativah, vlogi drugih sodelujočih v postopkih) je pomembnost psihološko-socialnega svetovanja izpostavljena predvsem le v primerih, ko uporaba postopkov prinaša več etičnih vprašanj. Posledično se svetovanje najpogosteje izvaja le v primerih, ko uporaba postopkov vodi v netradicionalne oblike družin in kompleksna družinska razmerja. Raziskava je prav tako pokazala, da se svetovanje z darovalci in darovalkami spolnih celic v Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu v večini primerov ne izvaja.

Čeprav so različne družinske oblike danes vse pogostejše, neplodnost in uporaba postopkov MRT, še posebej, ko vodi v ne-genetsko povezanost med otrokom in starši, v številnih državah ostajata stigmatizirani.

Disertacija želi prispevati k kvaliteti psihološko-socialnega svetovanja v Sloveniji, saj v svetu primanjkuje informacij o vsebini in strukturi psihološko-socialnega svetovanja za tiste, ki se soočajo z neplodnostjo in odločajo za vstop v postopke MRT.

Ključne besede: reprodukcija, reproduktivna tehnologija, neplodnost, načrtovanje družine, socialno starševstvo, socialno delo.

Models of psychosocial counselling for people who are consumers of the assisted reproductive technologies

Doctoral Dissertation Abstract

The doctoral thesis is about global reproductive health problem – infertility, assisted reproductive technology, experience of involuntary childlessness and psychosocial counselling in Slovenia, Germany and United Kingdom.

The first part of dissertation addresses primary and secondary infertility and global development, legalization, success rates and accessibility of assisted reproductive technology procedures (more specifically in Slovenia, Germany and United Kingdom). Despite the fact that assisted reproductive technology procedures provide an important solution for the users, global ensuring of safe, affordable and reliable assisted reproductive technology services in the 21st century is far from being realized. Regulation, legalization, development and criteria of eligibility for the funding and reimbursement of reproductive technologies vary significantly across different countries. With the shortage of donated gametes (egg donors) and too expensive or otherwise inaccessible reproductive technologies, many are forced to use cross border reproductive care, which is not without danger.

The dissertation explores how cultural, economic and other factors affect family planning. It shows how reproduction is socially regulated and how social expectations surrounding gender roles have contributed to gender inequality. Issues regarding women's reproductive rights and roles are important part in dissertation, which addresses motherhood and reproduction through feminist discourse. Traditional notions about the reproductive and domestic roles of women have still a major impact and despite of economic and political changes, we still can't talk about full gender equality. Dissertation shows that with development of assisted reproductive technology taken for granted core concepts of kinship are no longer self-evident. Today's newly formed families are more often outside of the classical heterosexual models of the core family. Users in various cultural, legal, social and political contexts face ethical dilemmas, challenges, stigmatization, psychological, physical, social and financial burdens as well as challenges in a partner relationship.

In the second part of dissertation I present the research methodology, approaches, goals, course of the research and the professional background of the experts who have participated in the research. The aim of the doctoral dissertation is to demonstrate an overview of the professional practice of psychosocial counsellors from Slovenia, Germany and the United Kingdom who have contributed to the development of practice guidelines of professional psychosocial counselling in Europe. Dissertation also compares recommendations of established practice guidelines for the practice of psychosocial counselling. Based on professional practice and established guidelines, the dissertation examines complex biological, psychological and social issues.

In the final part of the doctoral dissertation, I present the results of the research, approaches and recommendations of experts, including already developed professional guidelines. The most important part of the doctoral dissertation is the presentation of the experimental

model of psychosocial counselling for the (future) users of reproductive technology procedures.

The study shows that counselling in Slovenia, Germany and the United Kingdom is most often carried out for formal reasons, with the aim to support the services and not to support the users who may be in distress or need more information. Users in the Slovenia, Germany and United Kingdom are usually offered only one free counselling session, most often before using fertility treatments. Although it is important to address numerous topics in psychosocial counselling (feelings of stigmatization, disclosure of the experience of distress due to infertility and the use of procedures, the risks and consequences of assisted conception, talking to the child about the use of assisted conception, important alternatives, the role of others involved in procedures), the importance of counselling is highlighted mainly when the use of treatments involve ethical issues. Consequently, counselling is most often carried out only in cases, where procedures result in complex family relationships. The study also shows that in most cases gamete donors in Slovenia, Germany and the United Kingdom are not being counselled before donating.

Although new family forms are being increasingly common, doctoral thesis shows that people experiencing fertility problems and users of assisted reproductive technologies are still being stigmatized in many countries (especially when it leads to non-genetic relations).

With the lack of information about the content and structure of psychosocial counselling the present dissertation offers guidance to psychosocial counsellors, who are working with people facing involuntary childlessness in Slovenia.

Keywords: reproduction, assisted reproductive technology, infertility, family planning, social parenthood, social work.

PREDGOVOR

Različne postopke MRT vsako leto opravi na tisoče ljudi, ki se soočajo z neplodnostjo in izhajajo iz različnih kulturnih, pravnih, socialnih in političnih kontekstov. Uporaba reproduktivnih postopkov predstavlja pomembno možnost za ljudi, ki si želijo otroke, vendar jih zaradi neplodnosti (ali drugih razlogov) ne morejo imeti. Disertacija neplodnost in postopke MRT umesti v globalen kontekst in obenem izpostavi edinstvene kontekstualizirane izkušnje, sodobne etične dileme, izzive in obremenitve tistih, ki se soočajo z neplodnostjo in odločajo za uporabo postopkov MRT.

Kljub številnim dokazom o obširni in dolgotrajni stiski zaradi neplodnosti, je psihološko-socialno svetovanje v večini držav nerazvito, neraziskano, slabo pokrito, nepodprto s strani državnih politik, pogosto medikalizirano in se ne izvaja v zadostnem obsegu. S hitrim razvojem reproduktivnih tehnologij se neprestano pojavljajo nove možnosti in s tem nove družinske oblike, etične dileme, tveganja, vprašanja in izzivi, tako za uporabnice kot tudi strokovne delavke.

Čeprav vse več ljudi išče pomoč pri zanositvi in vstopa v postopke MRT, so do danes le redke države razvile strokovne smernice za psihološko-socialne svetovalce, kot tudi ni na voljo smernic, ki bi bile mednarodno uporabne (ne glede na zakone, običaje in vrednote) (Blyth, 2012). Disertacija daje pregled strokovne prakse vodilnih psihološko-socialnih svetovalcev iz Slovenije, Nemčije in Združenega kraljestva in predstavi mednarodno primerjavo priporočil strokovnih smernic. Nemčija in Združeno kraljestvo sta dobro podprli psihološko-socialne svetovalce pri njihovem strokovnem delu in ponujata pomembna znanja pri razvoju novega strokovnega orodja za psihološko-socialne svetovalke v Sloveniji kot tudi mednarodno. V raziskavi predstavljam izkušnje, mnenja, priporočila in pristope strokovnjakinj in strokovnjakov iz Nemčije, Združenega kraljestva in Slovenije. Kljub temu, da številni strokovnjaki opozarjajo na pomembnost psihološko-socialnega svetovanja za darovalce in darovalke spolnih celic, se temu še vedno ne posveča zadostne pozornosti in zato disertacija izpostavlja priporočila tudi za te primere. Posebno pozornost sem namenila tudi nevarnostim medikalizacije psihološko-socialnega svetovanja ter prednostim multidisciplinarne podpore uporabnikov v zdravstvenih enotah ali centrih za reprodukcijo

Disertacija predstavi poskusen model psihološko-socialnega svetovanja za tiste, ki se soočajo z neplodnostjo in odločajo za vstop v postopke MRT. Prispevek naloge je za Slovenijo pomemben, saj smernice pri tem delu še ne obstajajo, prav tako pa ni priročnikov ali drugih strokovnih priporočil, ki bi bila specializirana za strokovno psihološko-socialno svetovanje na področju neplodnosti in uporabe postopkov MRT. S predstavitvijo poskusnega modela psihološko-socialnega svetovanja pričujoča disertacija želi prispevati k kakovosti svetovanja za tiste, ki se odločajo za uporabo postopkov MRT v Sloveniji.

Kazalo vsebine

1. Uvod.....	1
2. Neplodnost v svetu.....	3
2.1. MRT: razvoj in uspešnost.....	7
2.2. Regulacija in legalizacija reproduktivnih tehnologij in njihova dostopnost.....	10
2.3. Stroški, (so)financiranje in dostop do postopkov MRT.....	15
2.4. »Čezmejna reproduktivna pomoč« kot nujnost	20
3. Stigmatizacija neplodnosti	23
4. Neenakosti med spoloma in rešitev postopkov MRT	28
4.1. »Nadzor nad reprodukcijo«: Čas načrtovanja rojstva otrok in upravičenost do postopkov MRT	34
5. MRT in heteronormativnost družinskih oblik in odnosov	42
5.1. Stigmatizacija postopkov MRT z darovano spolno celico in molk	48
6. RAZISKOVALNE METODE	55
7. Nove možnosti MRT, etične dileme in tveganja.....	66
8. Izkušnja neplodnosti in uporabe postopkov MRT	80
8.1. Nemoč, osama in žalovanje	83
8.2. Stiska in podpora pri moških in pri ženskah.....	87
8.2.1 Težave v partnerski zvezi in psihološko-socialno svetovanje	91
8.3. Strategije obvladovanja stiske zaradi neplodnosti	96
9. Razkritje neplodnosti in podpora socialne mreže	99
10. Razlika med psihološko-socialnim svetovanjem in zdravstveno oskrbo osredotočeno na pacienta	102
10.1. Svetovanje medicinskega osebja – na pacienta osredotočena oskrba	104
10.2. Prostor svetovanja in integriranost psihološko-socialnega svetovanja v storitve centrov za reprodukcijo	112
11. Medikalizacija neplodnosti in profesionalna hierarhija	117
12. Namen in pomembnost psihološko-socialnega svetovanja.....	121
12.1. Komu je psihološko-socialno svetovanje namenjeno?.....	122
12.2. Obvezno in neobvezno svetovanje	125
13. Kvalificiranost in izobraževanje psihološko-socialnih svetovalcev.....	127
14. Struktura in vsebina psihološko-socialnega svetovanja	131
14.1. Trajanje in vrsta psihološko-socialnega svetovanja	133
14.2. »Screen IVF« in svetovanje o tveganjih	145

15. Korist otroka – od molka do razkritja	150
15.1. Psihološko-socialno svetovanje v primeru darovanih spolnih celic.....	159
15.2. Svetovanje za darovalce in darovalke spolnih celic.....	171
15.3. Podpora otrokom, ki so bili rojeni s pomočjo MRT	174
16. Rakava obolenja in zamrznitev spolnih celic	178
17. Prenehanje uporabe postopkov MRT in raziskovanje alternativ	181
17.1. Svetovanje po uspešnih postopkih	188
17.2. Drugi viri podpore za uporabnice.....	190
18. Model psihološko-socialnega svetovanja za Slovenijo.....	193
19. ZAKLJUČEK.....	202
20. PREDLOGI	207
21. SEZNAM VIROV	210
21.1. Spletni viri.....	225
22. ABSTRACT	232
23. PRILOGE	253

Kazalo slik

Slika 1: Globalna razširjenost sekundarne neplodnosti.....	6
Slika 2: Rojstvo Luise Brown.....	8
Slika 3: Reklama za kondome	36
Slika 4: Države, v katerih je razširjena organizacija »Scandinavian Seed Siblings«.....	176

Kazalo grafov

Graf 1: Stopnja zanositve (%) na prenos zarodkov glede na starost ženske	38
--	----

Kazalo tabel

1. Tabela 1: Primerjava upravičenosti in razpoložljivosti MRT v Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu	253
2. Tabela 2: Primerjava upravičenosti in razpoložljivosti MRT v ostalih EU državah .	254
3. Tabela 3: Verski sistemi, reprodukcija in starševstvo.....	257

1. Uvod

Glede na globalno zmanjšanje rodnosti, je uporaba postopkov medicinsko reproduktivne tehnologije (MRT) pomembna rešitev tega problema. Doktorska disertacija neplodnost in postopke MRT opisuje v globalnem kontekstu in jih analizira skozi kulturno, zakonsko, politično, socialno, psihološko, medicinsko in zgodovinsko perspektivo. Aplikativna raziskava pa je osredotočena na kontekst Slovenije, Nemčije in Združenega kraljestva.

Socialne, politične, ekonomske, zgodovinske in religiozne tradicije pomembno vplivajo na regulacijo in legalizacijo reproduktivnih tehnologij in zato države različno urejajo dostop do postopkov MRT in upravičenost njihovega (so)financiranja. Čeprav reproduktivne tehnologije v zahodnem svetu ponujajo številne možnosti in rešitve in so na voljo že skoraj štirideset let, te ostajajo predrage in nedostopne za večino svetovnega prebivalstva. Številni uporabniki¹ postopkov MRT (še posebej v primerih »reproduktivnega turizma«) tako plačujejo zelo visoke izdatke in so izpostavljeni številnim tveganjem, da do postopkov lahko dostopajo.

Danes so z uporabo MRT vse pogostejše formirajo nova kompleksna družinska razmerja, ki presegajo biološke omejitve in odstopajo od normativne tradicionalne konjugalne družinske oblike. Opisane so izkušnje (in strategije obvladovanja) tistih, ki se soočajo s stisko zaradi neplodnosti in drugimi izzivi, dilemami, tveganji in etičnimi vprašanji, ko skušajo med številnimi možnostmi, ki jih ponuja MRT, poiskati najprimernejšo rešitev zase.

Različni socialni konteksti vplivajo na življenja tistih, ki si želijo otroke, vendar jih zaradi neplodnosti ali drugih osebnih okoliščin ne morejo imeti. Skozi zgodovino do danes so ideali o starševstvu (predvsem materinstvu) in konstrukti o spolnih razlikah vplivali na življenja posameznic. Skozi feministični diskurz disertacija opozarja na neenakosti med moškimi in ženskami kot tudi na reproduktivne pravice žensk. Te se še danes kljub modernim idealom reproduktivne izbire soočajo s stigmatizacijo neplodnosti, izolacijo in drugimi kolektivnimi pritiski glede načrtovanja družine. Izkušnja neplodnosti je namreč

¹ Doktorska disertacija izmenično uporablja izraz uporabnica in uporabnik in s tem označuje tako uporabnike kot tudi uporabnice.

vpletena v socialne strukture in zato socialna podpora pomembno vpliva na individualne izkušnje tistih, ki se soočajo z neplodnostjo.

Zgodovinski, geografski in institucionalni konteksti pomembno vplivajo na socialno delo, ki se s socialnimi, ekonomskimi in političnimi spremembami neprestano spreminja. Ker je socialno delo vedno kontekstualna dejavnost, znanja svetovalcev pa razvita skozi akcijo in omejena na določen praktični kontekst, disertacija raziskuje, v katerih kontekstih se psihološko-socialno svetovanje izvaja in kako ti konteksti vplivajo na vsebino, obseg in strukturo svetovanja. V svetu (kot tudi Sloveniji) primanjkuje informacij o vsebini, obsegu, pokritosti, dostopnosti in strukturi psihološko-socialnega svetovanja in zato to disertacija raziskuje v Nemčiji, Sloveniji in Združenem kraljestvu. Odgovori tudi na vprašanje, zakaj je svetovanje pomembno oziroma kaj je njegov namen. Pomemben del je namenjen temam, o katerih je potrebno govoriti v času svetovanja kot tudi etičnim dilemam, ki so povezane z uporabo postopkov MRT. Posebna pozornost je namenjena tudi vprašanjem, kdo ima pravico do otroka, katere so pravice otrok, ali ima otrok pravico vedeti o zgodovini njegovega spočetja ter kako, kdaj in zakaj mu to povedati. Tudi podpora otrok oziroma odraslih, ki so bili spočeti s pomočjo postopkov MRT je pomembna.

Številne smernice za psihosocialne svetovalce, svetovne organizacije kot tudi drugi strokovnjaki izpostavljajo pomembnost svetovanja za vse, ki so v postopkih (so)udeleženi, saj so lahko izpostavljeni različnim tveganjem, fizičnim in psihičnim obremenitvam, socialnim pritiskom, etičnim dilemam ter ambivalentnim občutkom. Ljudje imajo lahko tudi premalo informacij o možnostih in posledicah uporabe postopkov MRT.

Vključitev Nemčije in Združenega kraljestva je pomembna, saj sta razvili strokovne smernice prav za področje neplodnosti in reproduktivne tehnologije in ustanovili strokovno združenje svetovalcev, ki izvajajo specializirano svetovanje tistim, ki se soočajo z neplodnostjo in/ali se odločajo za postopke MRT. Z mednarodno primerjavo smernic in raziskovanjem primerov dobre prakse disertacija ponudi vpogled v psihološko-socialno svetovanje.

2. Neplodnost v svetu

Čeprav ni natančnejših ocen o številu ljudi, ki se na svetu srečujejo z neplodnostjo, raziskave poročajo, da ima težave z neplodnostjo milijone žensk. V ekonomsko razvitih državah se ženske soočajo predvsem s primarno neplodnostjo (nikoli niso rodile živega otroka) in v ekonomsko manj razvitih državah s sekundarno neplodnostjo (niso znova rodile živega otroka). Kljub stiski ljudi, ki iščejo pomoč pri zanositvi, na svetovni ravni prihaja do reproduktivne zdravstvene neenakosti, saj so postopki MRT dragi, zakonsko nedovoljeni ali drugače nedostopni za večino svetovnega prebivalstva. Regulacija, legalizacija in (so)financiranje postopkov MRT so pogosto povezani s spolom, partnerskim statusom in spolno usmerjenostjo. Vse več ljudi tako pomoč pri zanositvi išče zunaj matične države, kar pa ni brez nevarnosti.

Svetovna rast prebivalstva se je upočasnila, saj se je celotna stopnja rodnosti na svetovni ravni v zadnjih 60 letih prepolovila in zmanjšala s povprečnih 5 živorojenih otrok (v obdobju 1950–1955) na žensko na 2,5 otroka (v obdobju 2010–2015) (SURS, 2014a). Globalen upad rodnosti je posledica številnih dejavnikov, med katerimi so: načrtno omejevanje rojstva otrok, poznejše načrtovanje rojstva otrok, neplodnost, težave z zanositvijo in zavestno odločanje za življenje brez otrok (Šircelj in Žnidaršič, 2005: 40; Šircelj, 2006: 121; Nachtigall, 2006: 871). Čeprav natančnejših ocen o številu ljudi, ki se globalno srečujejo z neplodnostjo, ni, raziskave poročajo, da ima probleme z neplodnostjo milijone ljudi. Podatki o številu teh ljudi variirajo, saj raziskave uporabljajo različne kriterije in definicije neplodnosti in tako različno definirajo, kdo spada v kategorijo neplodnih in posledično, kdo sodeluje v raziskavi. Raziskave prav tako pogosto izmenično in brez natančnosti neplodnost raziskujejo pri parih, drugič pri ženskah. Nekatere raziskave tako poročajo, da ima v svetu težave z neplodnostjo 48,5 milijona parov, in druge, da ima težave z neplodnostjo med 72,4 in 186 milijonov žensk (Rutstein in Shah, 2004; Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel in Stevens, 2012; Nachtigall, 2006: 871; Inhorn in Patrizio, 2015).

Prva raziskava, ki jo je podprla Svetovna zdravstvena organizacija je bila ameriška raziskava »*Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries*« (2004) ki je raziskovala primarno in sekundarno neplodnost med ženskami, ki so (bile) poročene in stare med 15–49 let. Raziskava je uporabila podatke demografskih in zdravstvenih raziskav 47 ekonomsko manj razvitih držav (države podsaharske Afrike, severne Afrike, zahodne Azija, Latinske Amerike, Karibov). Raziskava je pokazala, da se več kot 186 milijonov

žensk (Kitajska je bila izvzeta) srečevalo s primarno ali sekundarno neplodnostjo, to je bilo več kot četrtnina vseh žensk ki so sodelovale v raziskavi (Rutstein in Shah, 2004).

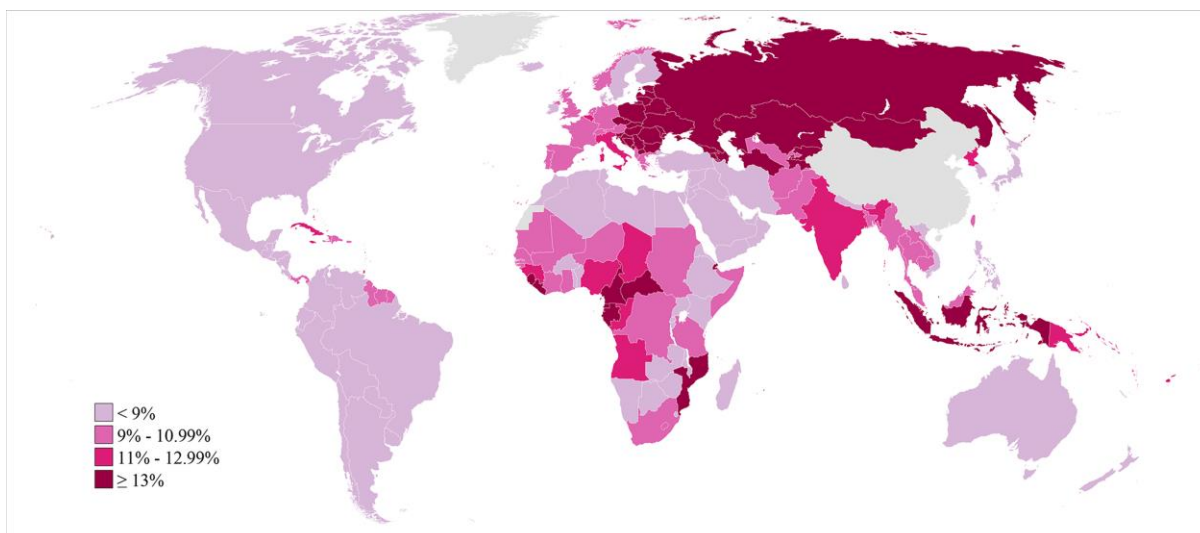
Drugo študijo, ki je raziskovala neplodnost so izvedli Jacky Boivin in sodelavci leta 2006. Raziskava je glede na že obstoječe podatke 25 populacijskih raziskav ekonomsko bolj in manj razvitih držav (vzorec je bil 172.413 žensk, opazovanje pa je potekalo skozi daljše časovno obdobje) ocenila, da se je leta 2006 v svetu z neplodnostjo soočalo 72,4 milijona žensk (Boivin, Bunting, Collins in Nygren, 2007).

Zadnja raziskava, ki je analizirala globalno neplodnost, je potekala v obdobju 1990–2010. Raziskavo sta podprli Svetovna zdravstvena organizacija ter Fundacija Billa in Melinde Gates. V raziskavi so sodelovale ženske iz 190 držav (stare 20–44 let), ki so imele težave z zanositvijo zaradi primarne ali/in sekundarne neplodnosti. Raziskava je na novo definirala neplodnost in strožje določila kriterije, ki posameznice in posameznike uvrščajo v kategorijo neplodnosti. S tem se je zmanjšalo število ljudi, ki se srečujejo z neplodnostjo, zmanjšala pa se je tudi globalna stopnja neplodnosti, ki jo zaznava statistika (s 186 milijonov žensk na 48,5 milijona neplodnih parov). Raziskava ni uporabila klinične definicije neplodnosti², ki neplodnost definira glede na zmožnost oziroma nezmožnost zanositve, temveč je neplodnost definirala glede na rojstvo oziroma odsotnost rojstva živorojenih otrok. V raziskavi se je primarna neplodnost nanašala na primere, ko se ni rodil živ otrok, sekundarna neplodnost pa na primere, ko ni bilo vnovičnega rojstva živega otroka. V kategoriji primarne in sekundarne neplodnosti so uvrstili primere, ko so bile ženske pet let v spolni zvezi (v primeru sekundarne neplodnosti 5 let od zadnjega rojstva otroka) in so si želele otroka, vendar kljub neuporabi kontracepcijskih sredstev niso znova rodile živega otroka. Rezultati raziskave so pokazali, da se je leta 2010 globalno z neplodnostjo srečevalo 48,5 milijona parov. Od tega je imelo 19,2 milijona parov težave s primarno neplodnostjo in 29,3 milijona parov s sekundarno neplodnostjo. Kar 14,4 milijona teh parov je živelo v južni Aziji, 10,0 milijona parov pa v podsaharski Afriki. Raziskava je pokazala, da se v obdobju dvajsetih leti, ko je globalno neplodnost predmet raziskovanja, razširjenost neplodnosti ni dosti spremenila (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel in Stevens, 2012).

² Po klinični definiciji neplodnosti je par neploden, ko eno leto ne more zanositi, tudi če ima spolne odnose brez kontracepcijske zaščite v času plodnega obdobja menstrualnega ciklusa ženske (Zegers-Hochschild idr., 2009: 1522).

Podatke o neplodnosti zbira tudi Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE, *The European Society of Human Reproduction and Embryology*), ki poroča, da se vsak šesti par v življenju srečuje s problemom neplodnosti ali zmanjšane plodnosti. Tudi v Sloveniji in Združenem kraljestvu ima vsak šesti do sedmi par težave z zanositvijo (Klinični oddelek za reprodukcijo Ljubljana, 2014a; HFEA, 2013a: 8).

Leta 2010 je bila neplodnost najbolj razširjena v južni Aziji, podsaharski Afriki, severni Afriki, Bližnjem Vzhodu, srednji in vzhodni Evropi ter srednji Aziji (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel in Stevens, 2012). Raziskave poročajo, da je sekundarna neplodnost najbolj razširjena oblika ženske neplodnosti na svetu. S primarno neplodnostjo se srečujejo predvsem razvite države, s sekundarno pa predvsem ekonomsko manj razvite. Ekonomsko manj razvite države imajo pogosto nižje stopnje primarne neplodnosti, saj ženske in moški hitreje sklepajo zakonske zveze in hitreje načrtujejo rojstvo otrok (Lunenfeld in van Steirteghem, 2004: 317–318; Inhorn in Patrizio, 2015: 3, 4; Nachtigall, 2006: 872; Rutstein in Shah, 2004). Na Slika 1 je prikazana globalna razširjenost sekundarne neplodnosti pri ženskah, starih med 20 in 44 let, ki so že rodile živega otroka in si znova želijo otroka (podatki iz leta 2010). Temnejše kot je obarvana država, višja je stopnja sekundarne neplodnosti. V devetnajstih državah srednje in vzhodne Evrope in srednje Azije se je več kot 16 odstotkov žensk soočalo s problemom sekundarne neplodnosti (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel in Stevens, 2012). Nekatere ekonomsko manj razvite države (še posebej v državah zahodne, srednje in južne Afrike) se srečujejo z demografskim paradoksom, imenovanim tudi »sterilnost med obiljem« (angl. »*barrenness amid plenty*«), saj imajo zelo visoke stopnje rodnosti in hkrati zelo visoke stopnje neplodnosti. Demografi Afrike so to opisali kot »neplodnostni pas Afrike« (imenovan tudi »*infertility belt*«) (vidno tudi na Slika 1) (Cui, 2010: 881; Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel in Stevens, 2012). Raziskava »*Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries*« (2004) je pokazala da je bil odstotek žensk (starih 25–49 let) s sekundarno neplodnostjo v nekaterih državah tega pasu celo višji od 30 odstotkov (Rutstein in Shah, 2004: Xiii).



Slika 1: Globalna razširjenost sekundarne neplodnosti
(Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel in Stevens, 2012: 7)

Težave z zanositvijo se dogajajo zaradi patoloških (bolezenskih), okoljskih (izpostavljenost težkim kovinam, industrijskim kemikalijam, onesnaženost voda), prehranskih (pomanjkanje joda in selen) in vedenjskih vplivov (Nachtigall, 2006; Leke, Oduma, Bassol-Mayagoitia, Bacha in Grigor, 1993; Inhorn idr., 2008). Kultura in vrednostni sistemi pomembno vplivajo na rodnost in posredno na neplodnost v določeni državi. Številni strokovnjaki opozarjajo, da je visoka stopnja sekundarne neplodnosti v ekonomsko manj razvitih državah posledica spolno prenosljivih okužb, kot tudi drugih okužb, povezanih z nezadostno zdravstveno oskrbo (ob rojstvu otroka ali prekinitvi nosečnosti). Visoke stopnje sekundarne neplodnosti so v afriških državah, državah srednje in vzhodne Evrope ter državah srednje Azije povezane s pogostimi prekinitvami nosečnosti. Ilegalne umetne prekinitve nosečnosti lahko povzročijo številne zaplete in s tem sekundarno neplodnost in so še posebej razširjene v državah, v katerih je prekinitev nosečnosti nezakonita oziroma jo izvaja nekvalificirano osebje, v nesterilnih razmerah. Številne nezaželene nosečnosti so posledica nedostopne kontracepcije in slabe ozaveščenosti o kontracepciji. V državah podsaharske Afrike je tako razširjeno prepričanje, da uporaba kontracepcije lahko povzroči trajno neplodnost (Lunenfeld in van Steirteghem, 2004: 318; Nachtigall, 2006: 872; Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel in Stevens, 2012: 10; Leke, Oduma, Bassol-Mayagoitia, Bacha in Grigor, 1993: 75; ESHRE, 2009: 1008; Ombelet, Cooke, Dyer, Serour in Devroey, 2008). Kontracepcijo včasih prepoveduje religija, včasih pa moški, ki ne dovolijo, da bi jo ženska uporabljala (Burn, 2011: 56–59; Iqbal in Noble, 2009; Aderibigbe, 2009). V razvitih državah je zmanjšanje rodnosti

povezano s strogim načrtovanjem družine oziroma omejevanjem in poznejšim načrtovanjem rojstva otrok. Raziskovalci in strokovnjaki navajajo različne dejavnike, ki pripomorejo k temu: povečana udeležba žensk na trgu dela, doseganje vse višjih ravni izobrazbe, učinkovita kontracepcija, reproduktivna avtonomija, ekonomska negotovost, odsotnost podpornih družinskih politik in spremenjena oblika partnerstva (nestabilna in številna partnerstva) (Nachtigall, 2006; Covington in Hammer Burns, 2006: 414; ESHRE, 2001b: 1519; Rothman, Wise, Sorensen, Riis in Hatch, 2013: 1963; Mills, Rindfuss, McDonald in Velde, 2011: 855; Šircelj in Žnidaršič, 2005: 40).

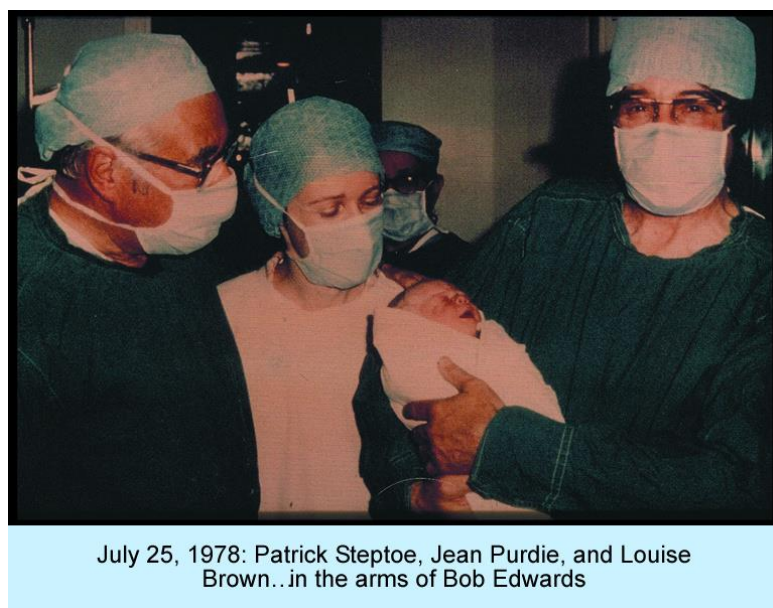
2.1. MRT: razvoj in uspešnost

Z globalnim problemom neplodnosti medicinsko reproduktivna tehnologija (MRT) (*assisted reproductive technology* – ART) predstavlja pomembno rešitev. Ameriški Center za nadzor in preprečevanje bolezni (Center for Disease Control and Prevention — CDC), Svetovna zdravstvena organizacija in ESHRE MRT definirajo kot postopke, pri katerih laboratorijsko pripravljajo pogoje jajčnim celicam, semenu in zarodkom z namenom pridobitve nosečnosti. MRT ne vključujejo postopkov pri katerih se ravna le s semenom in postopkov pri katerih ženske jemljejo zdravila, ki spodbujajo razvoj jajčnih foliklov brez namena pridobitve jajčnih celic (CDC, 2017; Zegers-Hochschild idr., 2009: 1521; Kupka idr., 2014: 2100). Slovenija govori o postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP³), ki so po drugem odstavku 4. člena Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB). Ti postopki se delijo na znotrajtelesno oploditev (vnos semenskih celic v spolne organe ženske in vnos jajčnih celic skupaj s semenskimi celicami v spolne organe ženske) in postopke zunajtelesne oploditve (ZTO) (združitve jajčnih celic in semenskih celic zunaj telesa ženske ter vnos zgodnjih zarodkov v spolne organe ženske).

Obdobje uspehov MRT se je pričelo po letu 1978, ko se je v Združenem kraljestvu (Royal Oldham Hospital v mestu Oldham) rodila prva deklica Luise Brown s pomočjo najbolj odmevne tehnike zunajtelesne oploditve IVF (angl. *in vitro fertilisation*) – bolj znana kot »oploditev v epruveti«. Pionirja te tehnike sta Sir Robert Geoffrey Edwards in ginekolog Patrick Christopher Steptoe (Slika 2). Le nekaj mesecev za tem se je v indijski Kalkuti rodil drugi otrok, spočet s postopkom IVF, a je ostal v senci slave Louise Brown

³ Kratico OBMP v nadaljevanju uporabljam le v primeru, ko govorim o Slovenskem kontekstu.

(Chattopadhyay in Mehta, 2013: 4–5; Keržan, 2008: 33; Jardine, 2013: 16). Od takrat je prišlo do obsežnega globalnega razvoja reproduktivnih tehnologij, saj je do leta 2010 več kot polovica svetovnih držav (105) razvilo postopke IVF ali pa so bili na pragu razvoja (Inhorn in Patrizio, 2015: 5). V Sloveniji so bili postopki IVF, glede na njihov znanstveni razvoj, na voljo precej hitro, saj je skupina strokovnjakov 25. maja 1983 v Ljubljani uspešno izvedla prvo ZTO, katere rezultat je bilo rojstvo dvojčic (rodili sta se 5. 10. 1984 v Ljubljani). Istega leta so prvi uspeh na področju zunajtelesne oploditve doživeli tudi v ZDA in Avstraliji. Prav tako je bila že leta 1976 v Sloveniji (Ljubljani) ustanovljena prva semenska banka (Keržan, 2008: 33, 39; Borko, Breznik in Vlaisavljević, 2010: 9).



Slika 2: Rojstvo Luise Brown
(Life Global group, 2017)

Od rojstva prvega otroka s pomočjo ZTO do leta 2016 se je rodilo že več kot 6,5 milijona otrok (Brown, 2016). V Združenem kraljestvu se je s pomočjo postopkov MRT med letoma 1992 in 2009 rodilo približno 36.000 otrok (HFEA, 2013c). Štirinajsto Evropsko poročilo ESHRE je leta 2010 poročalo, da se je leta 2010 od vseh rojenih otrok v Sloveniji s pomočjo postopkov MRT rodilo 5,1 odstotka otrok, v Združenem Kraljestvu 2,2 odstotka otrok in v Nemčiji 2,1 odstotka otrok. Največji odstotek otrok se je istega leta s pomočjo postopkov MRT rodilo na Danskem (5,9 odstotkov). Slovenija se prav tako z nordijskimi državami uvršča v sam vrh glede razpoložljivosti reproduktivnih postopkov (število izvedenih postopkov na milijon prebivalcev) (Kupka idr., 2014: 2104). Leta 2002 je bilo

globalno gledano najmanj ciklusov (na milijon prebivalcev) izvedenih v Gvatemali – 2 ciklusa in Dominikanski republiki – 3 ciklusi ter največ v Izraelu – 3.688 ciklusov. V Združenem kraljestvu je bilo na milijon prebivalcev istega leta izvedeno 614 ciklusov, Sloveniji 1.335 ciklusov in Nemčiji 1.109 ciklusov (de Mouzon idr., 2009: 2311, 2312). To kaže na razlike med revnejšimi in ekonomsko manj razvitimi državami, kjer je uporaba MRT redka in tehnološko visoko razvitimi kot so Izrael in Danska. Slovenija je na področju MRT primerljiva s slednjimi.

Mediji pogosto poročajo o uspehih in z zgodbami o čudežnih otrocih (po letih neuspešnih poskusov zanositve na naraven način), otrocih svetovno znanih osebnosti ter novih prebojnih ugotovitvah in inovacijah klinične prakse, vzbujajo upanje tisočim ljudem, ki si želijo svoje otroke. IVF je tako tržno področje, ki ga imenujejo tudi »trg upanja«. Tudi pokojna prof. Lisa Jardine (predsednica HFEA od leta 2008 do 2014) opozarja, da primanjkuje informacij o uspešnosti postopkov MRT (Jardine, 2013: 17). ESHRE je leta 2012 poročal, da je v svetu vsako leto izvedenih približno 1,5 milijona ciklusov MRT – od teh se rodi le okoli 350.000 otrok, kar je 77-odstotni globalni neuspeh (ESHRE, 2012). V Nemčiji od leta 1982 podatke o uspešnosti postopkov zbira in objavlja nemški register D.I.R. (nem. *Deutsches IVF-Register*). Čeprav je to edini register v Nemčiji, ne ponuja natančnih podatkov o uspešnosti postopkov MRT. Številni nemški centri namreč ne poročajo o številu vseh izvedenih ciklusov, številu rojenih otrok kot tudi v raziskavo niso bili vključeni vsi nemški centri za reprodukcijo (Kadi in Wiesing, 2016).

Danes vse več ljudi išče pomoč pri zanositvi in s tem se povečuje tudi število medicinskih ustanov, na katerih izvajajo postopke MRT. Postopki MRT so od leta 2000, ko so bili dostopni le četrtini svetovnega prebivalstva (45 članicam od 191 držav, ki so članice Svetovne zdravstvene organizacije), do leta 2005 postali dostopni kar tretjini svetovnega prebivalstva (59 članicam od 191 držav, ki so članice Svetovne zdravstvene organizacije). Po ocenah je leta 2010 na svetu obstajalo med 4000 in 4500 reproduktivnih centrov. Več kot četrtina teh centrov je bila v samo dveh državah, na Japonskem (606–618 centrov) in v Indiji (500 centrov). V Izraelu je bilo leta 2010 24–30 centrov. V Evropi je bilo leta 2010 največ ustanov za reprodukcijo v Italiji (202), Španiji (160), Nemčiji (124), Rusiji (116) in Franciji (107) (po podatkih iz 31 evropskih držav). Leta 2013 je bilo v Združenem kraljestvu 83 reproduktivnih centrov, od teh 78 centrov z licenco (Kupka idr., 2014: 2100–2101; Inhorn in Patrizio, 2015: 5; Hudson, Culley, Rapport, Johnson in Bharadwaj, 2009:

61; HFEA, 2013a: 11). Slovenija ima za dvomilijonsko populacijo na voljo tri zdravstvene ustanove. 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.

Kljub številnim zdravstvenim ustanovam, ki nudijo pomoč pri zanositvi, na svetovni ravni prihaja do reproduktivne zdravstvene neenakosti, saj so postopki MRT omejeni na določene svetovne regije in države, za večino svetovnega prebivalstva pa so tudi predragi (več o tem v poglavju »2.3«). Hkrati z drugimi globalnimi neenakostmi prihaja do dramatične neenakosti v regionalnem razvoju reproduktivnih centrov, saj je največje pomanjkanje v državah z najvišjimi stopnjami neplodnosti. V teh državah je neplodnost najtežje obvladljiva, saj velika večina ljudi nima skoraj nobene možnosti dostopa do učinkovitih postopkov MRT. V svetu je bilo leta 2010 največ reproduktivnih centrov v vzhodni Aziji, Bližnjem Vzhodu in Latinski Ameriki. Države južne in srednje Azije ter države podsaharske Afrike so imele leta 2010 kljub visokim stopnjam neplodnosti najslabši dostop do postopkov MRT. Tako je imelo manj kot tretjina podsaharskih afriških držav reproduktivne centre (15 od 48 držav ali 31 odstotkov). Od teh 15 držav je bilo 7 takih, ki so imele eno sam center (Inhorn in Patrizio, 2015: 6–7). V ekonomsko manj razvitih državah tako uporabnice pomoč pri zanositvi lahko poiščejo le v zasebnih centrih v večjih mestih, ki ponujajo izjemno drage storitve reproduktivnih tehnologij (ESHRE, 2009: 1009). Tudi v razvitih državah prihaja do neenakosti glede regionalnega razvoja reproduktivnih ustanov. Primer tega je Združeno kraljestvo, saj se kar dve tretjini vseh centrov nahaja v Londonu in jugovzhodnem delu Združenega kraljestva (HFEA, 2013a: 11). Številne uporabnice v ekonomsko razvitih državah prav tako nimajo dostopa do postopkov MRT, ker so ti predragi, zakonsko nedovoljeni ali drugače nedostopni. Z razvojem in uporabo postopkov MRT sta postali pomembni vprašanji v zvezi z etiko na področju MRT in kakšne omejitve in nadzor naj razvijejo posamezne države.

2.2. Regulacija in legalizacija reproduktivnih tehnologij in njihova dostopnost

Regulacija in legalizacija reproduktivnih tehnologij se razlikuje od države do države, saj nanjo vplivajo zgodovinske, socialne, politične, ekonomske in religiozne tradicije. Blyth in

Landau (2009: 12–13) povzemata ameriškega sociologa Wiliama F. Ogburna, ki pravi, da norme, ideologije in zakoni potrebujejo leta ali celo desetletja, da se odzovejo na hiter razvoj novih tehnologij. Zdi se, da MRT ponuja neomejene možnosti za rojstva otrok in je zato pomembno vprašanje, kako varovati zdravje, varnost in blaginjo vseh, ki so vključeni v postopke MRT (otroci, darovalci in darovalke spolnih celic, bodoči starši in nadomestne matere). To države zagotavljajo s ponudbo širokega spektra reproduktivnih tehnologij z njihovo zakonsko regulacijo.

Na pokritost, dostopnost in uporabo reproduktivnih tehnologij močno vplivajo zdravstvene in socialne politike, ki z določenimi kriteriji upravičenosti regulirajo uporabo reproduktivnih postopkov kot tudi vprašanja v zvezi z zdravstveno politiko (o kakovosti in varnosti samih postopkov, o pridobivanju bolnikovega informiranega soglasja) ter o otrokovi koristi. Države, ki ponujajo širok spekter postopkov MRT (glede dovoljenih in razpoložljivih postopkov), pogosteje omejujejo dostop do reproduktivnih tehnologij, velja pa tudi obratno (Rothmayr, Varane, Serdiilt, Timmerman in Bleiklie, 2004). Države pogosto določajo dodatne zakonske omejitve glede dostopa do postopkov MRT (v primerjavi z drugimi omejitvami do zdravstvenih storitev), saj je upravičenost do postopkov pogosto odvisna od spola, spolne usmerjenosti in partnerskega statusa (glej Tabela 1 in Tabela 2). Zakonodaja držav tako ne regulira le tega, kako se postopki MRT »vmešavajo v naravo« in lahko vodijo na primer do rojstva »dizajnerskih otrok« (glej poglavje 7), temveč tudi glede dopustnosti načrtovanja družine, kjer je vez med socialnim, zakonitim in biološkim starševstvom prekinjena v predspočetvenem obdobju. V Evropi obstajajo različni standardi in priporočila glede reproduktivne tehnologije, posledica tega pa so velike razlike glede dostopnosti različnih postopkov MRT. Države, kot so Združeno kraljestvo, Izrael, Finska, Belgija, Danska in Španija, imajo bolj permisivno reproduktivno politiko kot Nemčija, Slovenija, Italija in Švica (HFEA, 2008: 9; Brigham, Cadier, Chevreul, 2013: 669).

V Sloveniji je 1. julija 1977 začel veljati *Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvih otrok (ZZUUP)*, ki je urejal umetno prekinitev nosečnosti in druge ukrepe za preprečevanje zanositve (sterilizacija, kontracepcija) ter ugotavljanje in zdravljenje zmanjšane plodnosti (ZZUUP, 1977). Reforma ZZUUP (1977) je trajala do leta 2000, ko so sprejeli nov *Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB)*, ki je v veljavi danes. Zakon je dostop do

postopkov OBMP omejil in določil, da so do njih upravičeni le zakonski in zunajzakonski heterospolni pari, pri katerih ni mogoče pričakovati zanositve s spolnim odnosom in jim ni mogoče pomagati z drugimi postopki zdravljenja neplodnosti. Pravico do postopkov OBMP imajo tudi pari, ki skušajo preprečiti, da bi se na otroka prenesla huda dedna bolezen (ZZNPOB, 2000, 5. člen).

Slovenska zakonodaja je napisana tako, da daje prednost biološkemu starševstvu, saj določa, da mora biti vsaj eden izmed staršev ploden (in posledično biološki starš otroku), če želi par vstopiti v postopke OBMP. V Sloveniji po tretjem odstavku 8. člena zakona ZZNPOB (2000): »OBMP s hkratno uporabo darovanih jajčnih celic in darovanih semenskih celic ni dovoljena.«. Nekatere države dopuščajo, da lahko pari, pri katerih so bili postopki OBMP uspešni, svoje nadštevilne zarodke (angl. *surplus embryos*) darujejo drugim uporabnicam OBMP. To darovanje se imenuje tudi »darovanje zarodka« (angl. *embryo donation*). Uporabnice, ki sprejmejo darovane zarodke, jih v nekem smislu »posvojijo« (imenovano tudi »posvojitev zarodka« – angl. *embryo adoption*) (Embryo adoption, 2017). Postopki MRT z darovanimi zarodki so v Evropi na voljo v Belgiji, Grčiji, Španiji, Združenem kraljestvu, Franciji, Portugalski, Nizozemski, Češki in na Finskem (Brigham, Cadier, Chevreul, 2013: 671; Culley idr., 2011: 2376).

Ker darovanje in trgovanje s človeškimi zarodki v Sloveniji ni dovoljeno, slovenski pari zarodkov, katere ne potrebujejo več, ne smejo altruistično podariti drugemu paru (ZZNPOB, 2000, 13. in 27. člen). Nadštevilni zarodki se v teh primerih prenehajo shranjevati ali se uporabijo v znanstvene namene (ZZNPOB, 2000, 30. in 35. člen).

V številnih državah so postopki MRT na voljo istospolnim parom in samskim ženskam. Istospolni partnerji so do postopkov MRT upravičeni na Nizozemskem, Švedskem, v Belgiji, Izraelu, na Novi Zelandiji, Finskem, Danskem, v Grčiji, Španiji, Združenem kraljestvu, na Norveškem, v Braziliji, na Islandiji in v Avstriji (Brigham, Cadier, Chevreul, 2013: 669; Sperling, 2010: 365; Legge, Fitzgerald in Frank 2007: 19; HCCH, 2014: 1; HFEA, 2008: 9; ESHRE, 2008: 24; European Commission on sexual orientation law, 2014). Poročilo HFEA o postopkih z darovanimi spolnimi celicami (2012–2013) poroča, da vse več samskih žensk in žensk, ki živijo v istospolnem partnerstvu, vstopa v postopke MRT z darovano spolno celico, s čimer potreba po postopkih narašča (podatki do leta 2012). Tudi v največji semenski banki Cryos na Danskem največjo skupino uporabnic

predstavljajo samske ženske (Brigham, Cadier, Chevreul, 2013: 669; HFEA, 2014: 20; Cryos, 2016).

V Nemčiji je z letom 2017 prišlo do velikih sprememb saj je 30. junija 2017 parlament potrdil uzakonitev porok za istospolne pare in jim omogočil možnost posvojitve otrok (Jones, 2017). Z novim zakonom je Nemčija sprejela popolno izenačitev pravic istospolnih in heterospolnih parov. Kljub temu pa Nemčija še ni uredila področja, ki se nanaša na uporabo postopkov MRT. Informacije, ki zadevajo zakonite možnosti darovanja spolnih celic, v Nemčiji ureja Zakon o zaščiti zarodkov (1990) (angl. *German Embryo Protection Act - EPA*, nem. *Embryonenschutzgesetz - ESchG*) in nemški civilni zakonik (angl. *German Citizens Code*, nem. *Bürgerlichen Gesetzbuch*) (Thorn in Wischmann, 2009: 74–75). Nadomestno materinstvo in darovanje ženskih spolnih celic sta v Nemčiji še vedno prepovedani z Zakonom o zaščiti zarodkov (1990). Ker je v Nemčiji starševstvo tesno povezano z genetsko povezanostjo (zakonita mati otroka je tista, ki ga rodi) tudi starševstvo darovalcev moških spolnih celic ostaja nejasno in neurejeno. Nemčija namreč nima urejene zakonodaje na način, ki bi urejala razmerja darovalcev in bioloških potomcev. Zaradi pravne neurejenosti področja MRT v Nemčiji nekateri centri celo ponujajo postopke z darovanim zarodkom. Kljub temu, da zakonodaja ne prepoveduje uporabo postopkov MRT samskim ženskam in istospolnim partnerkam, do sprejetja nove zakonodaje, v večini nemških reproduktivnih centrih samske ženske in istospolno usmerjene ženske niso bile upravičene postopkov MRT. Zdravniška zbornica Nemčije je namreč reproduktivnim centrom priporočala, da v postopke MRT ne sprejmejo istospolnih in samskih žensk. Številni reproduktivni centri so bili tako zadržani glede uporabe darovanih spolnih celic, saj niso želeli, da bi bili darovalci izpostavljeni tveganju, da bi bili prepoznani kot zakoniti očetje otrokom (Thorn, 2016; Thorn, 2011; Thorn, Katzorke in Daniels, 2008). Sprememba zakonodaje bo najverjetneje prinesla spremembe tudi na to področje.

V Združenem kraljestvu področje MRT, ki se ukvarja se s človeško genetiko, embriologijo in reprodukcijo, ureja neodvisen usmerjevalni organ imenovan Urad za humano oploditev in embriologijo (*Human Fertilisation and Embryology Authority*) – znan tudi pod kratico HFEA (HFEA, 2017). Socialne, etične in pravne posledice človeške reproduktivne tehnologije je v Združenem kraljestvu sprva raziskoval in urejal odbor imenovan »Preiskovalni odbor za humano oploditev in embriologijo« (*Committee of Inquiry into*

Human Fertilisation and Embryology), ki je bil ustanovljen leta 1982. Preiskovalni odbor je leta 1994 objavil pomembno poročilo Warnock (*The Warnock Report*), ki je poudarilo poseben status človeškega zarodka in predlagalo ustanovitev neodvisnega usmerjevalnega organa. Na podlagi tega poročila se je razvil danes veljavni zakon imenovan Zakon za humano oploditev in embriologijo (*Human Fertilisation and Embryology Act – HFE Act*). Zakon je bil sprejet leta 1990 in spremenjen leta 2008. V Združenem kraljestvu so poleg HFEA zelo pomembne tudi organizacije, ki so razvile smernice strokovnega ravnanja (na primer *General Medical Council*), komisija za zagotavljanje kakovosti kot tudi klinična priporočila nacionalnega zdravstvenega zavarovanja (NHS). Pomembna je tudi Direktiva o tkivih in celicah v Evropski uniji, ki (poleg HFEA) prispeva k izboljšanju in poenotenju standardov kakovosti in varnosti znanstvenih postopkov po vsej Evropi (HFEA, 2013b; Crawshaw, 2009; Jardine, 2013: 16; BICA, 2012; HFEA, 2009).

V Združenem kraljestvu so vsi reproduktivni centri dolžni posredovati informacije o licenčnih postopkih zdravljenja neplodnosti, to so postopki, pri katerih se upravlja s spolnimi celicami in zarodki zunaj telesa, torej laboratoriju, organu HFEA. Ti posredujejo informacije o uporabnikih, postopkih zdravljenja ter izidih zdravljenja. Dostop do licenčnih postopkov je v Združenem kraljestvu reguliran skozi medicinski, zakonodajni in socialni okvir. Ti okviri se med seboj prepletajo in vplivajo na izvajalce postopkov MRT kot tudi uporabnice postopkov MRT (Crawshaw, 2009: 279; HFEA, 2016: 4–5). Tako zdravstveni organi (na primer Skupine kliničnih izvajalcev – *Clinical Commissioning Groups – CCGs* in Državni inštitut za zdravje in klinično odličnost – angl. *National Institute for Health and Care Excellence – NICE*⁴) z ustanovitvijo strokovnih svetovnih forumov vplivajo na oblikovalce politike in implementacijo zakonodaje v Združenem kraljestvu. Skupine kliničnih izvajalcev si prizadevajo, da bi prebivalci določene lokalne skupnosti dobili najboljšo možno zdravstveno oskrbo glede na spreminjajoče se lokalne okoliščine (CCG, 2017). Dostop do licenčnih postopkov je lahko odvisen tudi od tega, kako izvajalci postopkov MRT interpretirajo zakonodajo. Ena izmed najbolj vročih razprav v Združenem Kraljestvu je potekala o zakonu HFE Act (1990), ki je določal, da klinični zdravniki pred ponujanjem storitev upoštevajo korist bodočih otrok in njihovo potrebo po očetu. Da bi se izognili potencialni diskriminaciji istospolnih parov in samskih žensk, so s

⁴ NICE si prizadeva k izboljšanju zdravstvenega stanja ljudi, ki uporabljajo javne zdravstvene in socialne storitve in izdaja smernice za nacionalno zdravstveno zavarovanje Združenega kraljestva, delodajalce, prostovoljne skupine ter druge, ki nudijo zdravstvene storitve ali se zavzemajo za dobrobit ljudi (NICE, 2017).

posodobitvijo zakona HFE Act (2008), del, ki govori »o otrokovi potrebi po očetu«, zamenjali s »potrebo otroka po podpornih starših« (Gamble, 2009). Kljub priporočilom pa imajo zaposleni na bolnišnicah še vedno zadnjo besedo pri odločanju, kdo lahko dostopa do postopkov MRT, saj do postopkov MRT lahko dostopajo le tisti, pri katerih so zaposleni na bolnišnici predhodno ocenili, da je to v otrokovo korist in je bilo ocenjeno, da bodo uporabnice dobri starši otroku. Če strokovnjakinje ocenijo, da bodoče starševstvo za otroka ne bo podporno lahko uporabnicam onemogočijo dostop do postopkov MRT (Lee, Sheldon in Macvarish, 2017). Dostop do postopkov pa ni odvisen le od zakonodaje držav, ki ureja, kateri postopki so z zakonom dovoljeni in kdo je do njih upravičen, temveč tudi od cen postopkov in državnega (so)financiranja.

Dostop do postopkov pa ni odvisen le od zakonodaje držav, ki ureja, kateri postopki so z zakonom dovoljeni in kdo je do njih upravičen, temveč tudi od cen postopkov in državnega (so)financiranja.

2.3. Stroški, (so)financiranje in dostop do postopkov MRT

Postavlja se vprašanje, ali je uporaba reproduktivnih tehnologij privilegij tistih, ki si lahko stroške postopkov MRT krijejo sami. Študija Jacky Boivin in sodelavcev je leta 2007 poročala, da je od 72,4 milijona žensk, ki se v svetu soočajo z neplodnostjo, 56 odstotkov (40,5 milijona) iskalo medicinsko pomoč. Od teh 56 odstotkov žensk je le 22 odstotkom uspelo pričeti z zdravljenjem neplodnosti in postopki MRT (Boivin, Bunting, Collins in Nygren, 2007). Ta osip je najverjetneje rezultat tega, da so postopki za številne predragi ali drugače nedostopni.

V ekonomsko manj razvitih državah se večina postopkov MRT izvaja v zasebnem zdravstvenem sektorju in zato prebivalci in prebivalke teh držav nimajo dostopa do postopkov plačanih s strani države (Cui, 2010, str 882; Allahbadia, 2013).

Tudi številne uporabnice v ekonomsko razvitih državah nimajo dostopa do postopkov MRT s strani države. V Združenem kraljestvu se 60 odstotkov IVF postopkov izvaja znotraj zasebnih reproduktivnih centrov. HFEA pa nima nadzora nad cenami, ki jih plačujejo uporabnice. Različno-spolni in istospolni pari tako namenijo za tri reproduktivne cikle okoli 15.000 funtov (16.915 evrov) (Jardine, 2013: 17). V Združenih državah

Amerike imajo izjemno drage postopke MRT, saj je leta 2006 en postopek ZTO stal 12.513 dolarjev (10.142 evra), kar je znašalo 50 odstotkov posameznikovega letnega zaslužka. Istega leta so bili stroški precej nižji v Združenem kraljestvu (6.534 dolarjev ali 5.296 evra), v skandinavskih državah (5.549 dolarjev ali 4.497 evra) in Avstraliji (5.645 dolarjev ali 4.575 evra), saj so posamezniki zanje odšteli približno 20 odstotkov povprečne letne plače. Na Japonskem so izdatki za postopke MRT najnižji, saj so leta 2006 znašali 3.956 dolarjev (3.206 evra) ali 12 odstotkov povprečne letne plače (Chambers, Sullivan, Ishihara, Chapman in Adamson, 2009: 2288, 2291). V Sloveniji (na Kliničnem oddelku za reprodukcijo Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani) standarden IVF postopek (brez zdravil) znaša 1433,49 evra (cena brez DDV) (Klinični oddelek za reprodukcijo Ljubljana, 2016c)⁵. Postopek IVF v Splošni bolnišnici Postojna stane 1.100 evrov (pred postopkom je treba opraviti pregled in posvet obeh partnerjev, kar stane dodatnih 120 evrov). Klasični IVF postopek z zamrzovanjem zarodkov v UKC Ljubljana stane 1.545,61 evra, v UKC Maribor (Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo) stane 1.447,94 evra⁶ (Klinični oddelek za reprodukcijo Ljubljana, 2016c; Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo Maribor, 2017). Financiranje postopkov MRT s strani države je tako pomembna rešitev, saj omogoča univerzalen dostop do postopkov MRT. Države določajo različne omejitve glede upravičenosti do (so)financiranja postopkov MRT v domači državi in tujini. Te omejitve se nanašajo na starost (moških in predvsem žensk), število izvedenih postopkov MRT ter število otrok, ki se lahko rodijo s pomočjo postopkov. V Franciji so do povračila stroškov upravičene ženske do 43. leta starosti, v Združenem kraljestvu, Belgiji in na Danskem do 40. leta, na Nizozemskem do 45. leta in v Grčiji do 50. leta. Nemčija in Avstrija pri (so)financiranju postopkov IVF določata starostno omejitev tudi moškim (ženske do 40. leta, moški do 50. leta) (Brigham, Cadier, Chevreul, 2013: 670; Serono, 2010: 17).

Slovenija, Belgija, Francija, Nizozemska, Švedska in Izrael v celoti krijejo stroške postopkov MRT. Tu izstopa Izrael, saj krije neomejeno število ciklov do rojstva dveh otrok (Brigham, Cadier, Chevreul, 2013: 670; Sperling, 2010). Tudi v Sloveniji je zelo dobro

⁵ Veljavnost cenika preverjena dne 13. 4. 2017 (podatki posredovani preko elektronske pošte s strani službe za splošne informacije – info@reprodukcija.si).

⁶ Podatki pridobljeni s strani informacijske službe Zdravstvenega zavoda Dravljje dne 14. 4. 2017 in informacijske službe Oddelka za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo Maribor dne 14. 4. 2017.

urejeno. Po pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (2014, 37. člen) so do kritja upravičene ženske stare od 18. do 43. leta starosti. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) krije do šest ciklusov OBMP do rojstva prvega živorojenega otroka in dodatne štiri cikle za vsako nadaljnje rojstvo. V primeru, ko so v postopkih OBMP uporabljeni odmrznjeni zarodki, se to šteje v cikel, v katerem so bili zarodki zamrznjeni. Če bi oseba potrebovala še več postopkov, bi morala vanje vstopiti samoplačniško. Slovenija ima zelo dobro urejeno kritje stroškov v tujini, saj so zavarovani Slovenci in Slovenke v obveznem zdravstvenem zavarovanju v skladu s 44. a členom in 23. členom *Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* (ZZVZZ, 2006) upravičeni do povračila stroškov pregleda, preiskave ali zdravljenja zmanjšane plodnosti in umetne oploditve v tujini v vrednosti najmanj 85 odstotkov in do višine cene te storitve v Sloveniji. Zavarovana oseba ima pravico tudi do potnih stroškov in stroškov nastanitve, če to v odločbi opredeli uradna oseba ZZZS⁷.

Pogoj za financiranje zdravljenja v tujini je, da so bile v Republiki Sloveniji izčrpane vse možnosti zdravljenja in je z zdravljenjem oziroma pregledom v drugi državi utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma preprečiti nadaljnje slabšanje. To se v Sloveniji navezuje na primere, ko se uporabnice v Sloveniji soočijo z dolгими čakalnimi dobami za darovane jajčne celice in zato postopke izpeljejo v tujini. Slovenke in Slovenci, ki želijo postopke z darovano spolno celico opraviti v tujini, morajo predhodno pridobiti soglasje Državne komisije za OBMP (ZZVZZ, 2006, 44. a člen; *Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja*, 2014, 135. a člen; *Podatki posredovani s strani službe ZZZS preko elektronske pošte dne 12. 4. 2017*).

Slovenija je ena izmed redkih držav, ki v celoti krijejo stroške postopkov OBMP. V Združenem kraljestvu je leta 2013 nacionalna zdravstvena zavarovalnica krila le del IVF ciklusov (41,3 odstotka), preostalo so krile zasebne zavarovalnice (58,7 odstotka) (HFEA, 2013a: 14). Delež postopkov, ki jih krije nacionalna zdravstvena služba Združenega kraljestva, je lokalno različen, saj to različno urejajo skupine kliničnih izvajalcev, v štirih deželah Združenega kraljestva (Anglija, Wales, Škotska, Severna Irska). Te skupine kliničnih izvajalcev z zakonskimi pooblastili je ustanovilo nacionalno zdravstveno zavarovanje leta 2012. V Angliji je trenutno 209 skupin kliničnih izvajalcev, ki lokalno

⁷ Podatki posredovani s strani službe ZZZS preko elektronske pošte dne 12. 4. 2017.

odločajo o tem, katere storitve so potrebne, kolikšen delež postopkov bodo (so)financirale in ki obenem zagotavljajo, da so nudene storitve prebivalcem lokalne skupnosti. Tako so na primer v vzhodnem Sussexu uporabniki mlajši od 30 let in brez otrok upravičeni do treh postopkov, ki so v celoti državno financirani (z zamrznjenimi spolnimi celicami, zarodki). Drugi predeli Združenega kraljestva ne ponujajo nobenega financiranja. Skupini kliničnih izvajalcev, ki sta odgovorni za območje centralnega in severovzhodnega dela Essex, sta prvi ukinili (so)financiranje postopkov MRT. Temu so sledile skupine kliničnih izvajalcev v Basildonu, Brentwoodu in južnem delu Norfolka in prav tako ukinile (so)financiranje postopkov MRT. Tisti, ki živijo na območju Greater Manchestera (severozahodni del Anglije), imajo (so)financiran največji delež postopkov MRT. Razlike med severom in jugom so velike, saj se kar 28 skupin (od 35 skupin), ki sledijo priporočilom NICE, nahaja na severu Anglije (Gallagher, 2015; Fertility Fairness, 2016; NHS, 2017; HFEA, 2015). Smernice NICE pravijo, da bi morale biti do financiranja postopkov upravičene ženske stare 23–39 let. NICE priporoča kritje stroškov do treh ciklusov IVF ali ICSI (HFEA, 2015).

Kako (so)financiranje vpliva na uporabo postopkov MRT, kaže primer iz Nemčije, ki od leta 2004 krije le še polovico stroškov (pred tem je krila celotne stroške zdravljenja). Po statističnih podatkih iz nemškega IVF registra D.I.R. je to sprva povzročilo dramatično zmanjšanje števila letno izvedenih postopkov MRT, pozneje pa se je njihovo število znova dvignilo. V Nemčiji je na voljo javno in zasebno zdravstveno zavarovanje. Zasebno zdravstveno zavarovanje lahko v celoti krije stroške postopkov MRT, medtem ko javno zdravstveno zavarovanje krije le določen del pod določenimi pogoji. Do kritja stroškov so običajno upravičeni le poročeni pari, ženske morajo biti stare 25 do 40 let in moški 25 do 50 let. Javna zdravstvena zavarovalnica nudi finančno pomoč za največ tri cikle (samo v primeru zdravstvenih težav). V šestih od šestnajstih zveznih dežel Nemčije uporabnice lahko dobijo dodatno 25-odstotno kritje s strani države (Griesinger, Diedrich in Altgassen, 2007; Trappe, 2017).

Države, ki imajo bolj permissivno reproduktivno politiko in z zakonom dovoljujejo številne postopke MRT, pogosteje strožje omejujejo, kdo je do postopkov upravičen. S tem določajo strožje kriterije, ki urejajo dostop do reproduktivnih tehnologij in upravičenost do (so)financiranja (Rothmayr, Varane, Serdiilt, Timmerman in Bleiklie, 2004: 229). Primer tega je tudi Združeno kraljestvo, ki ponuja številne možnosti na področju MRT in obenem

strogo določa, kdo je upravičen do državne finančne pomoči ob vstopu v postopke MRT. V Združenem kraljestvu lokalne skupnosti zastavljajo različne omejitve, saj nekatere med kriterije upravičenosti vključujejo tudi telesno težo uporabnikov (omejitve indeksa telesne teže – ITM) kot tudi dejstvo, ali ima uporabnik že otroke in koliko postopkov MRT je že izkoristil (HFEA, 2015). Pri (so)financiranju so pogosto privilegirani heterospolni pari in morajo zato istospolni pari in samske ženske pogosto postopke v celoti plačati sami. To je lahko posledica zakonodaje HFEA iz leta 1990, ki je govorila o »otrokovi potrebi po očetu« (poročilo za leto 2012–2013) (glej poglavje »2.2«) (HFEA, 2014: 20; Lee, Sheldon in Macvarish, 2017). Upravičenost do postopkov oziroma v tem primeru (so)financiranja je tako lahko rezultat, vladajoče morale, političnega kompromisarstva in specifičnega razumevanja človekovih pravic, ki oblikujejo nacionalne zakonodaje in ki se odražajo v njih (Zaviršek, 2013: 381).

V številnih državah so tako do (so)financiranja pogosto upravičeni le tisti, ki imajo zdravstvene razloge za uporabo postopkov MRT (glej Tabela 1 in Tabela 2). Vprašanje namreč je, ali se na uporabo postopkov MRT gleda kot na medicinski poseg, podporo za uresničitev pravice do otrok ali morebiti celo kot na privilegij premožnih parov. Ker so stroški postopkov MRT redko kriti v celoti so številne študije raziskovale, zakaj jih kupci oziroma države nerade financirajo (glej Tabela 1 in Tabela 2). Njihova nenaklonjenost temelji na stališču, da neplodnost ni bolezen, temveč izbira življenjskega sloga (posledica poznejšega načrtovanja družine, čezmerne teže, kajenja) in da so postopki predragi za široko uporabo (Hoorens, Conklin in Tiessen, 2008). Tudi evropske smernice ESHRE (2015) pravijo, da mora osebje reproduktivnih centrov uporabnikom pred vstopom v postopke MRT predlagati programe za zmanjšanje telesne teže (ki temeljijo na dieti in rekreaciji). Ko je uporaba postopkov MRT obravnavana kot medicinska intervencija in ne kot podpora za uresničitev pravice do otrok, istospolni pari in samske ženske niso upravičeni do postopkov in (so)financiranja. Na spletni strani »Fertility Fairness« (2014) je razvidno, da je tudi v Združenem kraljestvu neplodnost opisana kot zdravstveno stanje in čeprav so tu samske ženske in istospolni pari upravičeni do postopkov MRT, so ti redko upravičeni do (so)financiranja (glej Tabela 1). V podporo za uresničitev pravice do otrok je leta 2016 Svetovna zdravstvena organizacija izdala nov predlog za redefinicijo neplodnosti, po kateri ne bi bila več definirana kot bolezen (Nargund, 2016).

Ekonomsko manj razvite države z visoko stopnjo sekundarne neplodnosti se pogosto srečujejo s pomanjkanjem storitev MRT, preprečevanja neplodnosti in pomanjkanjem državnega (so)financiranja. Ker je neplodnost redko priznana kot ključna prioriteta reproduktivnega zdravja Svetovna zdravstvena organizacija oblikovalce politik na področju zdravstva vse pogosteje spodbuja, da med svoje politike integrirajo strategije za preprečevanje neplodnosti (Inhorn in Patrizio, 2015; Cui, 2010).

Veliko avtorjev opozarja, da reproduktivnih tehnologij ne smemo prepustiti zasebnemu sektorju, da je treba bolje urediti stroške in tveganja ter zaščititi udeležence teh tehnologij proti izkoriščanju (Hoerbst, 2009: 5). Leta 2008 je Evropski parlament pozval komisijo in države članice EU, naj upoštevajo občutljivo temo neplodnosti, zagotovijo parom pravico do univerzalnega dostopa do postopkov zdravljenja neplodnosti in naj sistemi socialne varnosti pokrijejo zdravstvene in psihološke stroške zdravljenja neplodnosti (ESHRE, 2010: 3).

2.4. »Čezmejna reproduktivna pomoč« kot nujnost

Čeprav uporaba postopkov MRT z darovano spolno celico za številne pare in posameznice predstavlja pomembno rešitev, se številne države soočajo s primanjkljajem darovalcev in predvsem darovalk spolnih celic. V lastni državi kar 160 milijonov Evropejcev ne more dostopati do postopkov MRT z darovano spolno celico (HFEA, 2014; ESHRE, 2010: 2). Tudi Slovenija se sooča s pomanjkanjem darovalcev in darovalk⁸ spolnih celic, saj je od leta 2001 do 3. 6. 2017 svoje spolne celice v UKC Ljubljana darovalo le 137 Slovencev in 64 Slovenk^{9,10}. Poročilo HFEA 2012–2013 navaja, da je bilo v Združenem kraljestvu v zadnjih desetih letih izvedenih vse več ciklusov z darovano spolno celico (leta 2013 jih je bilo izvedenih 4.611), saj je do leta 2012 v postopke z darovano spolno celico vstopil vsak deseti. V Združenem kraljestvu pomembno rešitev predstavlja uvoz spolnih celic, saj je približno ena tretjina darovanih moških spolnih celic uvožena iz tujine (večinoma iz ZDA in Danske) (HFEA, 2014). Dostopnost do darovanih spolnih celic je v Združenem kraljestvu zelo široka, saj nekatere semenske banke ponujajo dostavo zamrznjenega

⁸ V Sloveniji spolne celice lahko darujejo ženske v starosti od 18 do 35 let in moški v starosti od 18 do 55 let (Pinter idr., 2006).

⁹ Podatki posredovani preko elektronske pošte s strani službe za splošne informacije – info@reprodukcija.si dne 13. 6. 2017.

¹⁰ S pomočjo darovane moške spolne celice se je v UKC Ljubljana rodilo 160 otrok, in s pomočjo ženske spolne celice 15 otrok (*Klinični oddelek za reprodukcijo Ljubljana 2016 – darovanje spolnih celic*).

semena na dom (BBC2 Documentary, 2015). Prav tako britanske spletne strani kot sta »Co-parentMatch« in »Coparents« uporabnicam pomagajo pri iskanju primernih moških, ki bi darovali seme na »naraven način«. Te opozarjajo, da je pomembno, da se ženske pred spolnim odnosom z darovalcem semena prepričajo o njegovem zdravju in plodnosti.

Številne države skušajo najti rešitev za problem pomanjkanja darovanih (predvsem ženskih) spolnih celic. Kljub temu, da bi v Sloveniji problem pomanjkanja darovanih spolnih celic lahko rešil uvoz spolnih celic, tega Slovenija z zakonom ZZNPOB (2000, 37. člen) ne dovoljuje. Tema številnih razprav je tudi, ali darovalce spolnih celic plačati, da bi se morda več ljudi odločilo za darovanje spolnih celic (in povrnilo stroške). Darovanje spolnih celic je v Sloveniji brezplačno in se zato darovalcem in darovalkam povrnejo le stroški prihoda v center za OBMP in vrnitve, stroški bivanja v centru, stroški pregledov in odvzema spolnih celic (ZZNPOB, 2000, 10. člen). Študije iz Združenega kraljestva kažejo, da je plačilo darovalcev spolnih celic nepomemben faktor pri darovanju spolnih celic, saj se ti za darovanje spolnih celic običajno ne odločajo zaradi plačila (Hudson, Culley, Rapport, Johnson in Bharadwaj, 2009: 66). Kljub temu pa je nemška raziskava, ki je potekala v obdobju 2006–2007 pokazala, da se Nemci za darovanje semena odločajo predvsem zaradi plačila (Thorn, Katzorke in Daniels, 2008). Mednarodna študija, ki je raziskovala karakteristike darovanja ženske spolne celice v enajstih evropskih državah (Belgija, Češka, Finska, Francija, Grčija, Poljska, Portugalska, Rusija, Španija, Združeno kraljestvo in Ukrajina) v obdobju 2011–2012, je izpostavila, da je težko opredeliti, zakaj se v Španiji in na Češkem več ljudi odloča za darovanje spolnih celic (saj je tu darovanje spolnih celic altruistično in brezplačno). Razlogov za to je več in so med državami različni (na darovanje lahko vpliva tudi anonimnost darovalcev in darovalk spolnih celic) (Pennings idr., 2014; Invitra, 2017a; Invitra 2017b).

Številna strokovna združenja in strokovnjaki pravijo, da uporabnice reproduktivno pomoč iščejo zunaj matične države, saj so v lastni državi neupravičene do (so)financiranja postopkov MRT. Na odločitev za iskanje reproduktivne pomoči v tujini, poleg finančnih razlogov, vplivajo tudi številni drugi dejavniki, kot so: nezadovoljstvo s storitvami doma, dolge čakalne dobe za darovane spolne celice (predvsem za ženske spolne celice), nedostopnost postopkov MRT (pomanjkanje reproduktivnih centrov, specifičnih postopkov MRT, ki se ne izvajajo), visoka stopnja uspeha v tujini, iskanje anonimnih darovalcev spolnih celic in zakonske omejitve (omejitev dostopa na podlagi previsoke starosti, spolne

usmerjenosti ali partnerskega statusa; prepoved določenih postopkov MRT) (Mladovsky, 2006: 5; Shenfield idr., 2010; ZZZS, 2015: 75; ESHRE, 2010: 2; Inhorn in Patrizio, 2015: 2; Cui, 2010: 882). Tudi samske ženske in istospolni pari v Sloveniji iščejo reproduktivno pomoč v tujih zasebnih reproduktivnih centrih (Zaviršek, 2013: 381).

Čeprav je obseg čezmejne reproduktivne pomoči (angl. *cross border reproductive services* – CBRS) težko oceniti, se zdi, da se v svetu povečuje (Inhorn in Patrizio, 2015: 12). To iskanje pomoči se imenuje tudi »reproduktivni turizem« in je del fenomena vse večjega medicinskega turizma. Izraz »čezmejna reproduktivna pomoč« je primernejši, saj ne stigmatizira tistih, ki svoje iskanje pomoči ne vidijo kot turizem, temveč kot nujo.

Češka in Španija sta pogosti destinaciji tudi za nemške, britanske, slovenske in druge evropske uporabnice, ki potrebujejo darovano žensko spolno celico ali darovan zarodek. V Španiji pogosteje pomoč poiščejo tisti, ki potrebujejo darovano žensko spolno celico in na Češkem tisti, ki iščejo cenejše postopke. Britanski in slovenski uporabniki postopke v tujini iščejo zaradi dolgih čakalnih dob za darovane ženske spolne celice (pogosta destinacija za Slovence je Češka in za Britance Španija). Tudi nemški uporabniki pogosto iščejo pomoč v tujini, ker so postopki z darovano žensko spolno celico v Nemčiji prepovedani in s tem nerazpoložljivi. Tudi finančni razlogi so pogosto tisti, zaradi katerih se uporabniki odločajo za uporabo postopkov v tujini. Britanci se za postopke v tujini tako odločajo predvsem zaradi cenejših storitev, medtem ko Nemci tujino redko obiščejo iz teh razlogov (ESHRE, 2017; Thorn in Wischmann, 2009: 74; Shenfield idr., 2010; Bregar, 2012; Zaviršek, 2013; Thorn, 2016; Culley idr., 2011).

Iskanje reproduktivne pomoči v tujini ni brez nevarnosti, saj se posamezniki in posameznice srečujejo s pomanjkljivimi standardi, večplodnimi nosečnostmi, nesporazumi zaradi tujega jezika in zavajajočimi informacijami na internetu in v drugih medijih (Shenfield, Pennings, de Mouzon, Ferraretti in Goossens, 2011; ESHRE, 2010).

3. Stigmatizacija neplodnosti

Stigmatizacija, diskriminacija, izolacija, nasilje in drugi kolektivni pritiski glede načrtovanja družine so pogosto del izkušnje žensk, ki se v pronatalističnih družbah in ekonomsko manj razvitih državah soočajo s problemom neplodnosti. V teh kontekstih uporaba postopkov MRT ne predstavlja stvar izbire ampak prisilo, če želijo ohraniti družbeno priznan status. Tudi v ekonomsko razvitih državah je materinstvo idealizirano saj številne ženske poročajo o pritiskih, da morajo imeti biološke otroke. Javnost je potrebno ozaveščati o stiski zaradi neplodnosti in podpreti odločitve tistih, ki si ne želijo otrok.

Posamezniki in posameznice, ki so se soočali z neplodnostjo, so bili v zgodovini stigmatizirani, saj je bila ideološka pomembnost nadaljevanja rodu zelo pomembna; pomen načrtovanja veččlanske družine pa je prisotno vse do danes. Hunter in O'Dea (1997: 200) povzemata Joela Wilbush, ki pravi, da je bila v času Rimljanov prekinitev mesečnega perila (zaradi menopavze, menstrualnih nepravilnosti in drugih razlogov) tabuizirana, saj so verjeli, da je menstrualna kri strupena in mora biti zato odvajana iz telesa. V nasprotnem primeru bi »strup« ostal ujet v telo ženske in povzročil fizičen, seksualen in čustven propad. Puščanje krvi (angl. *bloodletting*) – z rezanjem žil in uporabo pijavk, je bilo ustaljena praksa ohranjanja dobrega počutja ter fizične in seksualne privlačnosti. Antropološke raziskave o različnih tabujih so prav tako pokazale, da so nekatere kulture žensko v času menstruacije izločili iz skupnosti, saj so verjeli, da je menstrualna kri vir smrtonosnih bakterij (Leskošek, 2009: 130). V 17. stoletju so bila spočetja pred poroko celo bolj razširjena kot danes, saj so se številni angleški pari želeli pred poroko prepričati o plodnosti partnerja (Oakley, 2000: 32). V 19. stoletju so psihiatri in ginekologi menili, da je močna povezava med žensko reproduktivno zmožnostjo in njenim čustvenim počutjem ter razumom (Hunter in O'Dea, 1997: 200). Stigmatiziranim posameznikom so bile tako pripisane še druge napake in nezaželenosti. V Sloveniji so v začetku 20. stoletja ženske brez otrok veljale za telesno in duševno nepopolne (to so lahko dosegle le z moškimi), odklonske in sebične. Samski moški so veljali za »suhe veje« in bili družbeno prezirani, veljalo je celo prepričanje, da bi morali imeti nižjo plačo. Posameznike in posameznice, ki so se soočali z neplodnostjo, pa so opisovali z izrazom »jalov« (Leskošek, 2002: 205, 218).

Religiozne tradicije in ideologije pomembno vplivajo na to, kako se ljudje vedejo do tistih, ki se soočajo z neplodnostjo, saj na podlagi teh pogosto prihaja do stigmatizacije

neplodnosti. Poroka je v številnih družbah povezana predvsem z biološkimi otroki. V pronatalističnih družbah in ekonomsko manj razvitih državah se življenje brez otrok pogosto zdi deviantno in je posledično stigmatizirano. Nezmožnost imeti potomce se pogosto obravnava kot osebna tragedija in prekletstvo za par in vpliva na celotno družino. Vzemimo na primer Indije, in nekaterih drugih neevropskih držav. Čeprav se Indija sooča s prenaseljenostjo, predstavlja življenje brez otrok veliko skrb za ortodoksni hinduizem. Neplodnost je stigmatizirana, saj so moški brez bioloških otrok (se soočajo z neplodnostjo ali so istospolno umerjeni) po prepričanjih hinduizma imenovani »kaliba« ali »napusaka«, kar pomeni seksualno disfunkcionalnega ne-moškega. Hindujski verjamejo, da vsi moški pridejo na ta svet z dolgom in edini način povrnitve dolga je postati oče potomcem. Vsakič ko par zamudi obdobje plodnih dni ženske, je prednik izgubil možnost, da bi bil ponovno rojen (Allahbadia, Allahbadia in Arora, 2009). Tudi za Jude je plodnost zelo pomembna, saj je človek brez otrok v zbirki spisov Talmud metaforično opisan kot mrtev (Washofsky, 2009: 232).

Tudi novo poročeni pari v Indiji, Izraelu in večini afriških kultur se soočajo z velikim družbenim pritiskom, če jim po poroki v določenem času ne uspe spočeti otroka (Stone, 2006; Allahbadia, Allahbadia in Arora, 2009: 117; Ombelet, Cooke, Dyer, Serour in Devroey, 2008). Posamezniki brez otrok se posledično pogosto soočajo s hudimi negativnimi psihosocialnimi posledicami. Predvsem ženske brez otrok so tiste, ki so stigmatizirane, diskriminirane, izolirane in žrtve nasilja v družini. Težave pri zanositvi lahko med zakoncema povzroči težave v partnerskem odnosu ali vodi do ločitve. Ker krivdo za neplodnost nosijo ženske, se od njih ponekod pričakuje strpnost do poligamije¹¹ in do zunajzakonskih spolnih zvez svojih partnerjev. Alternativa temu je sprejetje neplodnosti in s tem sprejetje življenja brez otrok, a to za številne ženske pomeni »socialno smrt« (Aderibigbe, 2009: 192; Cui, 2010: 881; ESHRE, 2009: 1008; Inhorn in Patrizio, 2015; Ombelet, Cooke, Dyer, Serour in Devroey, 2008). Rita Sembuya (ustanoviteljica centra Joyce Fertility Support Centre v Ugandi) poroča o frustraciji in agoniji, ki jo doživljajo ženske, ki pridejo v center: *»Naša kultura zahteva, da mora imeti ženska vsaj enega biološkega otroka, če želi, da je socialno sprejeta«* (Cui, 2010: 881). Ženske, ki ne morejo imeti bioloških otrok, nimajo ne družbeno priznanega statusa, spoštovanja in ne

¹¹ Zakonska nestabilnost in poligamija lahko pospešita širitev spolno prenosljivih okužb (HIV, gonoreja, klamidija), ki so v ekonomsko manj razvitih državah zelo razširjene (Ombelet, Cooke, Dyer, Serour in Devroey, 2008, str. 608; Nachtigall 2006, str. 872).

glasu in jih partnerji pogosto zavrnejo, izgnane so iz družbe in živijo kot manjvredne in neuporabne izobčenke (Lunenfeld in van Steirteghem, 2004: 321; Aderibigbe, 2009: 193).

V enem od primerov, se ženska iz Ugande zaradi neplodnosti ni smela udeležiti tastovega pogreba (Cui, 2010: 881): *»Ko se zberejo sorodniki, govorijo veliko o svojih otrocih ali nosečnosti. To so trenutki, ko se počutim zelo izolirana. Ljudje te pogosto ne obravnavajo kot človeka in te ne spoštujejo ... Slišala sem tudi druge ženske govoriti, da sva z možem prekleta.«* Tudi ženske, ki živijo v indijskih, pakistanskih in bangladeških skupnostih v Združenem kraljestvu se bojijo, da bodo zaradi svoje neplodnosti izobčene iz socialnih krogov, saj sta neplodnost in uporaba postopkov OBMP zelo stigmatizirani (Culley, Hudson, Rapport in Johnson, 2006: 42–43).

V številnih pronatalističnih družbah so tako ženske neločljivo povezane z vlogo matere. Ko je starševstvo pomembno povezano z družbenim statusom posameznic, nekatere feministke skrbijo, da so ženske prisiljene k uporabi postopkov MRT, saj so omejene na reprodukativne zmožnosti (Petropanagos, 2013: 26; Miall, 1994: 194–395; Oakley, 2000). V tem primeru postopki OBMP za uporabnice niso stvar izbire ampak prisile.

Na povezavo med družbenim statusom in starševstvom je opozorila tudi do sedaj največja mednarodna študija *»Starting Families«* Mercka Serona, opravljena med leti 2009–2010 (s sodelovanjem Cardiff Univerze). V raziskavo je bilo vključenih več kot 10.000 moških in žensk (ki so skušale zanositi) iz Avstralije, Brazilije, Kanade, Kitajske, Danske, Francije, Nemčije, Indije, Italije, Japonske, Mehike, Nove Zelandije, Portugalske, Rusije, Španije, Turčije, Združenega kraljestva in ZDA. Raziskava je pokazala, da starševstvo najbolj vpliva na socialni status posameznikov in posameznic na Kitajskem in v Indiji. Tu živeči posamezniki in posameznice so tako pogosteje pripravljeni načrtovati življenje v skladu z družbenimi pričakovanji ter pričakovanji partnerja in družine. Starševstvo je imelo manj vpliva na socialni status v državah z višjim gospodarskim razvojem, na primer v ZDA, Nemčiji in na Japonskem (Serono, 2010: 2, 6).

Kljub ekonomskim in političnim spremembam ideali materinstva in družine v ekonomsko razvitih državah ostajajo. Ženske se soočajo s številnimi družinskimi, religioznimi in kulturnimi pritiski, med drugim tudi tem, da morajo imeti biološke otroke. Ženskam, ki se v ekonomsko razvitih državah prostovoljno odločajo za življenje brez otrok, je pogosto

zastavljeno vprašanje, zakaj nimajo otrok. Na odločitev za življenje brez otrok vplivajo številni dejavniki, kot so poznejše načrtovanje poroke, učinkovita kontracepcija, povečana udeležba žensk na trgu dela, visoka izobraženost žensk, sekularnost in ženska usmerjenost v kariero (Akizuki in Kai, 2008; Gobbi, 2013: 964; Lunenfeld in van Steirteghem, 2004: 319; Petok, 2006: 51; Zaviršek idr., 2008: 124).

Merck Serono (2013) je pokazal, da se v Angliji več kot 60 odstotkov žensk (od 500 sodelujočih starih 35–45 let) počuti stigmatizirane zato, ker nimajo otroka; več kot tretjina žensk zaradi sramu o svoji neplodnosti ni želela odkrito govoriti (ne z družino ne s prijatelji). Pokazal je tudi, da družina in prijatelji najpogosteje izvajajo pritisk, da naj bi ženske imele otroke. Podobne izkušnje imajo tudi migranti iz južne Azije, ki svoje izkušnje z neplodnostjo ne delijo z nikomer iz svojega socialnega okolja (Culley, Hudson, Rapport in Johnson, 2006: 42).

Izkušnja neplodnosti je tako vpletena v socialne strukture (družine, skupnosti, kulture), pa tudi v določen kontekst, zato je ne le individualna psihološka izkušnja, temveč tudi socialna. Številni strokovnjaki izpostavljajo, da je način dojemanja reprodukcije in starševstva kot tudi način dojemanja reproduktivnih postopkov pomemben, saj vpliva na to, kako se ljudje vedejo do tistih, ki se soočajo z neplodnostjo. Tako lahko predstavljajo dodaten vir socialne podpore, ki pozitivno vpliva na njihovo psihološko zdravje (Akizuki in Kai, 2008: 2737; Culley, Hudson, Rapport in Johnson, 2006: 44; Ozbay, Johnson, Dimoulas, Charney in Southwick, 2007: 35; Miall, 1994: 394–395; Zoll in Tsigdinos, 2013: 20; Covington in Hammer Burns, 2006: 8). Politika držav in organizacije imajo pomembno vlogo pri destigmatizaciji žensk brez otrok in drugih, ki se soočajo z neplodnostjo. Tako je na primer Združeno kraljestvo zavzelo aktivnejšo vlogo in z namenom destigmatizacije organiziralo dogodek imenovan »*National Infertility Awareness Week*«. Dogodek je potekal v obdobju 28. 10. 2013 do 3. 11. 2013 pod okriljem *Infertility Network UK*. Ta dogodek je bil prvi svoje vrste in je poleg ozaveščanja prav tako spodbujal k dobroti centrov za reprodukcijo in drugih udeleženi na dogodku. Posebno sporočilo je poslala tudi Luise Brown, ki je bila prvi otrok rojen s pomočjo postopka IVF. Na dogodku so sodelovali tudi številni člani BICA (*British Infertility Counselling Association*), zbirali so tudi sredstva za INUK. 10 obletnico INUK-a je podprla tudi BICA s kampanjo »*Talking about Trying*« (BICA, 2013: 10). Pomembna posebna skupina iz Združenega kraljestva, ki prav tako javnost ozavešča o neplodnosti in

obenem poziva k izboljšanju dostopa do postopkov MRT, je »*Fertility Fairness*« (2015). Tudi v Sloveniji je leta 2011 potekala kampanja z imenom »*Daruj spolne celice in izpolni veliko željo!*«. Kampanja je Slovenke in Slovence spodbujala k darovanju spolnih celic in jih tudi spodbujala h govoru o neplodnosti ter ozaveščala o stiski zaradi neplodnosti (Zaviršek, 2012: 135, 140). K destigmatizaciji lahko pomembno prispevajo tudi mediji, kot so televizija in časopis, saj čustveno stisko parov, ki se soočajo z neplodnostjo, lahko približajo splošni javnosti.

4. Neenakosti med spoloma in rešitev postopkov MRT

Zgodovinsko so bile neenakosti med moškimi in ženskami utemeljene na bioloških razlikah, ki naj bi domnevno ločevale vloge in poslanstva moških in žensk. Kljub ekonomskim in političnim spremembam ima »mit o materinstvu« še vedno velik vpliv in zato še vedno ne moremo govoriti o enakosti med spoloma. Čeprav na načrtovanje rojstva otrok vplivajo številni dejavniki je »krivda za neplodnost« pogosto pripisana ženskam, ki zaradi lastnih interesov (pre)pozno načrtujejo rojstvo otrok. Po mnenju kritičnih feminističnih raziskovalk, je MRT pomembno prispevala k enakosti med spoloma in med različnimi spolnimi izrazi tako ženske pridobivajo nadzor nad lastnimi telesi in reprodukcijo.

Čeprav je danes znanstveno dokazano, kako moške in ženske spolne celice prispevajo k nastanku zarodka, nekatere kulture (na podlagi bioloških razlik med moškimi in ženskami) izpostavljajo, da imajo moški pomembnejšo vlogo pri nastanku človeka. Pripadniki hinduizma po zapisih spisa Mahabharata verjamejo, da je duša moškega ujeta v semenu in da je to medij, skozi katerega predniki pridejo v deželo živčih (Allahbadia, Allahbadia in Arora, 2009; Stone, 2006). Linda Stone (2006: 6) opisuje zgodbo antropologinje Carol Laderman, ki je v Maleziji prišla v kontakt z lokalnim prepričanjem, da se dojenček ne začne razvijati v maternici ženske, temveč v možganih očeta (tu sprva obstaja v tekoči obliki). To izhaja iz kulturnega prepričanja, da racionalnost ločuje ljudi od živali in ker moški veljajo za bolj racionalne od žensk, to prispevajo moški. Stone prav tako povzema Carol Delaney, ki metaforično pravi, da je moško »seme« (metafora za semenske celice) vstavljeno v žensko pasivno, negovalno »zemljo« (metafora za jajčne celice). Po teh prepričanjih je za nastanek človeka pomembnejši biološki material moških. Kljub razširjenemu prepričanju, da evro-ameriške družbe o reprodukciji govorijo le na znanstven način, je tudi tu posebna pozornost osredotočena na moške, ki »dajejo življenje«. Na to je pomembno vplivala zahodnokrščanska tradicija in druge monoteistične tradicije (judaizem in islam), pri katerih je bog moškega spola. Na podlagi teh prepričanj, ki izpostavljajo biološke razlike med moškimi in ženskami, se utemeljujejo neenakosti med moškimi in ženskami.

V preteklosti so številni znanstveniki na podlagi bioloških razlik med moškimi in ženskami utemeljevali, zakaj so vloge in poslanstva žensk v družbi drugačne od moških in s tem definirali, kaj je »naravno« za ženske in kaj je »naravno« za moške. Ameriški psihiater Theodore Lidz (1968: 623) je rekel, da so rodila ženske brez pomena, če ne rodi in doji, saj svoj biološki namen doseže s spočetjem. Materinstvo naj bi v njihovem življenju predstavljalo osrednjo točko, saj osmišlja in prinaša ravnovesje v njihovo življenje.

Nekateri znanstveniki so neenakosti med spoloma utemeljili na podlagi prepričanja, da so razlike med moškimi in ženskami prirojene (»narava žensk in moških«) in s tem utemeljili, zakaj so sposobnosti in spretnosti žensk različne od moških. To je podprl tudi antropolog George P. Murdock v delu »*Social Structure*« (1949: 7–8) in podprl delitev dela. Izpostavil je, da ženske opravljajo lažja dela (nabirajo plodove, gospodinjijo), ker to ne ovira nosečnosti in dojenja, moški nasprotno zaradi superiorne telesne moči opravljajo težja opravila (lov, sekanje drevja, rudarjenje, postavljanje bivališča). Tovrstna delitev dela glede na spol je naklonjena predvsem moškim, ki se po napornem lovu vračajo v topel dom in se okrepčajo s hrano.

Ženske tako veljajo za šibkejše od moških, so bolj ranljive in jih morajo zato ti zaščititi. Tudi izobraževanje in zaposlovanje žensk je bilo v preteklosti zavračano, saj naj bi bilo v nasprotju z »naravo ženske«, ki velja za čustveno, živahno, negotovo, podrejeno in intelektualno manj sposobno v primerjavi z moškimi. Ta nasprotno velja za racionalnega, analitičnega, asertivnega, neodvisnega, dominantnega in produktivnega. Zaposlovanje in izobraževanje žensk je bilo tako skozi zgodovino strogo nadzorovano in obsojano, saj naj bi prispevalo k zanemarjanju doma in družine, kot tudi naj bi bilo v nasprotju z »naravno« delitvijo dela med spoloma. Prav tako je veljajo prepričanje, da zaposlovanje žensk (na primer delo žensk v tovarnah) škodi njihovem reproduktivnemu zdravju saj povzroča okvaro medenice, večje možnosti spontane prekinitve nosečnosti in neplodnost. Vloga gospodinj se je tako prenašala iz generacije v generacijo, saj je mati učila hčerko domestikacije, ki temelji na psihološki identifikaciji matere in hčere. Tako so matere svoje hčere vzgajale, naj se vedejo kot »pridni otroci«, medtem ko je bila pri sinovih spoštovana drugačnost, samostojnost in neodvisnost. Razširjeno je bilo prepričanje, da moški ne more prevzeti »naravne« vloge gospodinje ženske, saj bi to predstavljalo anomalijo. S tem so ženske ostale omejene na zasebno sfero, saj je bilo to zanje »naravno« in tako niso imele mesta v javni sferi kot moški. To je moškim omogočilo nadzor nad njihovim življenjem, njihovo reprodukcijo, njihovim delom in otroci (Murdock, 1949: 8; Oakley, 2000; Leskošek, 2002: 183–184; Tong, 2009).

Prepričanje, da je prava ženska tudi mati in da lahko le ona najbolje poskrbi za otroka (zaradi materinskega instinkta) je mit z zatiralnim namenom in konstrukt patriarhata. Primeri socialnega starševstva kažejo, da so socialne matere in moški lahko isto učinkoviti pri vzgajanju otrok. Prav tako potreba po materinstvu ni povezana z dejstvom, da ima

ženska maternico in jajčnike in ni odvisna od hormonskih impulzov. Materinski instinkt tako ni prirojen, temveč je naučen in odvisen od socialnih in kulturnih vplivov. Prav tako delo gospodinje ne velja za delo, saj ne dobi nobenega plačila, zavarovanja ali denarnega nadomestila (v primeru bolezni) (Lundberg in Farnham, 1947; Oakley, 2000: 12; Zaviršek idr., 2008: 124; Tong, 2009; Neyer in Bernardi, 2011: 166).

Čeprav so družbene organizacije (institucije, vsakdanje prakse, rituali) vplivale na družbeno prepričanje, da so razlike med spoloma naravne, saj se ženske vedejo drugače, ker imajo zaradi bioloških razlik v družbi posebno vlogo (so noseče, rojevajo otroke), drugi izpostavljajo, da je to mit, saj so vloge moških in žensk (ne glede na biološke razlike) v različnih delih sveta različne. Konstrukti o spolnih razlikah so za vsako vrsto družbe različni, saj sta sorodstvo in spol kulturno konstruirana in zato kulture različno interpretirajo in definirajo, katere so vloge moških in žensk. Podrejenost žensk je tako družbeno pogojena (oziroma vsiljena s strani moških) in ne biološko, saj so ženske kljub materinstvu lahko politično in ekonomsko dejavne in ni nujno, da prevzamejo večinski delež skrbi za otroka in so omejene le na dom. Podrejenost žensk in delitev dela glede na spol tako ni univerzalno, niti »naravno« kot tudi ni neizogibno in nespremenljivo. O tem poročajo tudi raziskave o delitvi dela, ki so pokazale, da so ženske in moški opravljali težka dela po vsem svetu (ženske v Angliji, Afriki, Kongu so opravljale težka poljedelska dela, v azijskih in latinskoameriških rudnikih pa rudarska dela). Zanimiv primer je tudi trgovanje, ki je v nekaterih kulturah spoštovan poklic žensk (na primer v afriških državah) in v drugih kulturah za ženske popolnoma nesprejemljiv (v večini arabskih držav). Kako razumemo »moško in žensko«, se tako medkulturno razlikuje in je odvisno od socialnih vlog, ki jih igrajo moški in ženske, vrednot, ki obkrožajo moške in ženske, razumevanja razlik med spoloma in definicije, kaj je »naravno« (Stone, 2006: 1; Leskošek 2009: 63; Oakley, 2000).

Ker so karakteristike, ki opisujejo tradicionalno žensko pogosto devalvirane, radikalne (libertarne) feministične teoretičarke menijo, da bi morale ženske zavrniti vse, kar velja za »ženstveno«. S tem bi ženske zavrnile umetno identiteto, ki jo je zanje konstruiral patriarhat. Druge radikalne (kulturne) feministične teoretičarke se s tem ne strinjajo in pravijo, da so določene karakteristike vsem ženskam skupne in zato ženske spodbujajo, da ponotranjijo »ženstvene« kvalitete (skrbnost, sočutje, nežnost, skromnost, nesebičnost, egalitarizem, stik z naravo) saj so za družbo boljše (so naklonjene matriarhatu). S tem

biološkim determinizmom se radikalne (libertarne) feministične teoretičarke ne strinjajo saj pravijo, da se s tem ujamemo v past esencializma, ki zagovarja, da narave žensk in moških ne moremo spremeniti (podobni argumenti so v preteklosti opravičevali suženjstvo) kot tudi ženske potiska nazaj v sfero skrbstvenega dela, ki ženske omejuje. Biološki in družbeni spol sta družbeno konstruirana, saj se to kaj velja za moško in kaj velja za žensko glede na čas in prostor razlikuje in je stvar dogovora (nekdo ni rojen kot ženska ampak to postane¹²) (Van Hooff, 2013: 26; Tong, 2009). »Normalnost« žensk in moških je tako odvisna od njihove sposobnosti da glede na njihov biološki spol izražajo te kulturno konstruirane spolne identitete in vedenja.

Radikalne in socialistične feministične teoretičarke poudarjajo, da pravna izenačitev pravic med spoloma, ni dovolj, da bi ženske pridobile pozicijo, ki bi bila v družbi enakovredna moškim, saj so bistvene strukture organizirane okoli interesov moških, ki imajo moč. Ker sta kapitalizem in patriarhat povezana, spremembe v ekonomskih strukturah vplivajo na odnose doma in zato z zaposlovanjem žensk tako te niso več odvisne od moških in jim podrejene (Van Hooff, 2013; Tong, 2009). Množična udeležba žensk na trgu dela je tako prinesla nove izzive v družinske dinamike. V Sloveniji je bilo leta 2010 kar 70 odstotkov parov, kjer sta bila oba partnerja zaposlena za polni delovni čas. Gospodinjstva, v katerih imata dohodke oba starša (angl. *dual earner couples*) in oba partnerja razpolagata s plačano zaposlitvijo, danes predstavljajo normo in zato nekateri menijo, da se je s tem povečala verjetnost, da si bosta zaposlena partnerja delila obveznosti v gospodinjstvu kot tudi družinske obveznosti (varstvo in oskrba otrok). Kljub temu pa se danes ženske v družbi pogosto srečujejo s kontradiktornimi sporočili, saj se jih spodbuja, naj v družini še vedno opravljajo skrbstveno delo (moški naj ostane odgovoren za finančno skrb za družino), obenem pa se jih s socialnimi in moškimi faktorji (na primer visoka brezposelnost moških) istočasno spodbuja k vstopu na trg delovne sile. Ženske se tako lahko počutijo, kot da karkoli naredijo, ni prav (Wallbank, 2001: 14; Miani in Hoorens, 2014: 1; Parent-Thirion idr., 2012: 82; Bhowon, 2013: 78). Kljub temu, da se enakopravnost med moškimi in ženskami začinja v družini z delitvijo odgovornosti pri gospodinjstvu in skrbi za otroke, imajo tradicionalne predstave o vlogi žensk velik vpliv (čeprav so glavne nosilke prihodka v družini). Ženske so tako v primerjavi z moškimi še

¹² Moški in ženske se lahko rodijo z reproduktivnim sistemom, ki odstopa od standardov kategoriziranja moškega in ženskega spola (na primer osebe z moškimi in ženskimi spolnimi organi) (Tong, 2009).

vedno glavne nosilke odgovornosti in skrbi za gospodinjstvo in družino (Jourová, 2016: 1; Mills idr., 2014). Neplačano delo danes ni omejeno le na gospodinjstva opravila, saj vse več žensk (brezplačno) pomaga v družinskih podjetjih, partnerje podpira pri karieri in so tudi pogostejše kot moški prostovoljke v organizacijah (Rener, 2000: 295). Po podatkih Evropske fundacije za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer več kot šest milijonov žensk (starih od 25 do 49 let) v Evropi pravi, da zaradi družinskih obveznosti ne morejo delati s polnim delovnim časom (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010: 3). Analiza trga dela in socialnega razvoja v Evropi prikazuje, da se razlike glede aktivnosti in stopnje zaposlenosti med moškimi in ženskami manjšajo kot tudi da je v Evropi v zadnjih desetletjih prišlo do večje enakosti med spoloma, še vedno pa ne moremo govoriti o popolni enakosti med spoloma na zaposlitvenem področju. Moški v Sloveniji in drugod po Evropi še vedno zaslužijo več, kot tudi zasedajo najvišje vodilne položaje v politiki in gospodarstvu. (Jourová, 2016: 1; Abadie idr., 2016; Čuk, 2016). Urad za enake možnosti Republike Slovenije (2012) prav tako navaja, da ženske težje najdejo zaposlitev, se redkeje samozaposlujejo, zasedajo nižja delovna mesta in imajo pogosto manjše karijerne možnosti kot moški. Leta 2015 je bilo tako v Sloveniji brezposelnih več žensk kot moških. Spol otroka tako vpliva na to, kakšno prihodnost bo imel, saj so še vedno veljavne tradicionalne vloge in poslanstva moških in žensk.

Za enakost med spoloma je treba očete spodbujati k koriščenju dopusta za nego in varstvo otroka in očetovskega dopusta. Z visoko udeležbo žensk na trgu dela v Sloveniji kot tudi Evropi prihaja do tipičnega vzorca zaposlenih žensk, ki so ob koriščenju materinskega in starševskega dopusta delovno neaktivne, nato pa se znova zaposlijo. S ponovno zaposlitvijo se številne soočajo z obremenitvijo in krivdo, da njihovi otroci ne bodo dobili kakovostne oskrbe, ki jim jo lahko dajo le same. Tako jih skrbi, da za svojega otroka lahko najbolje poskrbijo le same, zato je za svoje otroke niso storile vsega, kar je v njihovi moči. Ženske se tako soočajo z dilemo, kjer morajo izbirati med družino in službo. Čeprav raziskave kažejo, da zaposlovanje mater nima nobenega škodljivega vpliva na otrokov razvoj in da so majhni otroci na začetku navezani na več oseb, ne le na eno, se ženske lahko soočajo s konfliktom, saj »mit o materinstvu« govori, da ženska izpolni svoje bistvo z rojstvom otroka in da le mati lahko najbolje poskrbi za otroka (SURs, 2014b; Mills idr., 2014; Leskošek, 2002: 222; Oakley, 2000).

Rosemarie Tong (2009: 49) pravi, da čeprav se radikalne feministične teoretičarke strinjajo, da sta seksizem in patriarhat kriva za neenakosti med spoloma (moški nadzor nad spolnostjo in reprodukcijo), se ne strinjajo o tem, kako neenakosti odpraviti. Čeprav sta bila materinstvo in reprodukcija od nekdaj v središču feminističnih diskurzov o pravicah žensk, se z razvojem MRT pomeni materinstva, starševstva in reprodukcije spreminjajo, s čimer se pojavljajo nova vprašanja in rešitve kako doseči enakost med spoloma. Tong (2009: 74–75) povzema radikalno (libertarno) feministko Shulamit Firestone, ki v knjigi »The Dialectic of Sex« izpostavlja, da neenakosti med spoloma izhajajo iz reproduktivnih vlog moških in žensk, na podlagi katerih temelji moška dominacija ter spolna in politična podrejenost žensk. Za osvoboditev žensk je tako potrebna biološka in socialna revolucija in postopki MRT omogočajo reproduktivno svobodo, saj osvobajajo od bioloških omejitev in razmnoževanja. Tong (2009: 74) pravi: »Medtem ko radikalne libertarne feministične teoretičarke menijo, da bi morale naravno reprodukcijo zamenjati MRT, radikalne kulturne feministične teoretičarke menijo, da je naravna reprodukcija v najboljšem interesu žensk.« Po mnenju Shulamit Firestone in Rosemarie Tong materinstvo in rojevanje ženske fizično in psihično izčrpa in zato ženske potrebujejo MRT in druge mehanizme za nadzorovanje reprodukcije. Manj kot imajo ženske opravka z reprodukcijo več časa in energije lahko namenijo drugim javnim produktivnim procesom (zaposlovanje, udeležba na trgu dela), s čimer pridobivajo pravico tam, kjer so jo dominantno imeli le moški. Ker sta materinstvo in rojevanje vir zatiranosti, pomembnost biološkega materinstva pa socialni konstrukt, se nekatere libertarne feministične teoretičarke naklonjene razvoju ektogeneze¹³ (angl. *ectogenesis*), ko bo proces naravne nosečnosti povsem nadomeščen z zunajtelesno nosečnostjo in umetno posteljico (placento) (Tong, 2009). Rosemarie Tong (2009: 4) pravi, da se s tem se kulturne (esencialne) feministične teoretičarke ne strinjajo in pravijo, da je biološko materinstvo v interesu žensk, saj je ustvaritev življenja absoluten vir moči, ki nadzoruje ali se bo človeški rod nadaljeval ali ne. Firestone (2006: 298) povzema Janice Raymond, ki pravi, da z uporabo postopkov MRT, ločitvijo spolnega odnosa od reprodukcije in fragmentacijo materinstva (spočetje ločeno od rojstva in jajčeca od maternic) ženske izgubljajo nadzor nad svojo reprodukcijo, saj je v središču pozornosti postavljen le zarodek. V postopkih MRT imajo nadzor in moč nad žensko reprodukcijo zdravniki in znanstveniki. Ženske tako ne bi smele nikoli dopustiti, da se zarodki lahko razvijajo izven maternic, saj s tem moški dobijo moč, da imajo otroke

¹³ Protipomenka je ontogeneza, ki pomeni razvoj človeka od njegovega spočetja do smrti.

brez pomoči žensk. Radikalne kulturne feministične teoretičarke nasprotujejo postopkom MRT z darovanimi jajčeci in nadomestnemu materinstvu, saj v tem procesu prihaja do devalvacije materinstva. Ženske se tako le izvajalke storitev in nosilke zarodka. Če se ženske odločijo da bodo nadomestne matere zaradi ekonomskih razlogov, v tem procesu niso spoštovane (kot so spoštovani drugi strokovnjaki, ki z reproduktivno industrijo dobro služijo). Spoštovane so le v primeru, da se za to odločijo altruistično in v družbeno korist. Z uporabo postopkov ženske tako niso bolj opolnomočene in njihov položaj tako ni izboljšán, saj nimajo več nadzora nad lastnim telesom, reprodukcijo in materinstvom (Stone, 2006; Neyer in Bernardi, 2011). Adrienne Rich izpostavlja, da patriarhat ne more preživeti, če moški nimajo kontrole nad reprodukcijo in zaključkom reproduktivnega procesa (Tong, 2009: 79).

Bolj kot kapitalistična ekonomija tako na neenakosti med spoloma vpliva patriarhalna ideologija, ki grobo ločuje med vlogami in poslanstvi moških in žensk. Rosemarie Tong (2009: 5, 111) povzema Juliet Mitchell, ki pravi, da je enakost med spoloma možna le, če se spremenijo strukture produkcije - kapitalistična ekonomija strukture produkcije in seksualnosti kot tudi socializacija otrok. Pozicija žensk tako ni odvisna le od udeležnosti žensk v javni sferi ampak tudi socializacije otrok in ženske vloge v seksualnosti in reprodukciji.

4.1. »Nadzor nad reprodukcijo«: Čas načrtovanja rojstva otrok in upravičenost do postopkov MRT

Linda Stone (2006: 209) povzema Gayle Rubin, ki pravi, da neenakost med spoloma izhaja iz obdobja zgodnjih človeških skupin, pri katerih je bilo prvo blago za trgovanje ženska. Od tod izvira tudi dota, saj so moški za izmenjavo raje ponudili svoje premoženje, kot pa svoje sestre in žene. Izmenjava žensk je tako povzročila, da so ženske postale podrejene moškim.

Radikalne feministične teoretičarke menijo, da so moški od nekdaj nadzorovali žensko seksualnost skozi posilstva, pornografijo, spolno nadlegovanje, prostitucijo in zažiganjem

čarovnic. To prikazujejo tudi prakse kot so obrezovanje ženskih genitalij, kitajska tradicija vezanja stopal in hinduistični sati¹⁴ (Tong, 2009).

Ženske so se od 19. stoletja naprej borile za pravico do nadzorovanja svojega telesa in pravico do načrtovanja rojstva otrok; feministične teoretičarke in aktivistke pa so predvsem od konca 90. let 20. stoletja poudarjale kako pomembna je ženska pravica do izbire in do odločanja o lastnem telesu o (pravica do umetne prekinitve nosečnosti, kontracepcije) če želijo pridobiti svobodo in avtonomijo, preseči patriarhalen nadzor in izboljšati položaj žensk v družbi (Neyer in Bernardi, 2011: 169). Iznajdba kontracepcijske tabletko (leta 1960) je ženskam, ki so bile v družbah neločljivo povezane z vlogo matere in omejene na zasebno sfero omogočila nadzor nad reprodukcijo in s tem iskano svobodo (od nadzora moških). Ženske so tako lahko načrtovale čas zanositve in število otrok. Kontracepcijska tabletko je omogočila ločitev človeškega spolnega nagona od reprodukcije, brez kazni nezaželene nosečnosti in potrebe po umetni prekinitvi nosečnosti. S tem so ženske dobile priložnost za vstop na trg dela in so lahko (vsaj teoretično) tekmovali z moškimi, ne da bi jim grozila možnost zanositve (Blyth in Landau, 2009: 11–12). V Sloveniji (ki je bila tedaj del Jugoslavije) so leta 1955 bolnišnice na tem območju začele s prvimi medicinsko-kontracepcijskimi storitvami in do leta 1958 je bilo tu 41 kontracepcijskih bolnišnic. Svetovalna služba je bila vključena v vsakdanjo prakso Centralne ginekološke klinike v Ljubljani. Z namenom raziskovanja uspešnosti različnih kontracepcijskih metod je bil leta 1961 ustanovljen Znanstveno-raziskovalni oddelek za kontracepcijo in splav (v Klinični bolnišnici za ginekologijo). Leta 1977 je bila v Zdravstveno-varstvenem aktu predstavljena pravica do umetne prekinitve nosečnosti (na ekskluzivno prošnjo noseče ženske) – ki ostaja eden izmed najnaprednejših ustavnih pravic na svetu (Andolšek, Kožuh Novak, Obersnel Kveder, Bahovec 1991, kot navedeno v Bahovec, Vodopivec in Salecl, 2002: 304). V Sloveniji so reklame za kondome začeli uporabljati v 20. stoletju (v reviji »Slovenski narod«) (glej Slika 3: Reklama za kondome) (Leskošek, 2002: 25).

¹⁴ »Sati je tradicionalen hindujski obred, pri katerem se vdova žrtvuje na moževi pogrebni grmadi«. Vdova, ki se je na pogrebu žrtvovala in je veljala za izjemno pogumno žensko, ki je s svojim dejanjem odrešila pekla vse prednike in prišla takoj v nebesa (Pešec, 2004).



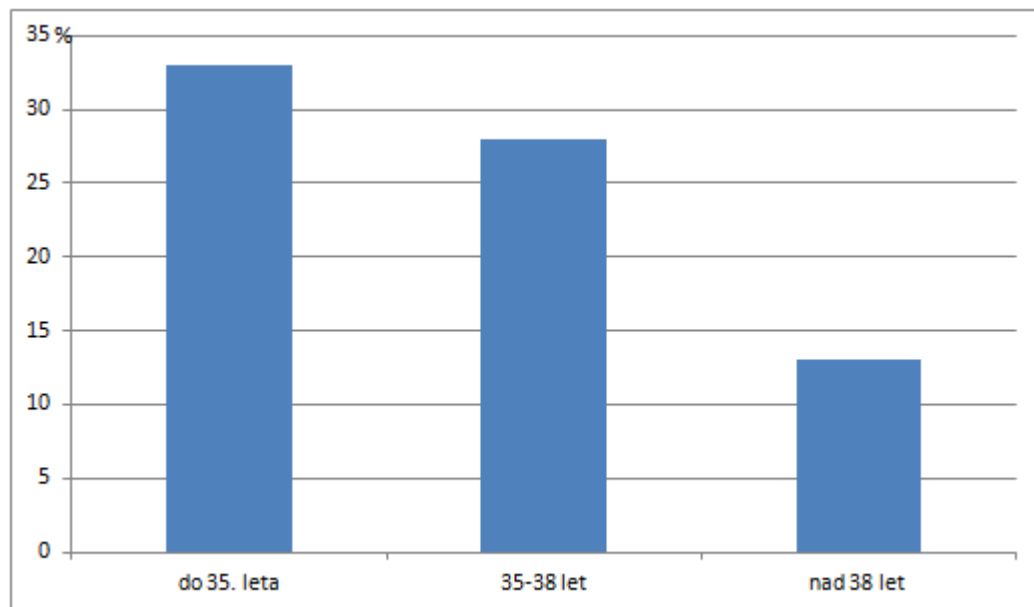
Slika 3: Reklama za kondome

(Leskošek, 2002: 25)

Ker je bila v vseh družbah človeška reprodukcija velika skrb, saj je od nje odvisen obstanek družbe, je bilo področje, ki se nanaša na načrtovanje družine od nekdaj strogo regulirano. S tem se posega v pravice žensk za nadzor nad lastnim telesom in svobodnega sprejemanja odločitev za načrtovanje družine. Religija je od nekdaj pomembno vplivala na kulturne norme, zakone in ideologije in s tem regulacijo področja, ki se nanaša na načrtovanje družine (umetna prekinitev nosečnosti, kontracepcija). Pravica do zaščite je bila v Sloveniji deležna številnih cerkvenih protestov (kondome so imenovali »hudičeva gumica«), saj Rimskokatoliška cerkev izrecno nasprotuje umetni prekinitvi nosečnosti in kontracepciji in zato obsoja vsak program, čigar namen je kampanja za kontracepcijo in sterilizacijo (to pomeni žalitev dostojanstva človeka in družine). Umetna prekinitev nosečnosti je bila skozi zgodovino deležna številnih kritik, saj po mnenju konservativnih moralistov predstavlja grožnjo moralnemu redu, devalvira materinstvo in je v nasprotju z žensko »naravo«. Ljudje, ki zavračajo umetno prekinitev nosečnosti, trdijo, da je zarodek živ posameznik vrste *Homo sapiens* in ima pravico do življenja kot katero koli drugo bitje. Kljub temu pa reformni hinduizem podpira pravice žensk do svobodne odločitve o umetni prekinitvi nosečnosti in nasprotuje vladnim akcijam, ki to omejujejo. Številni verski sistemi (islam, judaizem) sprejemajo umetno prekinitev nosečnosti pod pogojem, če se s tem reši življenje ženske in če obstaja velika verjetnost, da se bo otrok rodil s hudo telesno, senzorno ali intelektualno oviro. Nekatera reformna gibanja judaizma pravijo, da je umetna prekinitev nosečnosti sprejemljiva tudi v primeru, ko je ogroženo psihično zdravje ženske (čustven stres) (Mergahti in Samani, 2010; Washofsky, 2009; Iqbal in Noble, 2009; Pešec, 2004: 17; Richards, 2009; Leskošek, 2002; Stone, 2006).

Danes je v številnih razvitih državah umetna prekinitev nosečnosti dovoljena (zahodna Evropa, Avstralija, Izrael, Japonska, Turčija, ZDA, Indija) (Singer, 2004). Z reproduktivnimi pravicami ženske lahko uveljavljajo pravico do načrtovanja rojstva otrok in nadzorujejo svojo reprodukcijo.

Vprašanja o reproduktivnih pravicah, reproduktivni svobodi in ženskim nadzorom nad lastnim telesom so pomemben del feminističnih diskurzov. Kljub možnostim, ki jih ponuja MRT se reproduktivna svoboda žensk ni povečala, saj so se razvili novi mehanizmi kontrole nad reprodukcijo (medicinski, pravni, komercialni – upravičenost do (so)financiranja) (Neyer in Bernardi, 2011). Primeren čas načrtovanja rojstva otrok je strogo definiran s strani družbe. Države določajo različne starostne omejitve (predvsem) za ženske, ki določajo do katerega leta imajo možnost uporabe postopkov MRT (v povprečju do 45 leta starosti). Nekatere države ne določajo stroge starostne omejitve in pravijo, da so do postopkov upravičene ženske v starostni dobi, ki je primerna za rojevanje otrok. Odločitev ali ženska lahko dostopa do postopkov tako sprejemajo zdravniki in zdravstveni delavci (glej Tabela 1 in Tabela 2). Upravičenost do MRT in (so)financiranja je tako pogosto odvisna od starosti žensk, saj po mnenju strokovnjakov pomembno vpliva na možnosti zanositve in uspešnost MRT. Številni strokovnjaki opozarjajo, da imajo večje možnosti uspeha mlajše ženske, saj se začne ženskam po 30. letu starosti zmanjševati plodnost – kar povečuje težave pri zanositvi. S starostjo žensk tako naraščajo medicinska tveganja za kromosomske anomalije, spontano prekinitev nosečnosti, mrtvorojenost in druge zaplete med nosečnostjo. Številni strokovnjaki menijo, da tudi najbolj razviti postopki ne morejo nadoknaditi obdobja, ko je bila plodnost pri ženski na vrhuncu, saj se po njenem 35. letu možnost zanositve vse bolj zmanjšuje (glej Graf 1). V teh primerih strokovnjaki priporočajo, da pari po šestih mesecih rednih, nezaščitenih spolnih odnosih nemudoma poiščejo pomoč. V primerih, ko so ženske mlajše od 35 let, strokovnjaki (v skladu z definicijo neplodnosti) priporočajo, da pari poiščejo pomoč po enem letu rednih, nezaščitenih spolnih odnosov (Billari idr., 2011; Serono, 2010; Sodja, 2016; Klinični oddelek za reprodukcijo Ljubljana, 2016e).



Graf 1: Stopnja zanositve (%) na prenos zarodkov glede na starost ženske (Klinični oddelek za reprodukcijo Ljubljana, 2016e)

Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo v Mariboru navaja, da je leta 2012 pri ženskah mlajših od 35 let prišlo do zanositve v 43,7 odstotka primerov (ter rojstva otroka v 36,2 odstotka). Povezavo med starostjo žensk in uspešnostjo postopkov OBMP prikazuje tudi Graf 1, iz katerega je razvidno, da so leta 2010 na Kliničnem oddelku za reprodukcijo v Ljubljani ženske v enaki starosti zanosile v 33 odstotkih (podatki o številu rojenih otrok niso na voljo). Pri ženskah starih 40 ali več let je v Mariboru (leta 2012) prišlo do zanositve v 16,3 odstotka (ter rojstva otroka v 10,5 odstotka) in v Ljubljani (leta 2010) med ženskami starimi 38–43 let v 13 odstotkih (Glej Graf 1) (Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo Maribor, 2012; Klinični oddelek za reprodukcijo Ljubljana, 2016e).

Številni strokovnjaki izpostavljajo, da je (pre)pozno načrtovanje družine pomemben dejavnik, ki prispeva k visokim stopnjam neplodnosti in upadu rodnosti. Pari se kljub priporočilom strokovnjakov pozneje odločajo za rojstvo otrok in se zato povečuje tudi starost žensk ob rojstvu prvega otroka. Eurostat (2016) poroča, da so bile ženske leta 2014 (EU-28) ob rojstvu prvega otroka povprečno stare 30,4 leta. Poznejše načrtovanje družine je razširjeno tudi v Sloveniji, saj so bile ženske leta 2015 ob rojstvu prvega otroka v povprečju stare 29,3 let in ob rojstvu vseh otrok 30,7 leta (Žnidaršič, 2016). Razlogi za

poznejše načrtovanje družine in s tem »krivda za neplodnost« so pogosto usmerjeni na ženske, ki zaradi kariernih načrtov in izobraževanja (in drugih interesov) (pre)pozno načrtujejo rojstvo (prvega) otrok/a.

Številni so zaskrbljeni glede starosti žensk, ki se pozneje odločajo za rojstvo otrok in je zato primerno obdobje za rojstvo otrok strogo definirala tudi družba. Raziskava Billari in sodelavcev (2011), ki je potekala v obdobju 2006–2007 in je vključevala 25 evropskih držav, je pokazala, da so ljudje primeren čas za rojstvo otrok opredelili še strožje kot medicina. Sodelujoči v raziskavi so zagovarjali, da bi ženske morale imeti otroka pred 40. letom starosti in moški pred 50. letom starosti. Starejši udeleženci so rojstvo otrok po 40. letu pogosteje ocenili kot neprimerno. Udeleženci so prav tako starostno mejo za rojstvo otrok pri ženskah določili strožje kot pri moških. Mlajši respondenti med moškimi in ženskami niso delali večjih starostnih razlik (glede primerne starosti za rojstvo otrok). To je lahko rezultat večje enakosti med spoloma, podobnih pričakovanj (nalog) med spoloma kot večjega zavedanja (izobraženosti) o tem, da biološke meje (za rojstvo otrok) ne veljajo le za ženske, temveč tudi za moške. Kljub številnim raziskavam, ki so zmožnost zanositve in uspeh postopkov MRT povezoval predvsem s starostjo žensk, Billari in sodelavci (2011) izpostavljajo, da nove študije kažejo, da se tudi moški po 45. letu starosti lahko soočajo z zmanjšano plodnostjo. Starost moških tako lahko vpliva na pogostost spontanih prekinitev nosečnosti, (ne)uspešnost postopkov MRT in druge zaplete pri zanositvi.

Poznejše načrtovanje družine je lahko tudi posledica neinformiranosti, saj nekateri ne vedo, da starost pomembno vpliva na njihovo plodnost. Mednarodna študija Mercka Serono (2010, str.) je pokazala, da je znanje o neplodnosti med uporabnicami na splošno nizko. Posamezniki so imeli najmanj znanja o tveganjih za neplodnost (vpliv starosti žensk, telesne teže, spolno prenosljivih bolezni) ter dejstvih, ki uporabnikom pomagajo pravočasno poiskati medicinsko pomoč (kdaj so definirani kot neplodni). Uporabniki so bili o neplodnosti najbolj informirani v Združenem kraljestvu, Danski in Avstraliji ter najmanj v Turčiji, na Japonskem in na Kitajski.

Na načrtovanje rojstva otrok vpliva tudi kulturni kontekst, ekonomski faktorji, vrednostni dejavniki, družinska dinamika in oblika partnerstva (ESHRE, 2001b: 1519; Blyth in Landau 2009). Nekateri verski sistemi strogo določajo primeren čas rojstva otrok. Rimskokatoliška cerkev pravi, da so ljudje sebični, če v visoki starosti uporabljajo

reproduktivne postopke. Tudi anglikanska cerkev zagovarja, da morajo biti reproduktivni postopki izvedeni pred obdobjem menopavze (Creighton, 2009; Richards, 2009).

Strokovnjaki menijo, da je »socialna neplodnost« pogost razlog za poznejše načrtovanje rojstva otrok. V 21. stoletju imajo ljudje pogosteje izkušnjo z nestabilnimi in številnimi partnerstvi in s tem težave pri iskanju primerne partnerja, s katerim bi načrtovali rojstvo otrok. Ženske tako kljub kariernim ciljem ne pozabijo na željo po otrocih in načrtovanje družine. Izraz »socialna neplodnost« (angl. *social infertility*) se pogosto uporablja v IVF industriji in najpogosteje označuje ženske (stare med 25 in 35 let), ki nimajo moškega partnerja. Nekateri menijo, da je izraz »socialna neplodnost« ustrezen, saj s tem bolečina in stiska (ki sta za zunanje opazovalce pogosto nevidni) dobita mesto in postaneta vidni. Pod kategorijo socialne neplodnosti se uvrščajo tudi istospolni pari, ki zaradi socialnih okoliščin potrebujejo pomoč postopkov MRT z darovano spolno celico (Harris, 2015; Gateway women, 2016; Svitnev, 2011: 149; Mills, Rindfuss, McDonald in Velde, 2011).

Socialna neplodnost je v Sloveniji stigmatizirana, saj je veliko prebivalcev Slovenije leta 2001 glasovalo proti noveli zakona ZZNPOB (2000–2001), ki je predlagala upravičenost uporabe postopkov OBMP tudi v primerih, ko ni zdravstveno utemeljenih razlogov (dovoljen bi bil tudi uvoz spolnih celic). Volilke in volilci so novelo zavrnil z argumentom, da samska ženska ni »bolnica« in je potemtakem medicina ne bo »zdravila« (Keržan, 2008). Ti posamezniki so se uprli podobi ženske, ki je bila bolj predana delu kot družini in je zato »zamudila biološki vlak«. Podoba ženske, ki dela in za to dobi plačilo, se ni ujemala s podobo matere v njihovem kolektivnem spominu. Tudi v Sloveniji so ljudje zagovarjali otrokovo pravico do očeta, saj ni v korist otroka, da ne pozna očeta in posledično ne more osvojiti očetovskih znanj o moškosti.

Zadnji razlog za poznejše načrtovanje rojstva otrok je preprost, nekatere ženske si preprosto ne želijo otrok v obdobju, ki je po priporočilih strokovnjakov najprimernejše za načrtovanje družine (do 35. leta starosti) in ker na materinstvo niso pripravljene, zanositve ne načrtujejo (HFEA, 2016: 22). MRT danes ženskam omogoča, da v primeru zaposlitvenih ali drugih razlogov pozneje načrtujejo rojstvo otrok in se obenem izognejo nevarnosti neplodnosti ali zmanjšane plodnosti. Nekatera podjetja, kot so Apple in Facebook, prepoznavajo tovrstno stisko žensk in jim celo ponujajo boniteto zamrznitve jajčnih celic. Časovni razpon med spočetjem in rojstvom je tako z zamrznitvijo spolnih

celic in zarodkov lahko razvlečen čez leta, saj lahko zamrznejo svoje spolne celice v mladosti in jih uporabijo pozneje v odraslosti. Postopki MRT prav tako omogočajo rojstvo dvojčkov, ki se rodita leta narazen. V tem primeru se uporabnice lahko odločijo za odmrznitev enega zarodka in leta pozneje še drugega (Tran, 2014; Blyth in Landau, 2009: 12; CSIG, 2009: 24; Crawshaw, 2009: 272; Stone, 2006: 291). Nekateri strokovnjaki opozarjajo, da kljub možnostim in vse pogostejši uporabi postopkov z zamrznjenimi spolnimi celicami, uspešnost ostaja nizka. Čeprav se v Združenem kraljestvu vsako leto število izvedenih vseh ciklusov poveča za približno 5 odstotkov. Čeprav stopnja uspešnosti vsako leto narašča, so bili postopki z zamrznjenimi spolnimi celicami leta 2013 uspešni le v 14 odstotkih (s svežimi jajčeci v 26 odstotkih) (HFEA, 2016: 28, 34).

Številne longitudinalne študije dokazujejo, da poznejše načrtovanje pripomore tudi k večji družinski stabilnosti, boljšemu družinskemu funkcioniranju in stabilnejšemu ekonomskemu položaju staršev (Covington in Hammer Burns, 2006: 414; Mills, Rindfuss, McDonald in Velde, 2011: 849; Rothman, Wise, Sorensen, Riis in Hatch, 2013: 1963). Postopki MRT lahko prispevajo tudi k enakostim med moškimi in ženskami, saj imajo ženske z zamrznitvijo spolnih celic čas za karijerne cilje in se tako lahko za rojstvo otrok odločijo pozneje v življenju. Ker to pozitivno vpliva na poklicno pot ženske in višino njene plače, imajo tudi otroci večje možnosti, da jih bodo starši vzgajali v spodbudnem in stabilnem okolju. Starševska vloga je tako postala finančno in moralno-etično zelo zahtevna, saj se med mladimi potrjuje norma »odgovornega starševstva«. Ljudje se danes za otroke ne odločajo več zaradi materialne koristi (pomoč na domu, skrb za mlajše otroke), temveč zaradi lastnih čustvenih potreb. Ti želijo otrokom omogočiti visok standard življenja in zato želijo pred rojstvom otroka poskrbeti za dobre »začetne razmere« (Mills, Rindfuss, McDonald in Velde, 2011: 849; Zaviršek, 2009: 15; Ule in Kuhar, 2003). Na to nakazujejo tudi podatki Statističnega urada RS (2011), ki navajajo, da je zaposlenost pomemben generator rodnosti, saj so pogostejše matere tiste, ki so zaposlene (SURS 2014b). Povezava med starševstvom in zaposlitvijo je razvidna tudi med moškimi v Evropski uniji, saj so pogostejše očetje tisti, ki so zaposleni (Mills idr., 2014).

Kljub temu, da je reproduktivna avtonomija pomembna, je socialno starševstvo pogosto stigmatizirano, saj ne ustreza modelom favorizirane tradicionalne družine.

5. MRT in heteronormativnost družinskih oblik in odnosov

Z liberalizacijo 20. stoletja in razvojem MRT se pojavljajo izzivi kako definirati nove oblike sorodstva, ki pomembno vplivajo na to, kdo je prepoznan kot starš otroku. Z novimi oblikami starševstva se premikajo meje binarne opozicije narave in kulture, saj je reprodukcija ločena od spolnosti, rojstva otroka in skrbi za otroka. Ker sta starševstvo in reprodukcija strogo regulirani z zakoni, normami in kulturnimi ideologijami, »družine izbire« pa se še vedno spopadajo z različnimi predsodki, je potrebno spodbujati odprt govor o družinski pluralnosti in nehierarhičnosti družinskih oblik.

Družbe so skozi zgodovino strogo določale meje dovoljenega in nedovoljenega na področju načrtovanja družine, partnerskega življenja, zaposlitve in dela družine (Oakley, 2000). Uli Streib-Brzič s sodelavkami (2012: 13) povzema Judith Butler, ki pravi, da z idejo heteronormativnosti lažje razumemo, da je to kar predstavlja »normalno« ali »naravno« družbeno obliko ali odnos le družbeni dogovor, ki se nenehno reproducira v družbenih in strukturnih (diskurzivnih) praksah normalizacije. Osebe katerih prakse in ideje niso v skladu s heteronormalnostjo in tako veljajo za nenormalne in so skozi proces »denormalizacije« družbeno izključene. To prispeva k potrjevanju obstoječih norm.

Sorodstvo je spolno zaznamovano, saj družinske pravice in odgovornosti izhajajo iz zakonskega in proaktivnega statusa (Fausto-Sterling, 2014). Sorodstvo, ki temelji na potomstvu, velja za »krvno sorodstvo« (angl. *consanguinal*) med starši in otrokom, brati in sestrami, bratranci in sestričnami, starimi starši in vnuki, če temelji na sklenitvi zakonske zveze pa je »svaštvo« (angl. *affinal kinship*) (tudi tašče, zeti, tete, strici). Sorodstvo je tako definirano kot partnerstvo med dvema osebama, ki temelji na potomcih ali poroki. Na podlagi študij o spolu, ki so potekale od 19. do začetka 20. stoletja, so antropologi sorodstvo povezovali predvsem na podlagi bioloških vezi (z rojstvom), kar je postalo osnova sorodstva (Stone, 2006). Koncept materinstva je bil tako popolnoma vezan na biološkost (možnost rojevanja), torej na žensko telo, spolni odnos, oploditev zarodka v maternici in sčasoma rojstvo otroka (Urh, 2009: 117; Blyth in Landau, 2009: 9). Linda Stone (2006: 20) pravi, da se je definiranje sorodstva z letom 1970 zelo spremenilo, ko je David Schneider izpostavil, da je sorodstvo ustvarjeno in ne rojeno. Kljub temu, da so antropologinje sorodstvo sprva utemeljevale na biologiji (skozi evropsko-ameriško razumevanje sorodstva) so se do leta 1980 strinjale, da se sorodstvene vezi oblikujejo na podlagi tega, kje človek prebiva, kdo zanj skrbi, ga hrani in vzgaja. S tem so prepoznali, da sorodstvo ne temelji le na biološki povezanosti, saj so imele vse družbe eno obliko

»socialnega sorodstva« (primeri posvojitve) (Stone, 2006). Tudi Darja Zaviršek (2012) pravi, da starševstvo ni nujno zgolj biološka danost (preko krvnih vezi z rojstvom otroka), temveč je socialno pridobljeno, saj ženska postane mati s čustveno navezanostjo, s skrbjo in odgovornostjo do otroka (opravlja starševske funkcije ter ima starševske pravice in dolžnosti). Materinstvo je področje družbenega (temelji na družbenem odnosu), saj se mati po porodu lahko odloči za oddajo otroka v posvojitev ali nadomestno materinstvo. Genetsko-krvne povezave med odraslim in otrokom (*»kri ni voda«*) in gestacijsko materinstvo tako nista dovolj za starševstvo, čeprav družbene norme gestacijske matere in genetske starše definirajo kot »naravne« starše. Biološko starševstvo tako ni a priori boljše od socialnega in ne zagotavlja kakovosti odnosov med družinskimi člani. V družinsko življenje se tako vključujejo tudi druge pomembne osebe, ki skrbijo za otroka in mu zagotavljajo finančno oporo in so z njim čustveno povezani.

Danes je s pomočjo MRT pri spočetju in skrbi za otroka lahko soudeleženih kar šest oseb - dva socialna starša, darovalec in darovalka spolne celice, darovalec (oziroma darovalka) mitohondrijev ter nadomestna (gestacijska) mati, ki otroka rodi. S tem je reprodukcija ločena od spolnosti, rojstva otroka in skrbi za otroka. Darja Zaviršek (2013: 380) pravi, da MRT lahko razumemo skozi pojem biosocialnosti, katerega je razvil ameriški antropolog Paul Rabinow. Biosocialnost se navezuje na nove oblike sorodstva, medčloveških vezi in starševstva in se z uporabo postopkov MRT premikajo meje binarne opozicije narave (biologije) in kulture (socialnega).

Sorodstvene vezi, ki so tisočletja veljale za samoumevne, danes z liberalizacijo 20. stoletja in razvojem MRT niso več jasne. Vse pogostejše so formirane nove oblike sorodstvenih vezi, s katerimi se ljudje še nikoli niso soočili (primeri darovanja spolnih celic, nadomestnega materinstva, so-starševstva). S tem se spreminjajo tudi načini opisovanja socialnih donosov, saj je moški, ki daruje svoje spolne celice pogosto poimenovan kot genetski oče in ne več kot biološki oče, ker ima to manjši sorodstveni prizvok (Crawshaw, 2009: 280). Kljub temu pa bi bilo morda primerneje tudi v tem primeru govoriti le o darovalkah in darovalcih spolnih celic in ne genetskih starših, s čimer bi se vloga darovalcev še bolj ločila od starševske vloge.

Starševstvo in otroštvo nista le stvar zasebnosti, temveč tudi javni zadevi, objekt družbenih dogovorov, spreminjajočih se zakonodaj¹⁵, konvencij in vsakdanjih priporočil, ki definirajo, kaj je »pravilno starševstvo« in kaj nepravilno, kaj je dobro otroštvo in kaj slabo (Zaviršek, 2012a: 36–37; Sobočan, 2012: 36). Tudi reprodukcija je strogo regulirana z zakoni, normami in kulturnimi ideologijami, ki določajo, v katerih primerih je sprejeta, »naravna« in dovoljena in v katerih primerih je prepovedana in nesprejeta. Fertilizacija brez spolnega odnosa predstavlja grožnjo socialnemu redu in izziva vrednote številnih tradicionalnih družb. S tem so pogosto povezane skrbi, kako to vpliva na propad norm in tradicij, ki so del družinske oblike, v kateri sta starša heteroseksualno usmerjena. Ker z uporabo postopkov MRT z darovano moško spolno celico ženske ne potrebujejo več moških partnerjev se rojstva otrok samskim ženskam imenujejo tudi »deviška rojstva« (Wallbank, 2001: 49; Fausto-Sterling, 2014: 25; Keržan, 2008; Stone, 2006). Samske ženske so bile v 90. letih krivec za upad tradicionalne nuklearne družine. Ženske so bile videne, da zaradi želje po neodvisnosti namenoma zavračajo tradicionalno družino in izganjajo očete od doma, čeprav je prav ta neodvisnost od moških najverjetneje prispevala k temu, da so živele v revščini (Wallbank, 2001: 3).

V številnih delih sveta jedrna konjugalna družina ni več prevladujoča in izgublja na moči, saj se vse pogostejše formirajo »družine izbire«, ki ne ustrezajo modelom favorizirane tradicionalne (»pravilne«) družine. Družinske oblike, ki so zunaj klasičnih heteroseksualno konstruiranih modelov jedrne družine, so enostarševske, združene, zvezdne, mavrične¹⁶, rejniške kot tudi družine, ki so posvojile otroka (Streib-Brzič idr., 2012: 33; Zaviršek, 2012). Kljub temu pa odstop od tradicionalne konjugalne družine in normativnih vrednosti posamezne družbe še vedno pogosto vodi do številnih obremenitev, socialnih pritiskov in »nevidnosti« (Sobočan, 2012: 35). Stigmatizacija samskih žensk in istospolnih parov je drugačna, saj se nanaša na dvom ali je prav, da imajo ti svoje otroke.

Tradicionalna psihologistična ideja zagovarja nujnost dveh spolov za zdravje otroka. V družini tako moški predstavlja simbol zakona in ženska simbol negovanja (Streib-Brzič idr., 2012: 12). To prepričanje je skupno tudi številnim verskim sistemom. Tudi krščanska

¹⁵ Nekateri postanejo starši avtomatsko, drugi s samodefinicijo in tretji z birokratskimi postopki. V Sloveniji je tako na primer favorizirana zakonska skupnost, saj mora v zunajzakonski zvezi moški podati izjavo o starševstvu in s tem ni avtomatsko obravnavan kot starš (Zaviršek, 2012: 36).

¹⁶ Pojem mavrične družine se je uveljavil mednarodno in označuje družine, v katerih starši niso heterospolno usmerjeni (Zaviršek, 2012: 7).

cerkev izpostavlja normo heteroseksualnosti in izpostavlja, da otrok spada v družino, v kateri sta moški in ženska poročena (Lambert Conference Resolutions Archive, LC 1978, LC 1998 , kot navedeno v Creighton, 2009: 58–59). Diskurz o pravicah posameznikov v primeru uporabe postopkov MRT pogosto izpostavlja, da je za razvoj otrok pomembno, da ga vzgajata oče in mati in da je v primeru če ima otrok le enega starša (samske ženske) ali sta ta istospolno usmerjena, otrok depriviligiran za enega izmed staršev in to ni v njegovo korist kot tudi to ni »naravno«. Otrok naj bi tako potreboval očeta in mati za zdrav razvoj, saj v nasprotnem primeru obstaja tveganje za razvoj psiholoških težav. Idejo, ki temelji na starih družbenih stereotipih o spolu (kljub kritični analizi današnjih pogojev vzgoje), še danes reproducirajo nekatere novejšje knjige (Streib-Brzič idr., 2012). Še pogostejše kot istospolni starši pa so pogosto marginalizirane samske ženske, saj te po prepričanju nekaterih strokovnjakov niso zmožne vzgajati otroka brez moškega kot tudi so izpostavljene večjemu tveganju, da za otroka finančno ne bodo zmogle poskrbeti. Tudi britanska zakonodaja (HFE Act 1990) je v preteklosti govorila o tem, da je otrokova potreba, da ima očeta in zato ženska ni dobra mati, če ne poskrbi, da ima otrok očeta (Lee, Sheldon in Macvarish, 2017: 73). Tudi na Švedskem postopki MRT samskim ženskam niso na voljo (medtem ko istospolnim parom so), saj menijo, da je v korist otroka, da ima dva starša (samske Švedinje reproduktivno pomoč iščejo na Finskem in Danskem). Tu država tako ne diskriminira na podlagi spolne usmerjenosti ampak na podlagi partnerskega statusa. Samske ženske ostajajo zunaj sprejemljivih standardov, ki določajo, kaj je primerno materinsko vedenje (Carbin, Harjunen in Kvist 2011). Kljub temu pa samske ženske pravijo, da lahko otroku ponudijo veliko boljšo kakovost starševstva, če otroka vzgajajo same, kot če bi ga vzgajale z napačnim moškim (Wallbank, 2001).

Raziskave, ki so potekale od 80. let naprej v ZDA, Kanadi in zahodni Evropi, so tradicionalno psihologistično idejo o nujnosti dveh spolov zavrnile in pokazale, da se otroci, ki so odraščali v skupnostih istospolnih partnerjev, razvojno niso razlikovali od otrok, ki so odraščali s heterospolnimi starši. Še več, raziskave so pokazale, da imajo otroci iz mavričnih družin pogosto več socialnih kompetenc in so bolj spoštljivi do različnosti (Danna, 2011: 112; Kuhar in Takacs, 2011: 137; Streib-Brzič idr., 2012: 11–12). Na otrokovo prihodnost, uspešnost, socialno življenje in izobraževalne uspehe tako pomembneje kot družinska oblika vpliva družinsko delovanje, stabilnost družine in odprta komunikacija v družini. V korist otroka je le, da je v otroštvu varno navezan na odraslo osebo, ne glede na to ali je to mati, ali kdo drug, ki z njim preživi veliko časa. Ker je razvoj

otroka kompleksen proces, varna navezanost otroka ni edini dejavnik, ki vpliva na njegov razvoj, saj nanj vpliva tudi socialni kontekst v katerem otrok odrasča (na primer slabe šole, visok kriminal v okolju kjer otrok odrasča, revščina, genetska predispozicija) (Sobočan, 2012: 41; Munthe in Hartvigsson, 2012; Zaviršek, 2012; Streib-Brzič idr., 2012).

Tudi kanadske smernice, katere jih je leta 2008 razvila posebna interesna skupina za svetovanje (Counseling Special Interest Group - CSIG), ki je nastala leta 2005 s sodelovanjem Kanadskega združenja za plodnost in andrologijo (*Canadian Fertility and Andrology Society* - CFAC) in Ameriškega združenja za reproduktivno medicino (angl. *American society for reproductive medicine* – ASRM). Smernice CSIG izpostavljajo, da empirične raziskave kažejo, da se vzgoja istospolnih staršev ne razlikuje od vzgoje heterospolnih staršev in da otroci nimajo več psihosocialnih težav v primerjavi z otroki, ki so jih vzgojili heterospolni starši (CSIG, 2009). O tem poročajo tudi raziskave o nasilju in drugem zanemarjanju otrok, ki pravijo, da nobena oblika starševstva ne zagotavlja kakovostnega starševstva (Zaviršek, 2012: 38).

Kljub temu, da so se stališča in odnosi do istospolnega starševstva v zadnjih dvajsetih letih (še posebej v Evropi) spremenili, saj so bolj vidni, družbeno priznani, se istospolna partnerstva (in s tem mavrične družine) še vedno spopadajo z različnimi predsodki in pravno ostajajo nevidne (Thorn, 2010; Zaviršek, 2012a: 145; Sobočan, 2012: 37; Streib-Brzič idr., 2012). Razlogi za neuspehe, vedenje otrok in stiske mladih se lahko diskriminatorno povezujejo s spolno usmerjenostjo njihovih staršev. Mladi in otroci iz mavričnih družin so v Sloveniji izpostavljeni neposrednim sovražnim govorom in drugim konstrukcijam »drugosti«. Zaradi pričakovane nestrpnosti in negativnih odzivov mladi o svojih družinah govorijo le s tistimi, ki jim zaupajo (Sobočan, 2012: 45–46; Zaviršek, 2012). Nekateri nasprotujejo, da istospolni pari uporabljajo postopke MRT, saj jih skrbi, da bodo otroci zaradi spolne usmerjenosti staršev stigmatizirani. Kljub temu pa je raziskava, ki je potekala leta 2006 v Italiji (sodelovalo je 25 istospolnih oseb – 17 družin) pokazala, da je stigmatizacija otrok na podlagi spolne orientiranost staršev mit. Kljub temu da v Italiji pari niso socialno stigmatizirani, so ti stigmatizirani institucionalno, saj niso upravičeni do postopkov MRT (Danna, 2011)

Socialno starševstvo je pogosto legalizirano le pod določenimi pogoji, saj v številnih evropskih državah mavrične družine še vedno pravno niso enakopravne z drugimi

družinami ali pa so takšne postale šele pred kratkim (Thorn, 2010; Streib-Brzič idr., 2012: 11). Dober zgled je Združeno kraljestvo, ki se je s spremembo zakonodaje (HFE Act) leta 2008 osredotočilo na skrb za otroka (kaj otrok potrebuje, kaj je v njegovo korist ter katere so njegove pravice) in ne obliko družine (več o koristi otrok v poglavju »Korist otroka – od molka do razkritja«). Pomembni vprašanji sta postali, ali bo otrok vzgajan na način, da bo srečen in ali bodo starši dobro skrbeli za otroka? S tem so se meje med zasebnim in javnim premaknile, saj partnerska zveza in oblika družine nista več kriterij za ocenjevanje ali je starševstvo podporno. S tem je Združeno kraljestvo legitimiziralo netradicionalne oblike družine in v središče pozornosti postavilo odnos in interakcijo staršev z otrokom. Samske ženske in istospolne partnerice so še vedno objekt diskriminacije, saj strokovnjakinje pri njih pogostejše in natančnejše raziskujejo ali bodo primerni starši otroku. Po raziskavi Leeja in sodelavcev, ki je potekala v obdobju 2011–2012, so britanski svetovalci zaskrbljeni predvsem v primerih, ko v postopke vstopijo samske ženske, saj so po mnenju strokovnjakov te pogostejše nepripravljene in nezadostno osredotočene na korist otroka. Istospolne partnerke so po mnenju strokovnjakov pogosto dobro pripravljene na starševstvo (Lee, Sheldon in Macvarish, 2017). Eden izmed razlogov je lahko, da so samske osebe in istospolne partnerke v primerjavi z različnospolnimi partnerji v času načrtovanja družine pogosto višje izobražene, so starejše in uporabljajo boljše vzgojne ukrepe. Zadnje je lahko rezultat dejstva, da v teh družinah ni nezaželenih otrok, saj so vsi otroci načrtovani (Kuhar in Takacs, 2011: 137).

Čeprav je, februarja 2017 v Sloveniji začel veljati zakon o partnerski zvezi, ki istospolnim parom prinaša enakopravnost na večini pravnih področij, kot jih ima zakonska zveza, ti še vedno niso opravičeni do postopkov OBMP in posvojitve otrok. Zakon je istospolnim parom omogočil, da lahko sklenejo partnersko zvezo enako svečano kot zakonsko zvezo kot tudi sta partnerja razumljena kot ožja družinska člana. Pari so upravičeni tudi do zdravstvenega zavarovanja po partnerju, odsotnosti z dela in nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana, odškodnine za smrt ali hujšo invalidnost partnerja ko tudi imajo pravico do vdovske pokojnine (A. Č., 2017). Čeprav je novi zakon v Sloveniji pomembno prispeval k izenačitvi pravic istospolnih in raznospolnih parov, je potrebno nadaljevati z zagovarjanjem pravice do izbire ter odprto govoriti o družinski pluralnosti in nehierarhičnosti družinskih oblik. »Družine izbire« že obstajajo in morajo biti zato zaščitene. K temu lahko pomembno prispevajo tudi svetovalci, ki skozi kakovostno strokovno delo ljudem pomagajo razumeti izvore predsodkov in se jim postaviti po robu.

Pomembno je spodbujati k uresničitvi pravice do načrtovanja družine in uporabe postopkov OBMP, ne glede na partnerski status in spolno usmerjenost.

5.1. Stigmatizacija postopkov MRT z darovano spolno celico in molk

Zastavlja se vprašanje, ali razvoj MRT in razširjenost novih družinskih oblik lahko pripomoreta k zmanjšanju obstoječih neenakosti in osvoboditvi od prepričanj, da je najboljše biološko starševstvo?

V današnji družbi se povečuje pritisk, da je treba imeti biološke otroke, hkrati pa se opozarja na problem neplodnosti (Keržan, 2008: 35). V nekaterih državah, kot sta Slovenija in Nemčija, hitro napredujoča znanosti MRT in družbena miselnost ne najdeta skupnega koraka. Kljub možnostim, ki jih ponuja MRT, in različnim družinskim formacijam, ki so rezultat uporabe teh tehnologij, prihaja do ideološke regresije, saj še danes daje prednost genetski povezanosti staršev z otroki in posledično tradicionalni konjugalni obliki družine. Biološka vez je obravnavana kot samoumevno jamstvo dobre družine in se zato »družine izbire« soočajo s tveganjem, da bodo obravnavane kot ranljivejše, nepopolne ali celo slabše kot tradicionalne družine. Ta govor o »nepopolnih družinah« izraža hierarhizacijo družin in izhaja iz normativnega koncepta »popolne« in »naravne« družine (Bercht in Sobočan, 2012: 104; Zaviršek, 2012; Baumann-Holzle, 2001 in Mieth, 2001, kot navedeno v Thorn in Wischmann, 2009: 73). Kljub naklonjenosti biološkemu starševstvu pa je v Sloveniji razvidno, da biološka vez za starševstvo ni dovolj, saj se starševske pravice in dolžnosti v primeru uporabe postopkov z darovano spolno celico ne prenesejo na darovalce spolnih celic (ZZNPOB, 2000, 27. člen).

Družbeno so najbolj sprejemljivi postopki MRT s partnerjevo spolno celico, saj so ljudje zaskrbljeni glede določenih vidikov uporabe darovanih spolnih celic in zato njene uporabe ne sprejmejo v vseh okoliščinah in kontekstih. Zdi se, da so darovane spolne celice bolje sprejete v primerih, ko vodijo v na videz tradicionalne oblike družine. To so pokazali tudi Nicky Hudson, Lorraine Culley, Frances Rapport, Mark Johnson in Aditya Bharadwaj (2009), ki so po pregledu literature na temo javnega odnosa o darovanju spolnih celic ugotovili, da so ob uporabi darovanih spolnih celic občutno manj podpore deležne istospolne ženske, samske ženske in starejše ženske. Tudi ZZNPOB (2000, 5. člen) kaže, da slovenska zakonodaja presega dominacijo krvnih zvez le tam, kjer navzven reproducira

konjugalno tradicionalno družino. Do postopkov MRT posledično niso upravičeni istospolni partnerji in samske ženske.

Z uporabo postopkov MRT lahko en starš (v primeru uporabe darovane ženske ali moške spolne celice) ali celo oba (v primeru darovanih moških in ženskih spolnih celic ali darovanih zarodkov) postaneta socialna starša otroku. V tem primeru se socialna starša v pravnem smislu približata tistim, ki otroka posvojijo. Ta kompleksna družinska razmerja lahko v šoli postanejo pravi izziv za učiteljice, ko otrokom naročijo, naj narišejo svoje družinsko drevo. S temi izzivi se soočajo Združeno kraljestvo, Belgija, Finska, Grčija, Španija, Francija, Portugalska, Nizozemska, Češka, ki dovoljujejo darovanje zarodkov (Brigham, Cadier, Chevreul, 2013: 671; Culley idr., 2011: 2376). Slovenija po tretjem odstavku 8. člena *ZZNPOB* (2000) ne dovoljuje OBMP s hkratno uporabo darovanih jajčnih celic in darovanih semenskih celic kot tudi po prvem odstavku 13. člena *ZZNPOB* (2000) ne dovoljuje darovanje človeških zarodkov.

Razvoj medicinskih reproduktivnih tehnologij tako omogoča med ljudmi nova razmerja in nove socialne vezi. Postopki MRT omogočajo vzpostavitev sorodstvenih razmerij med družinskimi člani, brez incesta in seksualne menjave. V Združenem kraljestvu je na voljo darovanje spolnih celic med družinskimi člani istega spola. Darovanje spolnih celic med družinskimi člani – na primer darovanje jajčeca sestri – je v Združenem kraljestvu razširjena praksa, ki se zdi, da narašča. Čeprav je tudi mešanje jajčec in semena med družinskimi člani v Združenem kraljestvu dovoljeno (na primer spolne celice brata in sestre), teh primerov v Združenem kraljestvu ni, saj reproduktivni centri teh postopkov ne dovoljujejo (predstavljajo nevarnost za zdravje in razvoj bodočega otroka) (več o tem v poglavju »7«) (HFEA, 2011). V Združenem kraljestvu je prav tako možno nadomestno materinstvo med družinskimi člani. Britanski mediji so leta 2015 poročali o primeru, ki je vzbudil veliko etičnih dilem, saj se je ženska odločila, da bo kot gestacijska nadomestna mati sinu pomagala pri rojstvu otroka. S tem je postala biološka mati otroka kot tudi babica. Center za reprodukcijo je uporabila darovano jajčno celico ter spolne celice sina. Z rojstvom otroka je vrhovno sodišče razsodilo, da bo sin postal zakoniti starš otroka s posvojitvijo, čeprav je s perspektive zakona rojenemu otroku tudi brat. Otrok sedaj živi z očetom (Olori, 2015; Relph, 2015; Agency, 2015).

1. Vpliv verskih sistemov na postopke MRT

Uporaba reproduktivnih tehnologij je odvisna od številnih kulturnih, ekonomskih, političnih in vrednostnih dejavnikov. Kljub temu, da religija pomembno vpliva na kulturne norme in zakone, ki se nanašajo na MRT, je bilo tej povezavi posvečeno zelo malo pozornosti. Religija ima prav tako pomemben vpliv na uporabo MRT kot tudi na odnos družbe do reproduktivnih tehnologij in njenih uporabnic.

Čeprav se zdi, da bodo zaradi stigmatizacije neplodnosti in visoke vrednosti otrok, verski sistemi sprejeli možnosti, ki jih ponujajo nove MRT, so ti pogosto proti njihovi uporabi. Krščanska cerkev dosledno nasprotuje uporabi reproduktivnih postopkov, saj sta je pri spočetju otroka intimnost partnerjev ločena od reprodukcije. Izpostavlja, da duše otroka ne ustvarijo starši, temveč bog in s postopki MRT otrok ni rezultat ljubezni med partnerjema, temveč ga ustvarijo zdravniki. S tem je vzpostavljena dominacija tehnologije nad izvorom in človekovo usodo. Rimskokatoliška cerkev dopušča le tiste postopke, ki omogočajo spočetje po naravni poti, kar pomeni, da za neetično velja uporaba darovanih spolnih celic in pomoč nadomestnih mater. Udeležba tretje osebe otroku odvzame pravico, da je rojen očetu in materi, ki jih pozna in sta povezana s poroko. Zakonska partnerja morata postati starša le drug preko drugega (spolni akt ne sme biti izvzet pri spočetju otroka) in je zato »vmešavanje« v nosečnost in porod po prepričanju Rimskokatoliške cerkve nedopustno (*»proti božji volji«*). Obenem pa Cerkev spodbuja znanstveno raziskovanje za zdravljenje neplodnosti (Richards, 2009; Iqbal in Noble, 2009). Kljub temu da tudi Združenje slovenskih katoliških zdravnikov (2016) nasprotuje postopkom OBMP, podpira homologno umetno osemenitev (AIH), saj pride do spočetja v telesu biološke matere.

Nove reproduktivne tehnologije prinašajo nove razvijajoče se spremembe tudi na področje nekaterih prevladujočih verskih sistemov po svetu. Po judovskih in muslimanskih verskih, kulturnih in družbenih normah sta plodnost in reprodukcija, osrednja tema muslimanskega in judovskega življenja in zato sprejemajo postopke MRT. Za Jude je reprodukcija šteta kot dolžnost moških in žensk (izpolnjevanje zapovedi, ki pravi *»bodi ploden in se razmnožuj«*), muslimani pa celo izpostavljajo, da je zdravljenje neplodnosti dolžnost do družine in skupnosti (Washofsky, 2009; Iqbal in Noble, 2009). Kljub temu pa številni verski sistemi (krščanstvo, judaizem, islam, joruba religija) poudarjajo biološko vez staršev in otrok in so zato tudi reproduktivne tehnologije pogosto sprejete le v primerih, ko je z

uporabo MRT ohranjena biološka vez med starši in otroki (glej Tabela 3). Uporaba postopkov z darovano spolno celico v številnih verskih sistemih pogosto tako ni sprejemljiva zaradi prekinitve sorodstvenih vezi. V islamu so sprejeti le tisti postopki, ki se ne vmešavajo v rod (nadomestno materinstvo in darovanje spolnih celic tako nista dovoljena) (Mergahti in Samani, 2010; Iqbal in Noble, 2009). Tudi po mnenju ortodoksnih Judov je darovanje spolnih celic popolnoma nesprejemljivo saj biološki starši po judovskih zakonih veljajo za zakonite starše. Z darovanjem pa je zakonita povezava z biološkimi starši nepopravljivo poškodovana (saj pride do »spočetja otroka« v maternici). S tem otrok ni potomec darovalca oziroma darovalke spolne celice. To ima zaskrbljujoče socialne posledice saj vodijo v produkcijo »humanoidnih bitij«, brez odnosa z družino, človeško materjo in očetom (Washofsky, 2009; Stone, 2006).

Uporabnice postopkov MRT se soočajo s paradoksom, saj so ujete med moderne ideale reproduktivne izbire in načrtovanja družine ter pronatalistične imperative cerkva in držav (Allison, 2011: 8). Zanimiv primer je Izrael, v kateremu s hitrim razvojem reproduktivnih tehnologij in normativnostjo biološkega starševstva prihaja do soobstoja različnih in celo nasprotujočih si vrednot. Država je utemeljila pronatalizem kot nacionalno dogmo in ta natalitetna politika je del državnega načrta za širitev nacionalne države. Ideja v ozadju je, da lahko rodi vsakdo, ki si to želi, če le ima država od tega tudi nekaj natalitetne koristi. V državi postopke MRT izvajajo že od konca 70. let in imajo na število prebivalcev največje število reproduktivnih centrov. Prav tako so glede na število prebivalcev v vrhu lestvice uporabnikov medicinsko reproduktivnih posegov. Temu je zavezana tudi reproduktivna medicina, saj so postopki z eno ali dvema spolnima celicama darovalca ali darovalke na voljo vsem (ne glede na zakonski status in spolno usmerjenost) (Zaviršek, 2013: 380–381). Kljub izjemno liberalni reproduktivni politiki pa je širok spekter reproduktivnih praks uporabnicam na voljo le pod pogojem, da spoštujejo določene verske in kulturne vidike. Uporaba postopkov z darovano spolno celico je tako pogojena z veroizpovedjo, saj zakon določa, da morata darovalec/darovalka spolne celice in prejemnik/prejemnica spolne celice pripadati isti religiji (Israel Law Library of Congress, 2012: 8). V Izraelu prav tako uporabljajo tehniko mešanja semenskih celic neplodnega partnerja (ali z zmanjšano plodnostjo) in darovalca semenskih celic (»semenski koktajli«¹⁷) in skušajo ustvariti

¹⁷ V uporabi je tudi izraz »divji zahod«, ki se nanaša na uporabo metode mešanja »semenskih koktajl« (Keržan, 2008, str. 41). Mešanje semenskih ali jajčnih celic dveh ali več moških oziroma žensk v Sloveniji po drugem odstavku 13. člena ZZNPOB (2000) ni dovoljeno.

navidezno biološko starševstvo. S tem skušajo razbremeniti zakonski par in »sramoto« skriti tako pred parom, okolico kot tudi bodočim otrokom. Izraelski zdravniki to utemeljujejo z razlago, da vitalnejše in hitrejšo seme darovalca utira pot počasnejšemu semenu neplodnega moškega in s tem poveča verjetnost, da moževo ali partnerjevo seme oplodi jajčece njegove partnerke. V enem izmed intervjujev je zdravnik tudi priznal, da vsaki ženski po opravljenem reproduktivnem postopku in po zanositvi reče: *»Vaš mož me je imel za norca. Mislil sem, da bo dojenček iz sperme, ki sem vam jo dal, a zdaj vidim, da je od vašega moža«* (Birenbaum-Carmeli idr. 2008, kot navedeno v Zaviršek, 2013: 381). Kljub tej metodi pa so bile možnosti, da bi semenske celice partnerja oplodile jajčno celico partnerice, skoraj nične. To je bilo pred razvojem DNK-preiskav smiselno, saj niso mogli preveriti, kdo je genetski oče otroka (Keržan, 2008: 41). Kljub temu da so po prepričanjih Judov starši otroka tisti, ki so z njim povezani biološko, to ne velja v primerih nadomestnega materinstva, saj je materinstvo vzpostavljeno z rojstvom otroka in ne s spočetjem (za zakonito mati velja nadomestna mati). Zarodek postane Jud v maternici ženske in ne s spočetjem in se zato judovstvo prenaša preko matere, čeprav biološki starši niso pripadniki judovske vere. Judje so glede uporabe postopkov MRT deljeni saj nekateri učenjaki zaradi spoštovanja rodu postopkom MRT nasprotujejo in priznavajo zakonito starševstvo le v primerih, ko je otrok spočet na naraven način. Nekateri postopkom nasprotujejo zaradi prepovedi masturbacije (saj je za postopke MRT potreben vzorec semen). Kljub temu pa nekateri reformni učenjaki menijo, da je razvoj MRT blagoslov in je dar boga skozi medij človeške inteligence, ne pa žalitev dostojnosti in moralnosti (Washofsky, 2009; Stone, 2006).

Uporaba darovane spolne celice tako ostaja stigmatizirana. Nekateri strokovnjaki izpostavljajo, da so moški, ki se soočajo z neplodnostjo, celo bolj stigmatizirani kot ženske, saj so te pogostejše deležne sočutja (Miall, 1994; str. 392; Hudson, Culley, Rapport, Johnson in Bharadwaj, 2009: 65; Becker, 2002). V preteklosti se je moška neplodnost in uporaba darovane moške spolne celice pogosto skrivala. Čeprav se postopki z darovano spolno celico izvajajo že več kot sto let, sta neplodnost in uporaba darovanih spolnih celic, še vedno stigmatizirani tudi v Združenem kraljestvu, Nemčiji in Sloveniji. Kljub splošni sprejetosti postopkov z darovano moško spolno celico v Nemčiji pari neprestano čutijo stigmatizacijo. Stigmatizirani niso le moški, temveč tudi ženske, ki želijo (zaradi partnerjeve neplodnosti) uporabiti postopke z darovano moško spolno celico (Gregoire, Mayer 1965, kot navedeno v Thorn in Wischmann, 2009: 73–74; Zaviršek idr., 2008: 22;

Culley, Hudson, Rapport in Johnson, 2006). Zgodbe uporabnic kažejo, da v teh primerih ženske pogosto želijo zavarovati svoje partnerje, »krivdo« za neplodnost samoiniciativno prevzamejo nase in pravijo, da so one tiste, ki imajo težave s plodnostjo (Inhorn in Patrizio, 2015: 8; Becker, 2002; Wischmann, 2013; Cui, 2010: 881–882).

Ker se družine, ki so uporabile postopke MRT, soočajo s tveganjem za stigmatizacijo, o svoji izkušnji lahko molčijo, saj si želijo živeti kot »normalna« tradicionalna družina. Nekatere ženske zanositve s pomočjo postopkov MRT ne skrivajo samo v svojih socialnih krogih, temveč tudi pred medicinskim osebjem, ki jim je pomagalo do zanositve. V Sloveniji so nekateri pari naklonjeni molku zaradi prepričanja, da jih (in otroka) varuje pred potencialno stigmatizacijo, konflikti in negativnimi odzivi iz okolja. Starše tako skrbi, da bo z družino stigmatiziran tudi otrok, s katerim nista biološko povezana. Drugi so molku naklonjeni ker se sramujejo dejstva, da ne morejo imeti bioloških otrok in jih skrbi, da bodo zaradi tabuizacije neplodnosti stigmatizirani. Te skrbi so posledica idealizirane biološke podobe starševstva, ki določa, kateri otroci so zaželeni in kateri niso.

Erving Goffman (2008) opisuje, da so stigmatizirani s skrivanjem in molkom izpostavljeni številnim pritiskom, saj postane njihov svet strogo nadzorovan in prostorsko omejen/deljen. Ker socialne interakcije na določenih lokacijah vodijo k razkritju, so uporabnice odtujeni od preprostejšega sveta, v katerem živijo ljudje okrog njih. Kljub temu, da je stigma tistih, ki se soočajo z neplodnostjo nevidna je tudi njihov svet prostorsko nadzorovan. Upabnice, ki svojo neplodnost skrivajo tako lahko skrbi, da bi srečali znance v centrih za reprodukcijo (ti so lahko zaposleni kot medicinske sestre v teh centrih, zaposleni v laboratorijih). Tisti, ki svojo neplodnost in uporabo postopkov MRT skrivajo morajo tako neprestano razvijati nove strategije prikrivanja in se obenem zavedati nepredvidljivih socialnih situacij. Problem lahko nastane že s sedenjem v čakalnici centrov za reprodukcijo, saj kaže na probleme z neplodnostjo. Osebe zaposlene v reproduktivnih centrih mora zagotoviti, da izkušnja parov ostane zasebna. Pomembno je, da so osebe v čakalnici so na pregled oziroma postopek poklicane le s prvim imenom, saj bi ostali lahko prepoznali celotno ime posameznika, a ne obraza (Ambulatory Safety Monitor, 2005).

Strokovnjaki zaposleni v nemških in slovenskih reproduktivnih centrih so dolga leta uporabnicam svetovali, naj o uporabi darovane moške spolne celice ne povedo nikomur – tudi otrokom in drugim pomembnim osebam v njihovem življenju ne (glej poglavje

»Korist otroka – od molka do razkritja«) (Thorn in Wischmann, 2009; Urh, 2009: 117; Zaviršek, 2011). Nemčija je priporočila glede razkritja do danes popolnoma spremenila, saj psihosocialni strokovnjaki (kot so Kenneth Raymond Daniels, Eric Blyth, Petra Thorn), združenja uporabnikov darovanih spolnih celic (Avstralija: *Donor Conception Support Group*; Združeno kraljestvo: *Donor Conception Network*; Nemčija: *Information donogene Insemination*) in odrasli, ki so bili spočeti s pomočjo postopkov MRT z darovano spolno celico, izpostavljajo in priporočajo, da se o uporabi darovanih spolnih celic govori odprto. Molk, skrivnosti in socialna izolacija lahko prav tako vodijo do zmanjšane uporabe formalnih in neformalnih psihosocialnih sistemov podpore (Crawshaw, 2009: 285; Thorn in Wischmann, 2009).

Slovenska diskurzivna analiza forumov iz leta 2011 prikazuje, da v Sloveniji prihaja do destigmatizacije uporabe MRT, saj se je večina bodočih mater strinjala, da je otrokova pravica, da pozna svojo genetsko predporodno zgodovino (Več o tem v poglavju »Korist otroka – od molka do razkritja«) (Zaviršek, 2013: 380).

Kuhar in Takacs (2011: 149) povzemata Judith Stacy, ki pravi, da je pomembno, da se naučimo živeti v pluralistični družbi in z idejami svobodne veroizpovedi, enakimi pravicami za vse prebivalce in vzpostavimo temelj socialnih vrednot, ki predstavlja osnovo za spoštovanje različnih družinskih oblik.

Pomembno je, da je praksa strokovnjakinj nediskriminatorska in antirasistična in tako zagovarjajo in promovirajo enake pravice za posameznice (ne glede na spol, barvo kože, spolno usmerjenost, etničnost, hendikep, socialni status in veroizpoved).

6. RAZISKOVALNE METODE

Raziskava, ki je potekala v obdobju 2015–2016, je bila kvalitativna in je sledila socialno konstruktivistični perspektivi, ki poudarja, da objektivna resnica oziroma stvarnost ne obstaja, saj je ta vedno konstruirana z vsakim posameznikom. Ker so raziskovalci in raziskovalke člani družbe, so tudi v svoji raziskavi soudeleženi, saj že skozi jezik reflektirajo lastne poglede in s svojimi prepričanji ter vrednotami vplivajo na raziskavo (so-ustvarjajo, delijo znanje) (Charmaz, 2006).

Ob iskanju metodologije, ki bi ontološko in epistemološko sovpadala z raziskavo, sem se odločila za metodo »konstruktivistične utemeljene teorije« (angl. *constructivist grounded theory*), ki jo je v sredini 90. let razvila Kathy Charmaz (študentka Barneya Glaser in Anselma Strauss). Leta 2006 je objavila knjigo z naslovom »*Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through*«. Konstruktivistična utemeljena teorija se je razvila iz objektivistične utemeljene teorije, ki sta jo leta 1965 prvič aplicirala Barney Glaser in Anselm Strauss – z objavo knjige »*Awareness of Dying*«. V knjigi sta povzela rezultate šestletne študije o tistih, ki so umirali v šestih centrih za reprodukcijo v San Franciscu (Glaser in Strauss, 1965: viii). Namen raziskave je bil prispevati k razvoju nege, ki bi bila do umirajočih v centrih bolj racionalna in sočutna (Andrews, 2015: 4). Natančen in strukturiran opis nove raziskovalne metode sta objavila leta 1967 v knjigi z naslovom »*The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*« (Glaser in Strauss, 1967). Čeprav je bila raziskovalna metoda utemeljene teorije (angl. *grounded theory*) prvič uporabljena pred 52 leti, do danes (poleg etnografije) ostaja najbolj razširjeno uporabljen (in znan) kvalitativen pristop tako v družbenih vedah kot tudi drugih disciplinah in profesijah (Glaser in Strauss, 1965: Viii; Andrews, 2015: 3). Objektivistična utemeljena teorija v nasprotju s konstruktivistično utemeljeno teorijo verjame v objektivno (»resnično«) dejstvo zunanje realnosti, ki se (neodvisno od ljudi) giblje po splošnih in nespremenljivih naravnih zakonih. Ker podatki o opazovanem predmetu predstavljajo značilnosti stvarnosti – dejstva, si raziskovalci in raziskovalke prizadevajo, da s svojimi duševnimi stanji in prepričanji (mišljenjem) ne vplivajo na izid spoznanj. Posledično je tudi raziskovalec izključen opazovalec v svoji raziskavi, saj skuša ostati »objektiven« in ločen od področja, ki ga raziskuje. Ker so človeški intelektualni in senzorni mehanizmi v tem primeru nezanesljivi, raziskave (z namenom večje kredibilnosti) skušajo uporabiti čim

večje število virov, podatkov, udeležencev, teorij in metod (Kohler Reissman, 1994: Xiii; Charmaz, 2006; Guba, 1990). Charmaz (2006) poudarja, da analize ni mogoče ločiti od interpretacije raziskovalca oziroma raziskovalke in dodaja, da je kombinacija komparativne metode z raziskovalčevo subjektivno vključenostjo osnova utemeljene teorije. Na konstrukcijo utemeljene teorije ne vplivajo le raziskovalci in raziskovalke, temveč tudi drugi subjekti, ki so vključeni v raziskovalni proces in je zato iz epistemološkega vidika subjektivistična

Glaser in Strauss sta z induktivnim pristopom utemeljene teorije izzvala dominantno metodološko paradigmo – logično dedukcijo, ki je bila orientirana na testiranje teorij, kategorij, značilnosti in hipotez o splošnih problemih in preverjanje vnaprej formuliranih teorij (da bi potrdili določene vzroke in značilnosti kot univerzalne). Pri teh replikativnih pristopih je teorija »razvita« na začetku raziskave in pozneje testirana na posameznih primerih. Utemeljena teorija se opira na analitično indukcijo, ki na posameznih primerih proučuje, kako so posamezne lastnosti, procesi ali dogodki med seboj povezani ter v kakšnih odnosih ali razmerjih so (strukturnih-hierarhični odnosi, časovnih, historični dogodki, sočasni dogodki, kaj čemu sledi, dinamičnih in razvojnih – kaj se iz česa razvije) (Glaser in Strauss, 1967; Steenhuis in Bruijn, 2006). Utemeljena teorija tako s pomočjo konstantne komparativne metode ter z interpretativnim in kritičnim pristopom ponuja razvoj analitičnih kategorij in teorij neposredno iz podatkov. S tem raziskava pridobiva na kredibilnosti, saj se obenem izogne ohranitvi idej, ki so lahko izpopolnjene, presežene ali ovržene.

Uporaba metode utemeljene teorije je bila za to raziskavo pomembna, saj je utemeljena teorija vedno razvita neposredno iz podatkov v določenem času, kulturi in situaciji. Pred raziskovanjem psihološko-socialnega svetovanja je bilo potrebno razumevanje heterogenega in unikatnega konteksta, saj ta pomembno vpliva tako na ureditev MRT (dostop, pokritost) kot tudi na vsebino in strukturo svetovanja.

Raziskava je tako analizirala socialne, politične, kulturne in ekonomske kontekste, v katerih se izvajajo tako postopki MRT kot tudi psihološko-socialno svetovanje. Tu sem raziskala, kako vplivajo na regulacijo in legalizacijo reproduktivnih tehnologij kot tudi življenja uporabnic, ki se soočajo z neplodnostjo – njihovo individualno psihološko izkušnjo, socialne interakcije in odločitve povezane z načrtovanjem družine. V Sloveniji,

Nemčiji in Združenem kraljestvu sem poleg zakonske urejenosti postopkov raziskala tudi pokritost, dostopnost in uporabo postopkov MRT. Te podatke sem pridobila s pomočjo sekundarnih virov. Ko sem raziskovala pokritost, me je zanimalo, koliko reproduktivnih centrov je v treh državah in kateri postopki MRT so uporabnicam na voljo. Zanimalo me je, kdo lahko dostopa do postopov in kako razširjena je uporaba postopkov MRT. Raziskava se je osredotočila tudi na obseg podpore v smislu (so)financiranja reproduktivnih postopkov, javnega ozaveščanja o stiski zaradi neplodnosti in spodbujanja uporabe reproduktivnih postopkov s pomočjo oglaševanj in kampanj.

Informacije o modelih in strokovnih smernicah specializiranega psihološko-socialnega svetovanja v Združenem kraljestvu in Nemčiji sem pridobila s pomočjo sekundarnih virov. Sekundarni vir podatkov so predstavljale populacijske raziskave, javnomnenjske raziskave, vladna poročila, uradne statistike, že razvite strokovne smernice za psihološko-socialno svetovanje, zakonodaja in druge strokovne in znanstvene publikacije. Te informacije so bile pred vstopom na teren pomembne, saj so se pomembno navezoval na raziskovalno temo. To pa je v nasprotju z utemeljeno teorijo, ki sta jo razvila Glaser in Strauss, saj pred stabilizacijo teoretičnega okvira zavračata predhodno poglobljeno branje literature. S tem se raziskovalec oziroma raziskovalka izogne nevarnosti ponavljanja že znanega in ohrani teoretično občutljivost. Da ima raziskovalec oziroma raziskovalka pred pričetkom raziskovanja čim manj predhodno formuliranih idej, branje priporočata le na nepovezanih področjih (Glaser in Strauss, 1967; Glaser in Strauss, 1965; Charmaz, 2006: 48). Temu nasprotuje Charmaz (2006: 17), ki pravi, da koncepti, perspektive in raziskovalčevo predhodno znanje ne ovirajo raziskovalčevih idej in odprtosti, saj to lahko predstavlja izhodišče za raziskavo in ne njen konec. Charmaz (2006: 48) citira Day, ki pravi: »*There is a difference between having an open mind and an empty head.*« Predhoden pregled literature tudi v primeru te raziskave ni bil izveden z namenom oblikovanja končnega teoretičnega okvira, temveč da bi raziskali pomembna področja in že znana dejstva, ki se nanašajo na raziskovalno temo. Prav tako sem le s predhodnim poznavanjem in razumevanjem kontekst, v katerem se je svetovanje izvajalo, lahko oblikovala primerne in prilagojene smernice za intervju in strokovnjakom in strokovnjakinjam zastavljala relevantna podvprašanja (v času intervjuvanja). S tem sem pridobila bogate, raznolike, natančne in kontekstualizirane podatke, ki so prispevali k oblikovanju (poskusne) utemeljene teorije – v našem primeru oblikovanju strokovnega modela psihološko-socialnega svetovanja za kontekst Slovenije.

V raziskavi so populacijo sestavljali zaposleni na organizacijah v Nemčiji, Sloveniji in Združenem kraljestvu, ki so nudili psihološko-socialno svetovanje za (bodoče) uporabnice storitev MRT. V raziskavo sem vključila nemške, slovenske in britanske strokovnjake in strokovnjakinje (dva strokovnjaka in osem strokovnjakinj), ki so imeli dolgoletne in relevantne izkušnje na področju psihološko-socialnega svetovanja in so bili specializirani za področje psihološko-socialnega svetovanja v primerih neplodnosti in uporabe postopkov MRT. Čeprav sta bili v Sloveniji na eni lokaciji v času intervjuvanja prisotni dve svetovalki in na drugi lokaciji tri svetovalke (skupno pet strokovnjakinj), je v obeh primerih intervjuvanja na vprašanja odgovarjala le ena svetovalka. Skupno sta torej v intervjujih sodelovali dve slovenski svetovalki.

Vzorčenje je potekalo neslučajnostno in priročno. Z namenom pridobitve bogatih in relevantnih podatkov sem pred vstopom na teren raziskala, kateri strokovnjaki in strokovnjakinje imajo največ strokovnega znanja na področju psihološko-socialnega svetovanja in so prispevali k oblikovanju strokovnih smernic v Združenem kraljestvu in Nemčiji. Pri iskanju svetovalk in svetovalcev v Nemčiji sem bila pozorna na avtorje in avtorice, ki so prispevali k razvoju strokovnih smernic za strokovnjake in strokovnjakinje, objavili druge relevantne strokovne publikacije in imeli relevantno znanje s področja raziskovalnih tem. Pri iskanju svetovalcev in svetovalk v Združenem kraljestvu mi je bil v veliko pomoč seznam svetovalcev in svetovalk, ki je bil objavljen na spletni strani BICA-e. Z vsemi svetovalci in svetovalkami iz tujine sem sprva vzpostavila stik preko elektronske pošte, slovenske svetovalke sem poklicala po telefonu.

V raziskavi sem primarne podatke zbirala s pomočjo intervjujev, saj je to omogočilo poglobljeno raziskavo izkušnje sodelujočih v raziskavi. V Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu sem primarni vir podatkov zbirala s pomočjo anonimnih polstrukturiranih intervjujev.

V metodologiji sem uporabila smernice za intervju, ki so pokrivale splošne teme in široka vprašanja. S tem sem skušala pridobiti bogate podatke – tako nepričakovane zgodbe, natančne informacije kot tudi izkušnje (opise in refleksije) strokovnjakov in strokovnjakinj.

Vse intervjuje sem izpeljala osebno in vprašalnik prilagodila vsakemu strokovnjaku in strokovnjakinji posebej. Tu sem upoštevala strokovno ozadje, profil, strokovno specializacijo in kontekst, v katerem so strokovnjaki in strokovnjakinje svetovali. S tem sem se osredotočila predvsem na področja, iz katerih so bili svetovalci in svetovalke specializirani. V smernicah za intervju sem prilagodila tudi besedišče, saj je svetovanje v Nemčiji, Sloveniji in Združenem kraljestvu definirano drugače.

V obdobju 2015–2016 sem z 10 osebami izpeljala 13 intervjujev. Vse slovenske svetovalke sem intervjuvala osebno in preko telefona (izpeljala sem tri intervjuje). Z nemškimi svetovalci in svetovalkami sem izpeljala dva intervjuja s pomočjo programa Skype in enega preko telefona. Ker sem želela svetovalce in svetovalke tudi osebno spoznati, sem se udeležila dvodnevne strokovne srečanja nemških psihološko-socialnih svetovalcev in svetovalk, ki je 4. in 5. marca 2016 potekalo v Frankfurtu (pod okriljem nemške organizacije *Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland* - BKiD). V Združenem kraljestvu sem štiri intervjuje izvedla osebno (tri v Londonu in enega v Brightonu) ter tri s svetovalko, ki je bila v času mojega obiska Združenega kraljestva odsotna, s pomočjo programa Skype.

V skladu z načeli etičnega raziskovanja sem z vsemi strokovnjaki in strokovnjakinjami pred pričetkom intervjuvanja sklenila ustni dogovor za sodelovanje v raziskavi. Prav tako sem jih predhodno seznanila tako z vsebino in namenom intervjuja kot tudi s potekom raziskave. Opisala sem jim tudi način zbiranja in analiziranja podatkov. S sodelujočimi v raziskavi sem govorila tudi o anonimnosti in zaupnosti, ki sta pomembna temelja etične raziskave. V primerih, ko kvalitativna raziskava uporablja metodo intervjuvanja, se sodelujoči soočajo z višjim tveganjem, da bo njihova identiteta (nehote) razkrita. Udeleženci s sodelovanjem v raziskavi tvegajo, da bodo z izgubo anonimnosti izgubili zaposlitev ali pa bodo postavljeni v neprijetno situacijo. Zaradi tveganj, ki jih prinaša razkritje, sem udeležencem in udeleženkam v raziskavi pred intervjuvanjem ustno zagotovila, da bodo njihove informacije uporabljene le v namene te raziskave in da bom fizično varovala tako podatke (zvočni zapis intervjujev in prepise intervjujev) kot tudi njihovo identiteto. Z njimi sem sklenila dogovor, kaj bom storila s pridobljenimi podatki po končani raziskavi (izbris posnetkov in prepisov ali posredovanje vseh podatkov njim). Vsem sodelujočim v raziskavi sem ponudila možnost, da jih o rezultatih raziskave obvestim, ob tem sem jim tudi razložila, kje bodo rezultati raziskave objavljeni. Vsi

sodelujoči v raziskavi so se strinjali, da njihova identiteta ostane anonimna, želeli pa so tudi biti obveščeni o rezultatih raziskave.

Intervjuji so trajali od ene ure do treh ur. S svetovalko iz Združenega kraljestva sem intervju izpeljala v dveh delih, kar je prispevalo k natančnejši in obširnejši analizi. V času analiziranja podatkov sem ugotovila, da na določenih področjih raziskovalnih tem potrebujem več informacij. S svetovalko iz Združenega kraljestva sem tako izpeljala še tretji intervju (s pomočjo programa Skype), preko elektronske pošte pa sem kontaktirala tudi psihološko-socialnega svetovalca iz Nemčije in ga prosila za dodatno pomoč in razlago. Oba strokovnjaka sta mi bila pripravljena pomagati in mi ponudila več natančnih informacij.

Intervjuji z britanskimi in nemškimi psihološko-socialnimi svetovalci in svetovalkami so potekali v angleščini. Zaradi dolžine in kvalitete intervjujev sem s soglasjem intervjuvancev vse intervjuje zvočno posnela. Uporaba avdio sredstev je omogočila, da sem se udeležencem in udeleženkam popolnoma posvetila, s čimer je pogovor tekel zvezno in nemoteno.

Prvi del intervjuja se je navezoval na strukturo in obseg psihološko-socialnega svetovanja. Sodelujoče v raziskavi sem spraševala o trajanju enega svetovanja, kdaj je svetovanje ponujeno (pred, med in/ali po postopkih MRT), ali je brezplačno (koliko srečanj) in katera vrsta svetovanja je uporabnicam na voljo. Zanimalo me je tudi, komu je svetovanje namenjeno in kdo je končni uporabnik psihološko-socialnega svetovanja.

V drugem delu intervjuja sem raziskala vsebino svetovanja in metode, ki jih pri svetovanju uporabljajo. Čeprav sem sogovornike in sogovornice spodbujala, da opišejo specifične zgodbe in izkušnje, me je zanimalo tudi, o čem govorijo v klasičnem svetovanju in katere teme so pomemben del svetovanja. Zanimalo me je tudi, katera so pogosta vprašanja, (etične) dileme in skrbi njihovih sogovornikov in sogovornic ter kako se ti soočajo s tisko neplodnosti. Vprašala sem jih, kako pripovedujejo o svoji življenjski izkušnji (kaj izpostavljajo). Odprla sem tudi temo o stigmatizaciji uporabnikov (zaradi neplodnosti, uporabe postopkov MRT). Raziskovala sem tudi, kaj uporabnice v procesu svetovanja menijo glede razkritja svoje izkušnje bodočemu otroku, družini, prijateljem in drugi socialni mreži. Svetovalce in svetovalke sem vprašala, kaj v tem primeru svetujejo.

Raziskala sem tudi, s katerimi tveganji se uporabnice soočajo in kaj, kako in kdaj svetovati o tem. Svetovalce in svetovalke sem vprašala, katere so najbolj travmatične situacije, s katerimi se soočajo uporabnice in kako ravnaajo s procesom žalovanja. Svetovalce in svetovalke sem vprašala, kaj menijo, da uporabnice svetovanja najbolj potrebujejo. Vse svetovalce in svetovalke sem vprašala tudi, katere etične dileme se pojavljajo v njihovem strokovnem delu.

Tretji del intervjuja se je nanašal na strokovna priporočila, smernice in izobraževanje za psihološko-socialne svetovalce in svetovalke. Sodelujoče v raziskavi sem vprašala, katere strokovne smernice poznajo in katere od teh uporabljajo pri svojem delu. Pri intervjuvanju svetovalcev in svetovalk sem izpostavila strokovne smernice, ki so bile razvite prav za področje neplodnosti in reproduktivne tehnologije. Vprašala sem jih tudi, ali v smernicah kaj manjka, kar je pomemben del strokovnega in kakovostnega svetovanja in ali se je od sprejetja zadnjih smernic do sedaj kaj spremenilo. Raziskala sem tudi, ali sodelujejo z drugimi vladnimi ali nevladnimi organizacijami ter kako imajo razvito intervizijo in supervizijo. Govorili smo tudi o profesionalni hierarhiji. Ker so bile v času intervjuvanja na novo sprejete evropske strokovne smernice ESHRE (2015), sem raziskala njihovo mnenje glede njih.

Na koncu sem raziskala, katero literaturo bi priporočili nekomu, ki bi želel spoznati področje psihološko-socialnega svetovanja, katero literaturo priporočajo uporabnicam in kateri strokovni viri so pomembni za psihološko-socialne svetovalce in svetovalke.

Zadnji del intervjujev je bil namenjen predlogom za izboljšave, saj sem s svetovalci in svetovalkami raziskala, kaj bi bilo treba na področju psihološko-socialnega svetovanja izboljšati (prostori, število svetovalcev, usposobljenost svetovalcev, časovni obseg svetovanja, prostor svetovanja, vsebinsko).

Z intervjuvanjem sem pridobila detaljne, fokusirane in bogate podatke in s tem trden material za sintezo utemeljene teorije. V raziskavi so se z vsakim intervjujem odpirala nova vprašanja, teme in dileme, ki so pomembno vplivali na vsebino pozneje izvedenih intervjujev. Posnete intervjuje sem namreč po vsakem intervjuju večkrat poslušala, jih prepisala in analizirala. Zbiranje in analiziranje podatkov je tako potekalo ciklično, saj so bili naknadno zbrani podatki – determinirani skozi analizo pred tem zbranih podatkov

(Charmaz, 2006: 5–6; Steenhuis in Bruijn, 2006: 8). Charmaz (2006) pravi, da je ciklično zbiranje in analiziranje podatkov velika prednost, saj lahko tudi pozneje v analizi dodamo dodatne dele k raziskavi. Skozi celoten proces sem tako izpolnjevala analitične kategorije in prenehala z izvajanjem intervjujev, ko so bile nasičene vse kategorije in so se teme začele ponavljati.

Utemeljena teorija je odvisna od raziskovalčeve interpretacije podatkov kot tudi interpretacije doživljajočega udeleženca v raziskavi (Charmaz, 2006; Brink idr., 2006: 191). Raziskava je skušala razumeti in interpretirati predmet raziskovanja iz perspektive udeleženih v raziskavi. V času intervjuvanja sem sprotno preverjala, ali sem prav razumela pomene in zgodbe udeležencev in udeleženek. To je bilo še posebej pomembno pri intervjuvanju nemških in britanskih svetovalcev in svetovalk, saj smo se sporazumevali v angleščini. V času intenzivnega intervjuvanja sem se pri določenih temah in izjavah sodelujočih v raziskavi ustavila in raziskala, prosila za več natančnih informacij ali razlago. Sodelujoče sem spraševala o njihovem mnenju, mislih, čustvih in dejanjih ter se vračala na prejšnje izjave, teme in preverjala povezave med njimi. Sogovornike in sogovornice sem tudi povzemala in preverila, ali sem pomene opisanega razumela pravilno (Charmaz, 2006: 26).

Ker raziskava sledi interpretativni paradigmi, subjektivni pogledi raziskovalca vplivajo na rezultate raziskave in je zato pomembna raziskovalčeva kritična perspektiva. Charmaz pravi, da to pomeni, da imamo kritičen odnos do podatkov in ne do informatorjev. V raziskavi sem zato o lastnih mislih, idejah, vzdušju, prostoru, (etičnih) dilemah in primerjavah po vsakem intervjuju vodila dnevnik zapisov – beležke (angl. *memos*). Beležke so analitični zapiski o raziskovalčevih kodah, primerjavah podatkov kot tudi drugih idejah, ki jih ima o podatkih. Tudi Glaser, Strauss in Charmaz skozi celotno raziskovanje priporočajo pisanje in primerjanje beležk (Charmaz, 2006; Steenhuis in Bruijn, 2006: 8).

Strokovno ozadje svetovalcev in svetovalk

Z vsemi svetovalci in svetovalkami sem intervju opravila osebno in s tem zagotovila najvišjo možno kakovost intervjujev. Prizadevala sem si, da bi z vsemi sodelujočimi v

raziskavi vzpostavila neposreden stik in jih neposredno spoznala v prostoru, v katerem izvajajo psihološko-socialno svetovanje.

Podatke o strokovnjakih in strokovnjakinjah, ki so bili udeleženi v raziskavi, sem pridobivala s pomočjo sekundarnih virov (na uradnih spletnih straneh organizacij, na katerih so bili zaposleni svetovalci in svetovalke, v znanstvenih člankih in drugih znanstvenih ter strokovnih publikacijah).

Kot sem že omenila, sem vse podatke anonimizirala, kar je pomenilo odstranitev imen udeležencev, krajev, naslovov in drugih elementov, ki bi lahko identificirali sodelujoče v raziskavi. Imena udeležencev sem označila s kodami: na primer VB-A pomeni VB=Združeno kraljestvo (DE = Nemčija, SLO = Slovenija) in A = ime svetovalca.

1. Svetovalka DE-A je terapevtka in psihosocialna svetovalka specializirana za področje neplodnosti in postopke MRT. Svetovalka izvaja seminarje in usposabljanja za medicinske in psihosocialne strokovnjake. Specializirana je za področje načrtovanja družine s pomočjo darovane spolne celice ter drugih oblik uporabe postopkov MRT, kjer so poleg para sodelujoči »tretji«, ob tem je specializirana tudi za področje svetovanja o žalovanju in izgubah. Prav tako je avtorica številnih knjig in drugih publikacij, ki se nanašajo na področje MRT. Prav tako je članica IICO (*International umbrella organization for national fertility counseling*) in ESHRE (*European Society for Human Reproduction and Embryology*).
2. Svetovalac DE-B je po izobrazbi klinični psiholog in psihoterapevt. Objavil je številne publikacije na področju MRT in je tudi zaposlen kot višji raziskovalec. Na številnih področjih sodeluje z DE-A. Svetovanje nudi tudi v zasebni praksi. Tudi on je član IICO in ESHRE.

Oba svetovalca sta s strokovnimi publikacijami (za strokovnjake in uporabnice), razvijanjem strokovnih smernic (BKID) in izobraževanjem psihološko-socialnih svetovalcev prispevala k visokim standardom psihološko-socialnega svetovanja v Nemčiji.

3. DE-C je eden izmed najvplivnejših zdravnikov na področju MRT in porodništva v Nemčiji in je solastnik centra za reprodukcijo. Prav tako je član etične medicinske

komisije, izvršilnega odbora ISPOG (*International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*) in ESHRE.

Z vsemi nemškimi strokovnjaki in strokovnjakinjami sem vzpostavila prvi stik preko elektronske pošte in se predhodno dogovorila za intervjuje. Z nemškima svetovalcema sem intervju izpeljala s pomočjo programa Skype. Prvega sem izpeljala s svetovalko DE-A 14. 1. 2016 (15:00) in drugega s svetovalcem DE-B 22. 1. 2016 (13:00). Intervju z zdravnikom DE-C sem izpeljala preko telefonskega pogovora dne 1. 3. 2016 (12:30).

V Londonu sem osebno izpeljala štiri intervjuje s štirimi britanskimi svetovalkami in s pomočjo programa Skype tri intervjuje z britansko svetovalko VB-E (dne 29. 1. 2016 ob 15:00 in 2. 3. 2016 ob 15:00 uri in ponovno 18. 11. 2016 ob 15:00 uri). Z vsemi svetovalkami sem vzpostavila prvi stik preko elektronske pošte. Intervjuje sem izvajala osebno v Londonu in Brightonu v obdobju 19. 11. 2015–26.11.2015.

Intervjuvane britanske svetovalke imajo na področju svetovanja 4–25 let delovnih izkušenj. Nekatere izmed njih so prispevale k oblikovanju smernic BICA v Združenem kraljestvu.

1. Svetovalka VB-A izvaja psihološko-socialno svetovanje že leta 1991 (26 let). Pred tem je bila deset let zaposlena kot medicinska sestra v centru za reprodukcijo. Svetovalka je specializirana za različna področja, ki so povezana z neplodnostjo in postopki MRT. Specializirana je za podporo parov v času načrtovanja nosečnosti med izvajanjem postopkov IVF kot tudi po prenehanju uporabe postopkov. Specializirana je za partnersko svetovanje in primere, ko se uporabnice soočajo z občutki tesnobe. Svetovanje ponuja tudi nadomestnim materam in darovalcem in darovalkam spolnih celic. Psihološko-socialno svetovanje ponuja osebno ali preko telefona.
2. Svetovalka VB-B izvaja psihološko-socialno svetovanje od leta 2005 (11 let). Bila je tudi članica izvršilnega odbora BICA in je delala tudi preko Infertility Network UK.
3. Svetovalka VB-C dela na področju Britanske nacionalne zdravstvene službe *National Health Service* (NHS) že 30 let. Sprva je delala kot medicinska sestra na

oddelku za psihiatrijo in na področju materinstva. Sedaj je zaposlena kot psihosocialna svetovalka v centru za reprodukcijo (tu dela 7 let).

4. Svetovalka VB-D živi v Brightonu in kot psihološko-socialna svetovalka na področju neplodnosti dela 4 leta. Dolgo je bila edina pooblaščenka svetovalka BICE in s tem edina strokovno usposobljena za psihološko-socialno svetovanje v celotnem okrožju Brightona. Danes z njo delata še dva svetovalca in se pri njej usposabljata. Svetovanje izvaja s posamezniki individualno, usposobljena pa je tudi za terapevtsko delo s pari in psihoseksualno svetovanje. Svetovalka izvaja izobraževanja za zaposlene in pripravnike v centru v Brightonu (VB-D19).
5. Svetovalka VB-E nudi individualna in skupinska svetovanja kot tudi s sodelovanjem DCN vodi delavnice. Svetovalka se že 40 let ukvarja (akademsko in kot svetovalka) s psihološko-socialnim svetovanjem, ki je specializirano za področje neplodnosti. Od leta 1990 je aktivna tudi na akademskem področju in (s sodelovanjem z drugimi strokovnjaki) objavlja številne publikacije ter knjige (pomembne za področje MRT). Svetovalka *je v preteklosti delala tudi na področju posvojitvev*. Čeprav svetovalka trenutno ne nudi redne supervizije, jo nekateri svetovalci in svetovalke prosijo za pomoč in podporo. Svetovalka je v preteklosti ponujala svetovanje darovalcem in darovalkam spolnih celic.

1. SLO-A – Prisotne so bile tri socialne delavke. Na moja vprašanja je odgovarjala le ena.
2. SLO-B – Tudi tu sta bili na intervjuju prisotni dve socialni delavki in tudi tu je na moja vprašanja odgovarjala le ena.

S slovenskimi svetovalkami sem vzpostavila prvi stik preko telefona. Intervjuje s slovenskimi svetovalkami sem izvajala osebno. Prvi intervju s svetovalko SLO-A sem izpeljala 12. 10. 2015 (ob 10:00 uri) in drugega preko telefonskega pogovora dne 15. 12. 2016 (ob 10:30). Intervju s svetovalko SLO-B je potekal 25. 9. 2015 (ob 10:00 uri). Podatke sem zbirala ciklično, saj sem s svetovalkami v obdobju 2015–2016 preko telefonskega pogovora večkrat vzpostavila stik (v primerih nejasnosti in pridobivanja več informacij).

7. Nove možnosti MRT, etične dileme in tveganja

Z razvojem postopkov MRT so primeri »dizajnerskih otrok«, »rešiteljskih otrok«, posmrtna uporaba spolnih celic, so-starševstva in nadomestnega materinstva pogosto del etičnih razprav in nesoglasij med družbenimi interesi in interesi zasebnih centrov za reprodukcijo.

Ljudje se srečujejo s konflikti glede uporabe postopkov MRT in jim nasprotujejo zaradi etičnih, socialnih, religioznih in medicinskih razlogov. Zgodovina, vrednote in verovanja vplivajo na etične perspektive posameznikov, kulturne norme, zakone in ideologije, ki se nanašajo na načrtovanje družine in postopke MRT (Schenker 2000, kot navedeno v Blyth in Landau, 2009: 13). Medtem ko so intervencije za pomoč uporabnicam, ki se soočajo z neplodnostjo, lahko dobrodošle, je na drugi strani skrb »*Frankenstein pošasti*« (Crawshaw, 2009: 272).

Kritike postopkov IVF izhajajo iz 80. letih, ko je bilo zdravnikom in znanstvenikom očitano, da se vmešavajo v naravo in posegajo v domeno Boga in da bo znanstvena moč manipuliranja biološkega materiala privedla do moralnega »razpada družbe«. Danes se očitki, da se zaposleni v centrih za reprodukcijo »igrajo boga« (angl. *playing God*) ne povezujejo na podlagi biološkega manipuliranja, temveč na podlagi tega, kakšno socialno vlogo imajo kot strokovnjaki, ki so odgovorni za dobrobit še ne rojenih otrok in skrbijo za njihove interese (Lee, Sheldon in Macvarish, 2017: 85).

V 21. stoletju razvoj MRT prinaša številne nove možnosti, ki prinašajo popolnoma nove izzive in etične dileme. V nadaljevanju navajam in opisujem te postopke in druge etično vprašljive dogovore v kontekstu MRT.

1. Zamrznitev zarodkov in nadštevilni zarodki

Postopki MRT pogosto veljajo za neetične saj so pogosto ustvarjeni nadštevilni zarodki, ki so shranjeni (zamrznjeni), uporabljeni v znanstvene namene ali pa so uničeni. Zdravnikom, ki so del združenja slovenskih katoliških zdravnikov se zdi ta moč specialista neetična, saj odloča o tem, kateri zarodki bodo »preživeli« in kateri ne (Združenje slovenskih katoliških zdravnikov, 2016). Cerkveni nauk Rimskokatoliške cerkve pravi, da so zarodki od trenutka spočetja prepoznani kot človeške osebe in imajo fundamentalno pravico do življenja in

telesne nedotakljivosti. Zarodek je po definiciji zelo ranljiv in ga je zato potrebno od točke spočetja naprej zaščititi in zanj skrbeti (kot za katero koli drugo osebo) (Richards, 2009). Tudi tretji odstavek 35. člena zakona ZZNPOB (2000) o zarodkih govori kot o človeških bitjih, saj ti »umrejo«. Tudi večina muslimanskih učenjakov se strinja, da je zarodek v maternici prepoznan in zaščiten kot človeško življenje, ni pa jasno, ali to velja tudi za zarodke, ki so ustvarjeni v epruveti. Islam in judaizem zanimivo ločujeta med zarodki, ki so ustvarjeni v laboratoriju in zarodki, ki so bili ustvarjeni za reprodukcijo. Medicinske raziskave na zarodkih sprejemata tako le pod pogojem, da so bili ti ustvarjeni v laboratoriju in ne bodo ustavljeni v žensko maternico (Iqbal in Noble, 2009; Washofsky, 2009). V Indiji prihaja do soobstoja nasprotujočih si vrednot, saj reproduktivne tehnologije in znanstvene raziskave na zarodkih in izvornih celicah predstavljajo razvoj moderne Indije obenem pa po tradicionalnih prepričanjih hinduizma ni dovoljeno poškodovati čuteča bitja (uničenje zarodkov ni sprejeto) (Allahbadia, Allahbadia in Arora, 2009).

Sarah Franklin (1995: 337) pravi, da je zarodek, ki nastane s pomočjo MRT kiborg, saj je ustvarjen s pomočjo organskega in tehnološkega dela. Tako biva v brezčasnem ledu in se hrani v posebni kulturi v petrijevki.

2. Prenatalna diagnostika in izbira spola

Predimplantacijska genetska diagnostika (PGD) (angl. *preimplantation genetic diagnosis*) je pogosto uporabljena v primerih, ko obstajajo skrbi, da bi otrok podedoval bolezen. PGD lahko to prepreči, saj lahko analizira, kateri zarodki imajo gensko okvaro in kateri so zdravi za prenos. V teh primerih je kot del postopkov MRT potrebno genetsko svetovanje (ESHRE, 2001: 23; CSIG, 2009: 26).

PGD se lahko uporablja tudi za pridobitev informacij o bodočem otroku in zato to tehniko lahko uporabijo tisti, ki želijo poznati spol otroka (ESHRE 2001: 23–24). Uporabnice imajo možnost preko spletne strani naročiti test »Pink or Blue«, s pomočjo katerega ženske kar na domu testirajo, ali so noseče z dečkom ali deklico (Pink or blue, 2017). Velike skrbi nastajajo, ko je MRT uporabljena z namenom vzdrževanja neenakosti med spoloma in se uporabniki ob spoznanju, da se bo iz zarodka razvila deklica, odločajo za prekinitev nosečnosti. Ljudje, ki želijo izbrati spol otroka, pogosteje (kot PGD) uporabljajo ultrazvok, saj je hiter, učinkovit in poceni. Allahbadia, Allahbadia in Arora (2009) poročajo o nacionalni krizi v Indiji, saj mobilne in poceni ultrazvočne bolnišnice potujejo po deželi in

testirajo noseče ženske. Ženske, ki izvejo, da so noseče z deklico, se pogosto odločijo za umetno prekinitev nosečnosti. Vsako leto je v Indiji uničenih med dva do pet milijonov zarodkov in zaradi tega je Indija s 1. 1. 1996 prepovedala ultrazvočno testiranje z namenom določitve spola. Kljub temu pa s tem problem ni bil rešen, saj je prepoved ultrazvočno testiranje potisnila na črni trg. Dečki so v Indiji bolj zaželeni, saj po prepričanjih hinduizma spiritualno pomagajo svojim staršem pri njihovem posmrtnem življenju (le dečki lahko poskrbijo za pogrebne obrede, ko umrejo). Imetje več deklic v družini je videno kot veliko finančno breme, saj morajo starši plačati velike dote za njihove poroke. Deklice prav tako nimajo pravice do dedovanja prednikovnega premoženja, zato gre to neposredno dečkom. Kljub temu pa danes veliko izobraženih staršev vidi rojstvo deklice kot ugleden znak, saj je bila boginja rojena v njihovem domu. Deklica je dobrodošla kot »Lakshmi«, boginja bogastva, in je zato celo v sodobni ruralni Indiji eno izmed najpogostejših imen za deklico.

Krščanska cerkev prenatalno diagnostiko sprejema v primeru, ko varuje zdravje otroka (prispeva k njegovemu rojstvu), in zavrača v primerih, ko je uporabljena kot sredstvo za umetno prekinitev nosečnosti. Iz islamske perspektive je PGD in selekcija zarodkov sprejeta, če se s tem izognemo škodi matere ali preprečimo hudo bolezen, ki je povezana s spolom otroka (Iqbal in Noble, 2009; Richards, 2009; Creighton, 2009).

Rimskokatoliška cerkev poudarja, da imajo tudi otroci z razvojnimi težavami (ne glede na stopnjo razvoja) pravico do brezpogojnega sprejetja staršev. V evropskem kontekstu je Cerkev izrazila strah, da je testiranje zarodkov zunaj maternice odmev nacistične preteklosti. Določeni zarodki namreč testov ne opravijo (na primer tisti z gensko okvaro) in so uničeni. To Cerkev vidi kot neupravičeno smrt nerojenega otroka. Skrbi se nanašajo tudi na to, da bi bili s pomočjo PGD izbrane določene karakteristike otroka (barva kože, las, oči, inteligenca, osebnost, višina in spol otroka). Otroci, rojeni na ta način, se imenujejo »dizajnerski otroci« (Richards, 2009).

2.1 Dizajnerski otroci

Uporabnice si lahko v semenski banki izberejo barvo oči, las, kože, višino in druge telesne značilnosti darovalca, lahko z namenom, da bi bil otrok čim bolj podoben partnerju.

Izraz »dizajnerski otroci« ima negativen prizvok, saj številni nasprotujejo izbiranju socialnih karakteristik v predspočetvenem obdobju. Kljub temu pa se ta vrednostno obremenjen izraz redko uporablja v primerih, ko je prenatalna diagnostika uporabljena zaradi skrbi, da bi otrok podedoval bolezen. Razvidno je, da so tu aplicirani drugi standardi, ko gre za ljudi z ovirami (Crawshaw, 2009: 272).

Nekatere feministke izpostavljajo, da v teh primerih MRT skuša ustvariti popolnega otroka, saj želijo preprečiti rojstvo ljudi z ovirami. Ženske prav tako lahko čutijo pritisk, da uporabijo postopke PGD, saj v nasprotnem primeru veljajo neodgovorne zase in za družbo. Naravno spočetje tako ni dovolj, saj ne zagotavlja rojstvo zdravega otroka, s čimer ne prihaja le do legitimizacije MRT ampak tudi »naturalizacije« (pomoč MRT naravi, da premaga pomanjkljivosti) (FINRRAGE, 2016; Neyer in Bernardi, 2011).

Leta 2008 je javnost razburil primer iz ZDA, ko sta istospolni partnerki z okvaro sluha načrtno pridobili moške spolne celice darovalca (prijatelja) z okvaro sluha, da bi se jima rodil otrok z okvaro sluha. Udeleženi okvare sluha niso videli kot oviro, temveč kot pomemben del kulturne identitete. To je sporno, saj je bila medicina skozi zgodovino uporabljena za zdravljenje in preprečitev bolezni ali v primeru plastičnih operacij za izboljšanje fizičnih karakteristik. Filozof, bioetik in direktor »Oxford Uehiro Centre for Practical Ethics«, Julian Savulescu, pravi, da so prošnje za namensko ustvaritev otrok z ovirami nesprejemljive in da gre avtonomija uporabnikov, ki si s pomočjo medicine skušajo izboljšati kakovost življenja, preko vseh etičnih meja (Savulescu, 2002).

Svetovallec mora z uporabnicami raziskati in izdelati načrt, kako ravnati v primeru, če bo zarodek nosil določeno bolezen ali se ne bo razvijal v redu. V svetovalnem procesu je potrebno govoriti o možnosti umetne prekinitve nosečnosti. Govoriti je prav tako treba o tveganju, da se bo kljub dobrim predhodnim izvidom rodil otrok s telesno, senzorno ali intelektualno oviro. Raziskati je treba občutke krivde pri tistem, ki je prispeval h genetski mutaciji, in morebitno obtoževanje drugega partnerja (CSIG, 2009: 26).

3. Rešiteljski otroci

Eno izmed novih etičnih vprašanj uporabe postopkov MRT se nanaša na primere, ko se otrok rodi s smrtno telesno okvaro in je njegovo življenje lahko rešeno z darovanjem biološkim materialom. Ta praksa je deležna številnih etičnih dilem, saj vključuje

predhoden in načrten izbor zarodkov, ki bodo postali darovalci ali darovalke biološkega materiala. Med številnimi zarodki je izbran tisti, ki bo potencialno lahko rešil življenje že rojenemu otroku.

Nekateri starši se soočijo s hudo situacijo, ko je življenje prvega (že rojenega) otroka zaradi hude bolezni ogroženo in odvisno od ustreznega darovalca ali darovalke (na primer potrebuje darovalca kostnega mozga ali krvi). Starša se lahko v istem času soočata s sekundarno neplodnostjo in ker si želita še enega otroka, razmišljata o uporabi postopkov MRT. Tu se ponudi rešitev, saj lahko zdravnik v času izvajanja postopkov izbere zarodek, ki ima največ možnosti, da bo postal kompatibilen darovalec ali darovalka prvemu otroku. Drugi otrok z darovanjem biološkega materiala postane »rešiteljski brat ali sestra« prvemu (angl. *saviour sibling*) prvemu.

Življenje prvega otroka je tako eksistencialno pogojeno z ustvaritvijo drugega. Tu se zastavlja pomembno vprašanje, s kakšnim namenom so bili otroci ustvarjeni in ali so bili ustvarjeni po svoji vrednosti ali zato, da rešijo življenje drugemu. Tu obstaja tveganje, da je drugi otrok rojen predvsem zato, da bi zadostil potrebam prvorojenega otroka (Richards, 2009: 50; DE-A14¹⁸). Leta 2011 so mediji poročali o primeru rešiteljskega dečka Jamieja iz Združenega kraljestva:

Starši Jamieja so rekli: *»Zelo smo odprti z obema dečkoma. Jamie ve, zakaj je bil rojen, vendar prav tako ve, da bi ga imeli radi, ne glede na to, ali bi bil »rešiteljski« brat ali ne. Jamie je čudež in kar je naredil, je čudovito dejanje. Dečka bosta imela zaradi tega vedno posebno vez«* (Britten, 2011).

Jamie, ki razume, da je bil rojen posebej z namenom rešitve starejšega brata Charlieja, je rekel: *»Vem, da sem bil rojen za pomoč Chaerliju in ne samo zaradi mene samega. Zaradi tega sva s Charliejem povezana, čeprav je on sedaj že skoraj najstnik ... Vem, da sta oče in mati vedno želela veliko družino in me imata rada«* (Levin, 2011).

Etične dileme glede »rešiteljskih otrok« se nanašajo predvsem na dejstvo, da so odločitve v imenu otroka sklenjene v njegovem predspočetvenem obdobju in tako ta ne more dati

¹⁸ Oznaka DE-A14: DE pomeni Nemčijo, A pomeni ime svetovalca in številka 14 pomeni 14. vprašanje v smernicah za intervju.

informiranega soglasja. Postopki so prav tako lahko za drugorojenega otroka zelo invazivni. Kaj pa v primeru, ko celoten postopek ni invaziven za drugorojenega otroka in še vedno lahko rešimo prvorojenega otroka?

Čeprav temi rešiteljskih otrok ni namenjeno veliko pozornosti, so številne države, kot so Združeno kraljestvo, Francija, Španija in Avstralija (Viktorija) že legalizirale prakso »rešiteljskih otrok« in jo tudi izvajajo (Richards, 2009: 50; Stevens, 2008; Spriggs, 2002: 289; Bamat, 2011; Levin, 2011). Čeprav se je Združeno kraljestvo že soočilo s primeri rešiteljskih otrok, so vsi sodelujoči v raziskavi odgovorili, da na srečo teh primerov niso imeli, saj to predstavlja težko etično dilemo. Pomembno vprašanje je tudi, kaj če je »rešiteljski otrok« rojen, vendar mu ne uspe rešiti življenja prvemu otroku. To lahko vodi v razočaranje, saj je bil otrok primarno spočet z namenom, da bo rešil življenje prvemu otroku (Weathers, 2008).

Čeprav krščanska cerkev prakse »rešiteljskih otrok« ne dovoljuje, reformno gibanje judaizma te prakse ne prepoveduje (če bo otrok ljubljen in spoštovan po svoji pravici) (Washofsky, 2009; Richards, 2009; Creighton, 2009).

4. Nadomestno materinstvo

Številne etične skrbi se nanašajo na vprašanje nadomestnega materinstva, ki je v številnih državah prepovedano in v številnih družbah in verskih sistemih popolnoma nesprejemljivo. Nadomestno materinstvo se najpogosteje nanaša na primere, ko je ženska pripravljena nositi zarodek v svoji maternici in roditi otroka neplodnemu paru. Danes nadomestne matere lahko pomagajo tudi samskim moškim in ženskam kot tudi istospolnim partnerjem. Na voljo imamo dve vrsti nadomestnega materinstva. Eno je imenovano »gestacijsko materinstvo« (angl. *gestational surrogacy*) in pomeni, da nadomestna mati ni biološko povezana z otrokom. Ta oblika nadomestnega materinstva je pogosta odločitev za tiste ženske, ki si želijo genetsko nasledstvo. Pri tradicionalnem nadomestnem materinstvu sta otrok in nadomestna mati biološko povezana, saj so v postopkih MRT uporabljene spolne celice nadomestne matere. Uporaba nadomestnega materinstva prav tako omogoča, da istospolna partnerja istočasno doživita izkušnjo biološkega starševstva – s pomočjo dveh nadomestnih mater (Crawshaw, 2009: 272; Ramineni, Lekhini Ravi, Sindhuri in Venkata Rao, 2014: 460–461).

Leta 1989 je bil z dosežki dveh pionirjev IVF, Patricka Steptoe in Roberta Edwards, v Združenem kraljestvu (v centru za reprodukcijo Bourn Hall) prvič rojen otrok s pomočjo nadomestnega materinstva in postopkov IVF (Ramineni, Lekhini Ravi, Sindhuri in Venkata Rao, 2014: 462).

Kljub temu da nadomestno materinstvo predstavlja pomembno rešitev za številne pare, ki ne morejo imeti otrok, nadomestno materinstvo ne vzbuja le etičnih vprašanj, temveč tudi pravna. Ker je komercializacija pogosto neločljiv del nadomestnega materinstva, strokovnjaki zagovarjajo, da bi moralo biti v celoti altruistično, vendar pa obenem dvomijo, da je to možno. Nekateri nasprotniki nadomestnega materinstva prav tako pravijo, da so nadomestne matere prodajalke otrok (angl. *baby sellers*) in bi zato to področje moral urejati zakon, ki bi bil podoben zakonu, ki prepoveduje trgovanje s človeškimi organi. Krščanska cerkev poudarja, da nadomestno materinstvo spodkopava dostojanstvo žensk, je neetično in nehumano ter vodi do izkoriščanja nadomestne matere. Tudi v islamu nadomestno materinstvo ni sprejeto, saj je oploditev jajčeca ženske s spolno celico, ki ni last njenega moža, videna kot prešuštniška unija. Po islamu je nadomestno materinstvo nesprejemljivo in neetično tudi v primeru, ko nadomestna mati nosi otroka drugega para, saj je zakonita mati otroka tista, ki ga rodi (Creighton, 2009; Iqbal in Noble, 2009; Ramineni, Lekhini Ravi, Sindhuri in Venkata Rao, 2014: 462; Stone, 2006: 293; DE-B14; DE-C14; VB-E14).

Ker je v številnih državah nadomestno materinstvo predrago ali z zakonom nedovoljeno, številni pomoč iščejo v tujini. Skrbi in etične dileme glede nadomestnega materinstva so pogosto utemeljene s primeri iz Indije. Situacija, s katero se sooča Indija, je zelo zanimiva, saj je njeno prebivalstvo zelo religiozno, obenem pa tu strmo narašča dobičkonosen turizem medicinske industrije (gestacijskega) nadomestnega materinstva (Allahbadia, Allahbadia in Arora, 2009: 135; Kalindi, 2009; Blyth in Landau, 2009: 27). V Indiji je nadomestno materinstvo cenejše kot v Ameriki in zato zelo razširjeno. Indijke so za nadomestno materinstvo plačane 6.000 dolarjev, kar je enakovredno devetletnemu družinskemu dohodku v Indiji. Ameriški par mora za storitve plačati 20.000 dolarjev, vendar pa bi v Ameriki zanje moral plačati kar 100.000 dolarjev. Za nadomestno materinstvo se najpogosteje zanimajo delavke iz podeželskih skupnosti s srednjo ali višjo poklicno izobrazbo. V teh primerih prihaja do velikih skrbi komodifikacije maternice. Pojavljajo se dodatne skrbi, saj centri za reprodukcijo v Indiji (na primer Akanksha clinic)

ponujajo le možnost gestacijskega materinstva in tako tudi v primerih, ko par potrebuje darovano žensko spolno celico raje uporabijo spolno celico druge darovalke. S to politiko nadomestne matere ne morejo zahtevati otroka po rojstvu (saj z njim niso biološko povezane), kot tudi zmanjšajo tveganje, da bi se nadomestna mati čustveno navezala na otroka. Reprodukativni centri prav tako poskrbijo, da imajo stranke in nadomestne matere čim manj stika in zato do stikov prihaja le ob prisotnosti zaposlenih. Uporabnice iz ZDA so razložile, da jim je bilo pojasnjeno, da je to v korist vseh, saj nadomestne matere in stranke redko govorijo isti jezik. Tudi v primerih, ko uporabniki in nadomestne matere govorijo isti jezik, je kontakt omejen, da ne bi prišlo do čustvene navezanosti. Ker si reprodukativni centri prizadevajo, da imajo čim večji nadzor nad nadomestnimi materami, jih spodbujajo, da živijo v hotelih zraven centrov. V teh hotelih jih obiskuje družina, na razpolago imajo kuharja, ki jim pripravlja hrano, ponujajo jim tečaje angleščine, šivalne tečaje ter uporabo računalnikov. Nadomestnim materam prav tako svetujejo ženske z izkušnjo nadomestnega materinstva. Ženskam skušajo ženskam razložiti, da se vidijo le kot nadomestne ponudnice, ki so z otrokom povezane le preko maternice. Ta je prazen nereproduktiven prostor, kot soba v hiši, kjer živi in raste otrok nekoga drugega lahko (Kalindi, 2009: 9). Ker imajo nadomestne matere nadzor in moč nad zarodkom si tako reprodukativni centri z različnimi mehanizmi nadzorovanja prizadevajo, da ženske živijo življenje, ki je optimalen za razvoj zarodka.

Nenaklonjenost nadomestnemu materinstvu tako pogosto temelji na skrbih, da ženske se za reprodukcijske storitve ne odločajo prostovoljno, saj so v to prisiljene zaradi revščine in neizobraženosti. Študija iz leta 2012, ki jo je podprla Organizacija združenih narodov, poroča, da posel storitev nadomestnega materinstva v Indiji letno prinese kar 400 milijonov dolarjev in da je v Indiji več kot 3.000 centrov za reprodukcijo. Kljub temu da nadomestne matere pogosto dobijo plačilo 10.000 dolarjev, se za to lahko niso odločile zaradi denarja temveč zaradi izkušnje nosečnosti. Nekateri menijo, da je potrebno ločevati med ekonomsko privilegiranimi in de-privilegiranimi ženskami, saj so zadnje izkoriščene in ne morejo zahtevati starševskih pravic. Kljub temu da nadomestne matere, ki za svoje »storitve« dobijo plačilo pogosto veljajo za neetične, drugi menijo, da je plačano nadomestno materinstvo dobro za vse udeležene, saj si s tem ženske povečajo svoj ekonomski kapital in lažje skrbijo za svoje družine. Nevarnosti tako ni, če so pogodbeni dogovori izpeljani pravilno (Bhalla in Thapliyaln 2013; Ramineni, Lekhini Ravi, Sindhuri in Venkata Rao, 2014). Zaradi skrbi in etičnih dilem glede nadomestnega materinstva

(predvsem zaradi izkoriščanja revnih žensk) je zbornica indijskega parlamenta (Lok Sabha) 21. novembra 2016 predstavila predlog zakona o nadomestnem materinstvu. Kljub temu, da je vlada predlog zakona sprejela, zakon še ni v veljavi. Predlog zakona na novo določa, da je dovoljeno le altruistično nadomestno materinstvo, do katerega so upravičeni le poročeni pari (poročeni pet ali več let), ki so državljani Indije, ne morejo imeti otrok in niso socialni ali biološki starši. Bodoči starši morajo biti stari od 23 do 55 let (moški 26–55 let in ženske 23–50 let). Nadomestne matere morajo biti stare od 25 do 35 let, so v najožjem sorodstvu z bodočimi starši (zakon natančneje ne definira kdo je to) in so lahko nadomestne matere le enkrat. Po teh kriterijih je razvidno, da so istospolna partnerstva nesprejeta, komercializacija nadomestnega materinstva nesprejemljiva kot tudi je poudarjena pomembnost indijske družine, ki temelji na zakonski zvezi (Verma, 2017; Rajya Sabha TV, 2016; Government of India, 2016).

V Združenem kraljestvu se je nadomestno materinstvo sprva altruistično izvajalo med sorodniki in prijatelji. Pred letom 1985 je področje nadomestnega materinstva urejal *Warnock Report*, ki je predlagal, da bi bilo nadomestno materinstvo v Združenem kraljestvu prepovedano. To je bilo s strani vlade sprejeto le delno, vendar pa je bilo s strani *British Medical Association* zdravnikom svetovano, naj ne izvajajo postopkov, ki vključujejo nadomestno materinstvo, saj je to »neetično«. Vse se je zapletlo s primerom »baby Cotton«, ki je razburil britansko javnost in pozval k ureditvi tovrstnega področja (Natalie Gamble Associates, 2014). Kim Cotton je sklenila dogovor z Ameriško komercialno agencijo za nadomestno materinstvo in za to prejela plačilo 6.500 funtov (7.340 evrov). Ko je 4. 1. 1985 rodila deklico, je z deklico želela zapustiti center za reprodukcijo, vendar ji je bilo to preprečeno. Čez sedem dni je svojo zgodbo prodala časopisu (za 15.000 funtov oziroma 16.915 evrov). Sodišče se je odločilo, da švedski par lahko posvoji deklico. Istega leta je britanski parlament na hitro sprejel akt (*The Surrogacy Arrangements Act 1985*) in prepovedal nadomestno materinstvo v komercialne namene kot tudi oglaševanje nadomestnega materinstva (tudi z zaporno kaznijo) (Natalie Gamble Associates, 2014; Ramineni, Lekhini Ravi, Sindhuri in Venkata Rao, 2014: 461–462; Robinson, 2015)

Smernice za mednarodno nadomestno materinstvo v Združenem kraljestvu je napisala odvetnica za nadomestno materinstvo Natalie Gamble (odvetniška družba Natalie Gamble Associates, ki je specializirana za področje neplodnosti). Ta odvetniška družba pravi, da je

postalo okoli leta 2000 nadomestno materinstvo v Združenem kraljestvu splošno sprejeto. Področje nadomestnega materinstva je danes urejeno z zakonom HFEA iz leta 2008. V Združenem kraljestvu poleg heterospolnih parov do nadomestnega materinstva lahko dostopajo tudi samski moški, samske ženske ter istospolni partnerji. Noben zakon Združenega kraljestva istospolnim partnerjem in samskim osebam uporabo nadomestnega materinstva ne prepoveduje, vendar pa tudi noben zakonodajni okvir tega ne podpira. Z aprilom 2015 so do pravice do porodniškega dopusta upravičeni tudi pari v postopku za nadomestno materinstvo. Čeprav nadomestno materinstvo v Združenem kraljestvu ni prepovedano, so tu določene nekatere zakonske omejitve. Tako je z zakonom prepovedano oglaševanje oseb, da potrebujejo nadomestno mater ali pa, da so pripravljene biti nadomestne matere. Prepovedano je tudi delovati kot posrednik za tržne namene nadomestnega materinstva. Nadomestno materinstvo v Združenem kraljestvu (imenovano tudi Surrogacy UK ali SUK-) tako deluje na neprofitni osnovi (Gamble, 2017; Natalie Gamble Associates, 2014). Podpora in izobraževanje za uporabnice nadomestnega materinstva sta v Združenem kraljestvu omejena, a se razvijata (VB-E). Strokovnjaki prav tako opozarjajo, da je za korist vseh udeleženih pomembno, da bi se nadomestno materinstvo pogosteje izvajalo v matični državi uporabnic (VB-A20).

Z uporabo MRT prihaja do popolnoma novih etičnih dilem, saj se s pomočjo nadomestnih mater lahko rodijo otroci, katerih biološki starši so pokojni in so lahko istočasno v sorodstvenem razmerju z nadomestno materjo. Z razvojem MRT moramo razviti nova razumevanja odnosov med vsemi, ki so v postopkih udeleženi.

5. Posmrtna uporaba spolnih celic

Z uporabo MRT prihaja do novih kompleksnih družinskih razmerij, saj omogoča rojstvo otrok ljudem, ki so že umrli. To je možno z uporabo shranjenih (zamrznjenih) spolnih celic moških in žensk. Ko so te zamrznjene spolne celice uporabljene v kombinaciji z nadomestnim materinstvom, so lahko ženske istočasno babice in mame rojenim otrokom in moški istočasno očetje in bratje rojenim otrokom. Ti dogovori za nadomestno materinstvo med družinskimi člani, prijatelji ali preko agencije (za nadomestno materinstvo) so v Združenem kraljestvu dovoljeni (Crawshaw, 2009: 272; VB-A). Še več, primeri iz Združenega kraljestva poročajo o primerih nadomestnega materinstva med družinskimi člani in rojstvo otrok moškim in ženskam, ki so že pokojni. O tem primeru je februarja 2015 poročal britanski časopis »The Daily Mail«. Ženska stara 59 let je želela roditi lastne

vnuke, saj naj bi jo hči pred svojo smrtjo (pri 23 letih) prosila, naj uporabi njena zamrznjena jajčeca in rodi njene otroke. Problem je bil, saj ženska ni pridobila soglasja hčere pred njeno smrtjo. Čeprav je v Združenem kraljestvu uporaba zamrznjenih spolnih celic po smrti osebe dovoljena le v primerih, ko oseba pred smrtjo izroči soglasje, so nekateri do danes uspešno pridobili dovoljenje za uporabo zamrznjenih spolnih celic brez soglasja pokojne osebe. V teh primerih pa ni skrb le soglasje, temveč tudi biološka razmerja. Tu je velik fokus na pokojno hčer, saj bo rojen »njen« otrok. »Moj, tvoj, najin« je način izražanja, ki kaže, komu otrok »pripada«. Ali je otrok, ki ga rodi ženska svoji pokojni hčeri, njen sin/hči ali njen vnuk/vnukinja? V Združenem kraljestvu je ženska, ki rodi otroka njegova mati in njen partner je oče otroka, se pravi bi bil v tem primeru po zakonu otrok njen in od njenega moža. Vendar pa je polovica genetskega materiala od pokojne hčere in s tem je starševstvo na podlagi genetskih vezi določeno. Angleški filozof John Locke (1690) pravi, da si na podlagi genetskih vezi ne moremo lastiti otroke kot »naše«, saj otrok pripada tistim, ki za otroka skrbijo. Kljub temu pa živimo v družbi, ki daje izjemno pomembnost na biološke vezi. Tako prihaja do nejasnosti, saj mislimo, da imamo na podlagi biologije? genov? kromosomov? pravico do otrok in nad njim. Tudi v tem primeru so se prioritizirala genetska razmerja nad drugimi aspekti starševstva, saj se ženska ne bi odločila roditi otroka svoje pokojne hčere, če ne bi dala velike pomembnosti biološkemu odnosu (Smajdor, 2015).

Številni verski sistemi posmrtno uporabe spolnih celic ne dovoljujejo. Po katoliški cerkvi posmrtno spočetje otroka deprivilegira za enega starša in tako to ni v njegovo korist. Ti postopki prav tako ukrivljajo naravni red, saj brez uporabe tehnoloških napredkov ne bi bili možni. Pokojni partner prav tako postane objekt, saj se od njega potrebuje le spolno celico in ne ljubezen in skrb (Richards, 2009: 51). Tudi islam teh postopkov ne sprejema, saj so ti otroci obravnavani kot nezakonski (Iqbal in Noble, 2009).

Mednarodne organizacije in strokovnjaki se strinjajo, da je psihološko-socialno svetovanje (o posledicah) izjemno pomembno v primerih nadomestnega materinstva, še posebej ko so med družinskimi člani ustvarjena kompleksna družinska razmerja zaradi izmenjave genetskega materiala (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 427; VB-A20). V psihološko-socialnem svetovanju je potrebno s posamezniki raziskati pomene nadomestnega materinstva ter jih podpreti pri odločitvah. Svetovanje mora biti ponujeno vsem udeleženi v nadomestnem materinstvu (pomemben del svetovanja je skupinsko

svetovanje) in mora svetovanje potekati skozi celoten proces (pred in med postopki kot tudi med nosečnostjo in po njej) (VB-A; VB-C). Pomembno je da se z uporabniki pred vstopom v postopke izvede vsaj pet svetovanj (k svetovanju povabi tudi partnerja in otroke) (VB-C1). Pred odločitvijo za nadomestno materinstvo je treba skleniti dogovor oziroma pogodbo o tem, kako bo vse potekalo med nosečnostjo. Pomembno je, da zdravje nadomestne matere ni ogroženo in je zato potrebno skleniti tudi dogovor o tem, kako ravnati v primeru izgube. Ženska, ki nosečnosti ne bi prekinila v nobenem primeru, tudi v primeru medicinskih zapletov, ni primerna za nadomestno materinstvo (VB-A8).

Kompleksna družinska razmerja so ustvarjena tudi v primeru, ko se prejemniki ter darovalci in darovalke spolnih celic odločijo, da bodo otroka vzgajali vsi in si s tem delili odgovornosti do otroka.

6. So-starševstvo in mitohondrijska donacija

So-starševstvo je v Združenem kraljestvu relativno nov koncept, saj pri vzgoji otroka sodelujejo tako darovalci in darovalke kot uporabnice spolne celice. V Združenem kraljestvu se za so-starševstvo pogosto odločijo istospolni pari (dve istospolni partnerici in dva istospolna partnerja) in samske ženske. Samske ženske se lahko odločijo za so-starševstvo z darovalcem moške spolne celice, saj želijo, da je v otrokovem življenju prisoten moški, ki ga delno vzgaja. Spolno celico lahko darujejo prijatelji, družinski člani ali tujci. Tiste uporabnice, ki si želijo so-starševstva in se želijo povezati z drugimi osebami, ki si to želijo, lahko poiščejo pomoč pri spletnih agencijah, ki povezujejo osebe z željo po so-starševstvu (na primer agencija »Coparents« iz Združenega kraljestva). Čeprav agencije uporabnikom ponujajo izjemne priložnosti, so spletne aplikacije lahko precej nevarne (Coparents, 2016; VB-C20; VB-D3; VB-A20).

Svetovanje (o posledicah in tveganjih) je pred odločitvijo za so-starševstvo zelo pomembno, saj morajo vsi udeleženi razumeti pomene in posledice so-starševstva, kot tudi morajo biti pričakovanja in dolžnosti vseh udeležениh jasna. Protokol Združenega kraljestva za svetovanje na področju so-starševstva določa, da je treba izpeljati vsaj tri svetovanja. Najprej se izvede individualno svetovanje (o posledicah) z darovalcem oziroma darovalko spolne celice, drugo svetovanje z uporabnicami, ki bodo spolno celico prejeli. Tretje svetovanje je skupinsko in se izvede z vsemi udeleženiimi v procesu so-starševstva. Pomembna razlika je tudi, ali je darovalec dober prijatelj para ali le nekdo, ki

so ga našli na spletni strani. Potencialno namreč lahko pride do situacije, kjer se ne prepirata dva starša, temveč štirje odrasli (ali vsaj eden izmed staršev ne bo srečen) in je zato potrebno pred sklenitvijo so-starševstva raziskati, kako bodo te situacije reševali. Zaradi tega navzkrižja glede pričakovanj je koristno, da udeleženi sklenejo sporazum (o pričakovanjih in dolžnostih) ali še boljše pravno zavezujočo pogodbo (saj sporazum ni pravno zavezujoč). Pri svetovanju vsak dobi priložnost, da razišče in jasno opiše svoja pričakovanja in morebitne ambivalentne občutke. Svetovalci vsem navzočim razložijo, da je svetovanje zaupno in se jih spodbudi, da se v teh individualnih in skupinskih svetovanjih o vsem čim bolj odprto pogovorijo. Nekateri pari želijo ta proces izpustiti, saj se želijo le osrečiti in ne razmišljajo o posledicah. Tu se določi, kdo je odgovoren za otroka, kdo ga bo finančno podpiral, kdo bo odločal o njegovi izobrazbi, kako bodo vzgajali otroka, kako bodo otroka pazili (saj ne živijo skupaj – možnost izmeničnega varstva otroka), kakšna bo dinamika med vsemi in podobno. S so-starševstvom lahko prihaja tudi do terminoloških in odnosnih izzivov. Problem lahko nastane, ko želita istospolni partnerici darovalca spolne celice klicati oče, čeprav ta po zakonodaji nima nobenih obveznosti do otroka, kot tudi sta na rojstnem listu otroka zapisani istospolni partnerici. Probleme lahko povzročajo tudi osebe, ki niso neposredno udeležene v so-starševstvu. Tako lahko istospolni partnerici in darovalec sklenejo dober sporazum in se razumejo, vendar pa problemi nastanejo z mamo darovalca, ki si želi vnuka in zato želi sodelovati pri varstvu otroka (ga voziti v park).

Psihološko-socialne svetovalke imajo običajno največ etičnih dilem glede vprašanj, ki zadevajo korist bodočih otrok. Združeno kraljestvo je za uporabnice izredno liberalno, saj dopušča uporabo postopkov, katerih rezultat so kompleksne družinske formacije, kot je »so-starševstvo«. V tem primeru se tri ali štiri osebe odločijo, da bodo starši enemu otroku. Nekateri svetovalci menijo, da je so-starševstvo zapleteno in rizično, saj lahko vodi do katastrofalnih zapletov in zato pred odločitvijo priporočajo temeljit premislek. Drugi svetovalci menijo, da so-starševstvo lahko dobro deluje v pravnem kontekstu, s pravo mero psihosocialnega in pravnega svetovanja ter dobro formulirano pogodbo (VB-A20; VB-C14; VB-C20; VB-B14).

Danes je uporabnicam na voljo tudi mitohondrijska donacija, ki vodi do kompleksnega razmerja, saj otrok svoj biološki material deli s tremi osebami. To darovanje temelji na ideji, »da bo otrok moj, mora imeti moje kromosome« (Smajdor, 2015). Slovenski mediji so 27. 9. 2016 poročali o rojstvu prvega otroka, ki se je v Jordaniji rodil z genskim

materialom treh staršev (ima DNK svoje matere in očeta ter majhen delež (0,1 odstotka) genetske kode DNK iz jajčeca darovalke). Otrok ima vso genetsko kodo po materi in očetu (barva las, oči, itd.). Znanstveniki so z novo metodo poskrbeli, da deček od matere ni podedoval Leighovega sindroma, ki je smrten. Čeprav tehnika omogoča pomoč številnim družinam z redkimi genetsko pogojenimi obolenji, je na tem področju potreben strog nadzor (A.V., 2016). Etične dileme so tako pogosto del uporabe postopkov MRT za vse, ki skušajo najti najboljšo rešitev za svoj problem.

8. Izkušnja neplodnosti in uporabe postopkov MRT

Izkušnja neplodnosti in vstop v postopke MRT za številne uporabnice predstavlja hudo psihološko, fizično, socialno in finančno obremenitev. Stiska, ambivalentni občutki, žalovanje, etične dileme in tesnoba so pogosto del procesa uporabe postopkov MRT. Nekatere uporabnice prav tako poročajo o eksistenčni krizi, občutkih nemoči (izguba kontrole) in problemih v partnerski zvezi, ki posameznicam popolnoma spremenijo življenje.

Raziskave poročajo, da neplodnost lahko vpliva na čustveno, socialno, duhovno, partnersko in finančno stabilnost v posameznikovem življenju. Posameznice se soočajo s številnimi neuspešnimi poskusi zanositve in drugimi neuspehi uporabe manj zapletenih postopkov pred vstopom v postopke MRT. Diagnoza neplodnosti, večletni poskusi zanositve na naraven način, pogostost prekinitve nosečnosti in neuspešnih postopkov MRT za pare predstavlja hud stres in lahko vodijo do številnih kriznih situacij v njihovem življenju. Travmo lahko povzročijo žalost, jeza, krivda, tesnoba in preobremenitev, ki so posledice neuspešnih postopkov in zgodnjih prekinitve nosečnosti (Paul idr., 2010; Daniluk, 2001: 442; Akizuki in Kai, 2008: 2739; Hashim, Soliman in Mansour, 2012).

Številni strokovnjaki opozarjajo, da se številne uporabnice z vstopom v postopke MRT soočajo z obširnimi in dolgotrajnimi psihološkimi, fizičnimi¹⁹ in socialnimi obremenitvami (z intenziteto in trajanjem postopkov se stiska viša). Želja po spočetju otroka in starševstvu je družbeni mejnik, ki označuje vstop v odraslost. Neplodnost je lahko za posameznika precej travmatična, saj skozi izkušnjo neplodnosti in uporabo postopkov MRT izzove posameznikov koncept zdravja, celostnosti in telesne integritete. Travma je tako okrepljena s kompleksnimi izgubami želja, identitete, ugleda in družbenih vlog (Petok 2006: 51; Blyth in Landau, 2009; Cousineau in Domar 2007; Van den Akker, 2005: 183; Verhaak, Smeenk, Van Minnen, Kremer in Kraaimaat, 2005: 2253; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 423; CSIG, 2009: 1–2; Paul idr., 2010).

Zaradi »mita o materinstvu« je za nekatere ženske imetje otroka izkušnja, ki daje pomen njihovem življenju in je povezana s pričakovanji, da jim bo le-to prineslo srečo in občutek izpopolnjenosti. Ker je dojenje, nosečnost in rojstvo otroka za ženske »naravno« in

¹⁹ Uporabniki gredo z vstopom v postopke MRT skozi hormonske injekcije, ultrazvočne preglede, semenske analize in druge invazivne postopke, kot je aspiracija foliklov (pridobitev jajčnih celic, ki so dozorele v foliklih (Hashim, Soliman in Mansour, 2012; Klerk idr., 2005; Klinični oddelek za reprodukcijo Ljubljana, 2016a).

povezano z njihovo identiteto (»ženstvenostjo«), se ženske, ki vstopijo v postopke MRT, lahko počutijo, da v tem procesu izgubljajo svojo »ženstvenost«. Ženske, ki se soočajo z neplodnostjo, morajo z reki, kot so: *»Nisem vedela, kaj je ljubezen, dokler nisem postala mati«*, živeti vsak dan, čeprav nimajo moža ali otrok (VB-B3; VB-D6). Izkušnja neplodnosti tako lahko pomembno vpliva tudi na identiteto uporabnika, ki ne more biti mati ali oče, saj se nekateri celostno vidijo le kot neplodne (Paul idr., 2010; DE-A8.1). Študije²⁰ o izkušnjah uporabnic kažejo, da se vsa ta stiska se kaže tako v fizičnih kot psihičnih simptomih (poročanje o zdravstvenih težavah, tesnobi, simptomih depresije, žalovanju zaradi izgube) ter na splošno z nižjo kakovostjo življenja v primerjavi z osebami, ki nimajo težav na področju reprodukcije, ali s tistimi, ki jim v času teh postopkov uspe zanositi. Strokovne smernice za psihološko-socialne svetovalke (BICA, 2012; CSIG, 2009) poudarjajo, da se ljudje pogosto soočajo s psihološkimi izzivi kot je nizka samopodoba in eksistenčna kriza (identitetna vprašanja) ter drugimi problemi tako v partnerskih odnosih (komunikacija, spolnost, intimnost) kot tudi odnosih z drugimi (družinski in socialni odnosi, odnosi na delovnem mestu). Vse to lahko vodi v izolacijo, stigmatizacijo (odkrito, prikrito) in duševno trpljenje (travma zaradi neplodnosti), ki posameznikom popolnoma spremeni življenje (Rutstein in Shah, 2004; Covington in Hammer Burns, 2006).

Strokovnjaki izpostavljajo, da posameznice katerim je skupna travma zaradi neplodnosti lahko potrebujejo veliko časa, da se prilagodijo na življenjske spremembe, ki so rezultat problemov z zanositvijo in odločitve vstopa v postopke MRT. Čeprav stiska s trajajočim obdobjem neprostoovoljnega ne-starševstva sčasoma popusti, občutki izgube najverjetneje trajajo vse življenje. Pomembno je, da uporabnice razširijo svojo identiteto zunaj neplodnosti in vidijo druge pozitivne vidike. V terapevtskem svetovanju je treba nameniti veliko pozornosti temu, da življenje ljudi poteka v eno smer, medtem ko se uporabnikovo življenje (neprostovoljno) v drugo smer. Pari tako lahko čakajo, da bodo imeli otroka in potem »začeli živeti« (več v poglavju »0«) (Paul idr., 2010: 139; Verhaak, 2003; Hirsch in Hirsch, 1995; VB-A3; VB-C4; VB-C1).

Ljudje lahko čutijo tesnobo in dvomijo o tem, ali jim bo uspelo dokončati načrtovane postopke. Upabnice so lahko zaskrbljene predvsem glede fizičnih stranskih učinkov

²⁰ Kot na primer: Daniluk, 2001; Van den Akker, 2005; Berghuis in Stanton, 2002; Verhaak, Smeenk, Van Minnen, Kremer in Kraaimaat, 2005; Fassino, Piero, Boggio, Piccioni, in Garzaro, 2002; Oddens, Tonkelaar in Nieuwenhuyse, 1999; Weaver, Clifford, Hay in Robinson, 1997.

uporabe postopkov MRT ali pa imajo strah pred iglami. Postopki MRT so za ženske, ki uporabijo lastne spolne celice ali te darujejo, lahko precej invazivni, saj morajo skozi nekatere invazivne postopke in morajo vzeti tudi številna zdravila, ki imajo lahko stranske učinke. V Nemčiji številne moške skrbi, da bodo postopki MRT za partnerke preveč invazivni in da jim procesa ne bodo mogli olajšati. Čeprav se uporabnice pogosto soočajo s številnimi neuspešnimi postopki in so skoraj v »sizifovem« boju z neplodnostjo (zajema dnevne injekcije, zdravila, hormone, številne krvne preiskave in druge postopke), pari pogosto ugotovijo, da je psihološka stran veliko težja kot fizična. Nemške, slovenske in britanske pare pogosto zelo skrbi, da bodo postopki MRT neuspešni in kaj storiti v tem primeru. Uporabnice pogosto ne vedo, katere postopke naj uporabijo, kateri postopki so jim na voljo in kateri od njih so zanje sprejemljivi. Pari se lahko počutijo, da so poskusili že vse in ne vedo več, kaj lahko še storijo. Uporabnice prav tako pogosto poročajo o etičnih dilemah glede uporabe postopkov z darovano spolno celico (več o tem v poglavju »15.1«) (Zoll in Tsigdinos, 2013: 19; SLO-A14; VB-A; VB-D10; DE-A).

K visokemu stresu pogosto prispeva kombinacija različnih faktorjev, ki privede do tega, da izkušnja za posameznika postane neobvladljiva. Smernice ESHRE (2015) izpostavljajo, da uporabnicam čustven stres v času uporabe postopkov MRT pogosto niha. Uporabnice največ stresa (predvsem tesnobe) doživijo ob neuspešnih postopkih, prekinitvah nosečnosti, mrtvorojenosti, postopkih aspiracije foliklov ter ob čakanju na rezultate postopkov (koliko jajčec se je oplodilo in ali je s prenosom zarodka prišlo do zanositve). V tem času je zato pomembna čustvena in kognitivna podpora uporabnicam (Hammarberg, Astbury in Baker, 2001; Boivin in Takefman, 1995; DE-A; VB-A; VB-C; VB-D). Spontane prekinitve nosečnosti niso zastrašujoče le za ženske, temveč tudi njihove partnerje. Višja kot je nosečnost ob prekinitvi, bolj travmatična je prekinitvev za par (več o travmatičnih izkušnjah v poglavju »Terapevtsko svetovanje«). Uporabnice se soočajo s številnimi skrbmi in strahovi glede uporabe postopkov MRT in je zato pomembno, da se jim ponudi prostor, v katerem lahko te občutke odprto raziščejo in o njih na glas spregovorijo. Uporabnicam je potrebno zagotoviti, da stres ne vpliva na uspešnost postopkov in ne povzroča neplodnosti, ampak to, kar počnemo, ko smo pod stresom (VB-A; VB-B8; VB-D).

Neplodnost je lahko povezana z drugimi travmatičnimi izkušnjami v življenju uporabnikov. Posamezniki lahko zaradi travmatičnih dogodkov in izgub v svojem življenju

(na primer skrb za hudo bolne starše do njihove smrti) prekinajo proces načrtovanja družine. Težave z zanositvijo so prav tako lahko posledica zgodovine z okužbami s spolno prenosljivimi okužbami (na primer klamidija) ali preteklih izkušenj z nasiljem. Do okužbe s spolno prenosljivo boleznijo je lahko prišlo s posilstvom. Uporabnica lahko celotno izkušnjo podoživi ob novici, da ima probleme z zanositvijo in zato potrebuje postopke IVF. Tako se more znova soočiti s preteklimi travmatičnimi izkušnjami in posledice reševati s pomočjo postopkov MRT z novim partnerjem (VB-A).

8.1. Nemoč, osama in žalovanje

Uporabnice se soočajo z nepričakovanimi izzivi in pogosto poročajo o izgubi kontrole nad svojim življenjem. Ljudje z vstopom v postopke nimajo nobenega nadzora in moči nad tem, kaj se v postopkih dogaja, saj so kontrolo predali tistim, ki razpolagajo z njihovimi spolnimi celicami v laboratorijih in zdravnikom. Tudi ponavljajoči se neuspehi zanositve s pomočjo postopkov MRT lahko vodijo v občutke nemoči. Čustveno stisko ljudi, ki vstopijo v postopke MRT in se ob tem počutijo popolnoma nemočni (kot da nič v njihovem življenju ni več pod nadzorom), najlažje opišemo z metaforo »čustvenega vrtiljaka«. Z uporabo postopkov MRT se neprekinjeno izmenjujeta upanje na zanositev (v plodnem obdobju ali po postopkih) ter razočaranje (lahko tudi obup), ko do zanositve ne pride. To obdobje je za posameznike fizično in čustveno zelo izčrpavajoče. Uporaba metafore vrtiljaka je tu primerna, saj človek v času, ko se vrtiljak vrti, ne more izstopiti in je posameznik zato nemočen (Imeson in McMurray, 1996: 1018; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 424; VB-C4; VB-A). Pomembno je, da svetovalec uporabnikom razloži, da dokler si želita otroka, bo ta stiska ostala in se nihanje razpoloženja lahko naučita le bolje obvladati (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010).

Medtem ko nekateri v času izvajanja postopkov postanejo pasivni in upoštevajo le nasvete zdravnikov (in drugega osebja), drugi zaradi želje po nadzoru iščejo čim več informacij in postanejo »mini profesorji«. Neplodnost za številne pare postane glavna tema, o kateri govorijo ter okoli katere organizirajo svoje življenje in izključijo druge pomembne dele iz svojega življenja (odpovejo se določenim športnim aktivnostim, druženju s prijatelji, ki imajo otroke, slikanju, igranju glasbila, hišnemu ljubljencu itd.). Prav tako prevzamejo popoln nadzor na področjih, kjer ga lahko in z željo po zanositvi pogosto spremenijo

prehranjevalne navade, prenehajo kaditi in uživati alkoholne pijače. Ko posamezniki spremenijo te navade, se posledično lahko odpovejo aktivnostim, ki so s tem povezane (na primer pitje piva po treningu nogometa, nočne zabave s prijatelji) – kar lahko vodi do socialne izolacije. Pari se lahko socialno osamijo tudi, ker ne najdejo več prostora v starih socialnih krogih (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010; VB-A; VB-C8.1). Pare, ki imajo otroke, pogosto povezujejo skupni življenjski dogodki in izkušnje (praznovanja, socialni dogodki in izkušnja starševstva).

Pari lahko v tem »vakuumu« živijo celo deset let (od 30. do 40. leta starosti) in v tem obdobju »izgubijo sebe«. Pomembno je, da se uporabnice spomnijo na dele, v katerih so uživali, preden so izkusili stisko zaradi neplodnosti in vstopili v postopke MRT in jih znova začnejo delati. Svetovalec mora pare podpreti, da se celotna situacija ne obravnava več kot projekt in da reflektirajo svoje življenjske cilje (družina, spiritualnost, prijateljstvo, socialni odnosi, delo, rekreacija, skupnost in podobno). Želja po otroku in starševstvu mora biti tako sorazmerna z drugimi cilji v posameznikovem življenju. S tem se sprosti veliko pritiska (uporabnice niso več neprestano v stresu in doživljanju visoke ravni tesnobe, depresije in adrenalina), ki celoten proces blokira. S tem se posamezniki izognejo izolaciji in usodi, da v središču njihovega življenja ostane le neplodnost. To je tudi nekakšen prehod iz partnerske zveze, ki še ni družina in je v pripravi, da to postane. Pomembno je tudi, da uporabnice znova dobijo moč z aktivnim sodelovanjem pri sprejemanju odločitev, ki se navezujejo na problem neplodnosti (raziskovanje alternativ, govor o mejah oziroma izdelava časovnega načrta glede trajanja in uporabe postopkov) (Več o tem v poglavju »Prenehanje uporabe postopkov MRT in raziskovanje alternativ«) (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 424; VB-A).

Številne uporabnice se soočajo s spremembami v socialnem okolju, saj izkušnja neplodnosti pomembno vpliva na interakcije s socialnim okoljem. Osebe za problem pri zanositvi pogosto izvedo šele v odraslosti in s tem odkrijejo, da pripadajo stigmatizirani skupini neplodnih. S tem novim stigmatiziranim jazom posamezniki občutijo nelagodje ob novih znancih (DE-B4, VB-A4). Erving Goffman (2008) piše o konceptu identitete stigmatiziranih oseb in njihovih medosebnih interakcijah in pravi, da znanci iz obdobja po stigmatizaciji posameznika lahko vidijo kot nekoga, ki je prizadet. Ljudje, ki so posameznika poznali, preden je bil stigmatiziran, so lahko navezani na predstavo o osebi, ki je bil nekoč. Tudi uporabnice ki se soočajo s problemom neplodnosti, stari in novi

znanci lahko ne zmorejo obravnavati s formalno obzirnostjo kot tudi ne s popolnim sprejemanjem. Študije poročajo, da se ženske med postopki zdravljenja neplodnosti soočajo z negativnimi socialnimi interakcijami, ki povečujejo intenziteto doživljanja stiske. Primer tega je neprimerna podpora in neobčutljive pripombe prijateljev in družine. Strokovnjaki opozarjajo, da to lahko vodi do socialne izolacije parov, ki je posledica stigmatizacije neplodnosti v družbi, pomanjkanja empatije s strani družine in prijateljev kot tudi neprimernih in negativnih odzivov socialnega okolja. To poveča intenzivnost doživljanja stiske zaradi neplodnosti in posameznikom ter posameznicam znižuje kakovost življenja (Imeson in McMurray, 1996; Callan in Hennessey, 1988; Verhaak, 2003; Allison, 2011; Akizuki in Kai, 2008).

Številni pari (še posebej moški) o svoji neplodnosti ne govorijo odkrito, saj se bojijo, da ne bodo razumljeni in se želijo izogniti neprimernim odzivom in tudi neprimernim nasvetom socialne mreže (Imeson in McMurray, 1996). Ljudje lahko zmotno predvidevajo, da so se pari prostovoljno odločili za življenje brez otrok, saj ne vedo, da se srečujejo z neplodnostjo (Akizuki in Kai, 2008; Allison, 2011). O tem pripoveduje tudi Carol Anne z Irske (Allison, 2011: 8): *»Ljudje predvidevajo, da imaš čudovito življenje – hišo, nič otrok in nobenega, za katerega bi te skrbelo. Vendar ne poznajo celotne zgodbe ... Celo zavidajo nam!!! Ko bi le vedeli, kako zelo mi zavidamo njim!«* Socialni krogi tako pogosto ne razumejo, zakaj so ženske brez otrok in jih sprašujejo, ali so se za to odločile same. Tovrstno vprašanje je bilo leta 2015 zastavljeno tudi prvi ministrici škotske regionalne vlade Nicole Sturgeon. Ministrica je izpostavila, zakaj je vedno ovrednotena glede na to, ali ima otroke ali ne, saj s tem, ko nima otrok, ni le »na pol ženska«, kot tudi z rojstvom otrok ne postaneš popolnoma »neprebojna« ženska (VB-D).

Nekateri se odločijo, da svoje izkušnje ne bodo delili s socialnim okoljem, saj lahko izkušnja neplodnosti predstavlja neuspeh. Veliko travmo lahko predstavlja tudi družbena omrežja, kot je Facebook, saj na njem ljudje neprestano objavljajo slike svojih otrok in so tudi vse teme povezane z otroki. Za nekoga, ki se sooča z neplodnostjo, je to (kar navzven deluje kot nepomembno) lahko vir jeze, žalovanja, razočaranja in lahko privede do občutkov, da niso del resnične družbe (VB-D6; VB-A6).

Številne strokovnjaki in strokovne smernice (ESHRE, 2001; CSIG, 2009), da uporabnice ne poročajo le o psiholoških obremenitvah, kot so izguba samozavesti, obup in nemoč,

temveč gredo tudi skozi proces žalovanja. Lesley Pyne (posameznica z izkušnjo neuspešne uporabe postopkov MRT ter strokovnjakinja nevro-lingvističnega programiranja v Združenem kraljestvu) je izpostavila, da je proces žalovanja pri ženskah videti kot kombinacija žalosti, osamljenosti, izolacije, obupa, jeze, izčrpanosti, frustracije, strahu, izgube, depresije, neuspeha, sramu, izgube samospoštovanja in samozavesti. S pomočjo tehnike nevro-lingvističnega programiranja uporabnice sprostijo negativna čustva in prepričanja, ki jih v življenju ovirajo in jim jemljejo moč. Uporabnice, ki žalujejo, gredo običajno skozi pet faz – zaničanje, jeza, pogajanje, depresija in sprejetje. Nekateri gredo skozi te faze hitro, drugi počasneje, medtem ko se nekateri ustavijo na eni izmed faz (pogosto pri depresiji oziroma žalosti). Ljudje žalujejo tako za otroki, ki jih ne bodo nikoli imeli (in jih nikoli ne bodo videli odrasčati), kot tudi za leti in denarjem, ki je izgubljen v procesu zanositve. Spontana prekinitev nosečnosti v prvem trimesečju je pogosto imenovana kot »nevidna izguba«, saj emocionalna in fizična navezanost na otroka za zunanji svet ni oprijemljiva. Lesley Pyne pravi, da je to ljudem težko razložiti, saj ti lažje izkažejo empatijo, ko je izguba resnična in otipljiva (na primer ko nekdo umre). Ljudje prav tako žalujejo nad prijatelji, ki so jih izgubili, saj jih niso razumeli (kot tudi niso zmogli biti z njihovimi otroki) ter izgubljeno samozavestjo. Nekaterim je žal za propadlimi partnerskimi zvezami, saj partnerja nista vzdržala vsega pritiska in stresa. Ženske žalujejo za tem, da jim ni uspelo doseči, da bi bili partnerji očetje in da bi starši postali stari starši. Žal jim je, da je njihova zgodba morala ostati skrivnost, saj družina, prijatelji in sodelavci ne bi razumeli čustvenega izliva, ko bi jim povedala o svoji stiski. Ljudje si prav tako lahko očitajo, da stvari niso izpeljali drugače, saj bi bilo v tem primeru vse bolje. Lesley Pyne pravi, da lahko traja desetletja, da ljudje sprejmejo svojo situacijo (tudi sama je potrebovala deset let), saj s tem sprejmejo sami sebe in dejstvo, da ne bodo nikoli starši. To lahko vodi do ponovnega cikla žalovanja. Z izgubo in žalovanjem se soočajo tudi posamezniki, ki so prišli do konca svoje plodnosti in so prestari, da bi imeli biološke otroke. V svetovanju lahko raziskujejo, kaj to zanje pomeni in kako si predstavljajo prihodnost. Starejše uporabnice prav tako lahko ob raziskovanju alternativ skrbijo, da so za otroke prestari. Da posameznik in posameznica žalovanje »ozdravi«, je pomembno, da svoja čustva prepozna in poimenuje kot žalovanje (Pyne, 2013; Hashim, Soliman in Mansour, 2012: 62; VB-C; VB-D). Z ljudmi, ki se soočajo z neplodnostjo je potrebno delati kot s primeri, ko ljudje izgubijo karkoli pomembnega v svojem življenju (smrt ljubljene osebe, prekinitev partnerske zveze, nedoseženi karierni cilji) (VB-D8.1).

Ljudje pogosto dobijo nezadostno ali neprimerno podporo in so zato pogosto prepuščeni samim sebi (lahko ne vedo, kje poiskati pomoč). Pogosto v tem obdobju ljudem ni na voljo nobeno svetovanje in podpora in zato je psihološko-socialno (terapevtsko) svetovanje zelo koristno v primerih žalovanja, izgube in depresije. Tudi podporne skupine so zelo pomembne, saj se ljudje povežejo z ljudmi, ki razmišljajo podobno kot oni in v kateri lahko (na pozitiven način) delijo svojo zgodbo. Za uporabnice je pomembno, da kljub bolečini in sramu najdejo pomoč in podporo. V teh kontekstih imajo osebe priložnost žalovanja in osebnostne rasti. Pomembna podpora skupina v Združenem kraljestvu je »Gateway Women«, ki je bila ustanovljena posebej za podporo žensk, ki se po postopkih pogosto počutijo zapuščene. Ustanoviteljica podporne skupine je Jody Day, ki se tudi sama sooča s socialno neplodnostjo (BICA, 2013: 4; Pyne, 2013; BICA, 2012; VB-C4). V Nemčiji so uporabnicam na voljo svetovalci in svetovalke, ki so specializirani za delo z žalovanjem. To svetovanje poteka v obliki 5–10 svetovanj (DE-B8.1).

8.2. Stiska in podpora pri moških in pri ženskah

Študije o neplodnosti in uporabi postopkov OBMP so najpogostejše osredotočene na izkušnjo žensk, zaradi česar je psihologija moških raziskana nezadostno. Številne raziskave poročajo, da predvsem ženske potrebujejo psihosocialne intervencije (ter več socialne podpore), saj težje obvladujejo dejstvo, da ne bodo mogle imeti otrok in tudi doživljajo več stresa kot moški. Ženske tako pogostejše tožijo o hujši osebni (višje ravni depresije, tesnobe, stresa), partnerski in socialni stiski kot moški (Lechner, Bolman in van Dalen, 2007; Hashim, Soliman in Mansour, 2012; Berghuis in Stanton, 2002; Verhaak, Smeenk, Van Minnen, Kremer in Kraaimaat, 2005). Študija Schmidt, Christensen in Holstein (2005), ki je potekala na Danskem v obdobju 2000–2001, je pokazala, da ženske pogostejše uporabljajo vse štiri strategije obvladovanja svoje stiske in tudi to naj bi bilo povezano s tem, da doživljajo večjo stisko kot moški (več o tem v poglavju »Strategije obvladovanja stiske zaradi neplodnosti«). Ker moški še vedno menijo, da lahko čustva premagajo sami, pogosto niso naslovljeni kot ciljna skupina za svetovanje (o posledicah neplodnosti). To kaže na to, da čeprav je neplodnost problem obeh partnerjev, moški postopke doživijo kot opazovalci in ženske kot udeleženke v postopkih (»pacientkin mož«) (Wischmann, 2013 str. 35, 36). To je lahko povezano s tem, da je v postopkih MRT žensko telo v središču vsega dogajanja in da ženske prevzemajo več odgovornosti za porod (kljub moški neplodnosti). Izkušnja neplodnosti je prav tako tesno povezana z žensko identiteto.

Marilyn Crawshaw (2009: 281) pravi, da so postopki MRT so eni izmed redkih postopkov, ko vanje vstopi fizično zdrav z namenom, da premaga bolezen drugega (in izpolni njegovo željo po starševstvu). Ženske gredo (čeprav je neploden moški) skozi invazivne postopke in čustvena tveganja – to pa ima posledice tudi na kariernem področju (ko si vzame proste dni v službi)

Čeprav nekatere študije poročajo, da se moški in ženske podobno prilagajajo na neuspešne postopke (čez čas oboji poročajo o manjši stiski), literatura zelo pogosto poudarja, da moški in ženske različno obvladujejo stres. Moški v času žalovanja pogosteje uporabijo strategije, ki so usmerjene na reševanje problema – s tem pridobijo občutek kontrole (»instrumentalen način žalovanja«). Ženske pogosteje žalujejo bolj intuitivno oziroma bolj čustveno (»intuitiven način žalovanja«). Instrumentalen način žalovanja pri moških je lahko rezultat družbenih pričakovanj (norme moškosti), saj se od njih pričakuje, da potlačijo svoja čustva in s tem podprejo svoje žene. Čeprav moški skušajo s to strategijo zaščititi svoje partnerke, to pri večini žensk ni v podporo oziroma ne deluje (Wischmann, 2013: 36; Cousineau in Domar, 2007: 297; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 424–425; Hashim, Soliman in Mansour, 2012: 72).

Čeprav ženske poročajo, da izkušnja neplodnosti predstavlja hudo krizo v njihovem življenju, pogosto lažje govorijo o svojih problemih z zanositvijo in posledično pogosteje prosijo sestro za darovano spolno celico (kot moški svojega brata ali očeta). Plodnost je pri moških globoko povezana s spolnostjo in zato težje priznavajo, da imajo probleme s kakovostjo semena. Psihološko-socialna svetovalka iz Združenega Kraljestva glede stiske moških pravi: *»Moški zelo, zelo težko prizna, da ima hude probleme s semenom, medtem ko je po mojih izkušnjah za žensko zelo normalno, da prosi svojo sestro za darovano jajčno celico. V Združenem kraljestvu je zelo neobičajno, da bi moški podobno prosil svojega brata, bratranca ali očeta. To za moške ni naravno, medtem ko so ženske tega bolj vajene, saj lažje vprašajo: »Ali si lahko sposodim?« To je zanje tako, kot če bi si sposodile par čevljev ali imele odprto diskusijo. Razlog za to je najverjetneje v tem, da se ženske bolj odprto pogovarjajo o plodnosti. Za moške to predstavlja težko temo, saj je povezana s spolnostjo ... Moški mora biti zares samozavesten, da prosi svojega brata za darovano spolno celico«* (VB-A6). Če ima moški problem z neplodnostjo, je tako pomembno raziskati, kako to vpliva na njegovo samozavest in ali o tem govori z družino in prijatelji. Moški namreč pogosto internalizirajo svoje občutke in s tem prikrijejo občutke izgube kot

tudi čustvene rane. Moški tako pogosto poročajo, da so v primerjavi z ženskami med postopki bolj socialno izolirani in imajo manj podpore po postopkih (testu nosečnosti, pričetkom stimulacije jajčnikov in punkciji foliklov). Prav tako pravijo, da se soočajo s težko situacijo, saj nimajo nobenega vpliva na uspešnost postopkov MRT. Prav tako lahko ne najdejo mesta v času nosečnosti in se počutijo distancirani od nosečnosti. V tem času je veliko lažje ženskam, saj so na svojo nosečnost ponosne in imajo v času nosečnosti kontakt z otrokom. Ta vez pomaga pri blaženju občutkov izgube in posledic dolgoletne neplodnosti. Zato je pomembno, da so moški v celoten proces izvajanja postopkov vključeni in da tudi vplivajo na odločitve (ESHRE, 2015; Snowden 1990, Abbey *et al.* 1991, kot navedeno v Paul idr., 2010: 134; VB-D5; VB-A).

Ko se par odloči za uporabo darovane moške spolne celice in partnerica zanosi, se moški lahko soočajo z neprijetnimi socialnimi interakcijami. Z zanositvijo partnerice mu lahko številni znanci in prijatelj izrekajo čestitke za nosečnost. Moški lahko ne vedo, kako se odzvati v teh situacijah, saj menijo, da si čestitk ne zaslužijo in se počutijo, da z zanositvijo partnerice niso imeli nič (VB-A7). Crawshaw (2009: 285) izpostavlja, da številni strokovnjaki opozarjajo, da nekateri moški občutke, ki se navezujejo na uporabo darovanih spolnih celic, potlačijo.

Številne raziskave poročajo tudi o tem, da so ženske, ki se soočajo z neplodnostjo, lahko občutljive glede informacij o nosečnosti drugih (ljubosumje, zavist). Ženske tako poročajo, da veliko bolj zaznavajo vozičke, noseče ženske in mlade družine v svojem socialnem okolju. Ta bolečina, ki je zunanjemu svetu nevidna (saj nihče ne ve za njihovo skrivnost), jih opominja na to, kar ne morejo imeti. Posamezniki in posameznice lahko mislijo, da se jim meša, ker čutijo bes vsakokrat, ko vidijo nosečnice in čutijo, da to ni prav. Za uporabnice so tako izjemno težke situacije, ki jih spominjajo na njihov problem neplodnosti (na primer družinska srečanja in noseče ženske) in je zato pomembno, da z informacijami o nosečnosti drugih ravnamo previdno. Svetovalci morajo parom razložiti, da je normalno, če se soočajo z ambivalentnimi občutki na rojstnodnevnih zabavah otrok in ob zanositvah prijateljev (občutki zavisti). Osebe pogosto krivdo usmerijo nase, saj občutkov besa ne umestijo, ga ne racionalizirajo in ne prepoznajo kot normalen proces žalovanja. Čeprav se posameznica ob novici, da je prijateljica zanosila, lahko počuti slabo, je za nadaljevanje dobrega odnosa pomembno, da se nosečnosti ne skriva. Skrivanje zanositve in razkritje v visoki nosečnosti lahko vodi v še večji šok. Posameznice se lahko v

času postopkov MRT povežejo z drugimi ženskami s podobnimi problemi. Ženske lahko ob zanositvi prekinajo kontakt z drugimi, zaradi česar te čutijo žalost, šok in jezo (Akizuki in Kai, 2008; ESHRE, 2001: 25; Pyne, 2013: 21; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 425; DE-B9; VB-B7; VB-C4). To kaže pripoved ženske stare 48 let: *»Mislim, da se je (druga oseba) počutila slabo, ker je zanosila prva in je zato mislila, da je bolje, da me ne kontaktira. Tako sem tudi jaz prekinila stik z njo. V postopkih IVF se vedno zdi, da so zmagovalci in zgube«* (Akizuki in Kai, 2008: 2741).

Mednarodna študija Mercka Serono (2010: 6) *»Starting Families«* v kateri je sodelovalo 10,045 udeležencev in udeleženk (83% žensk in 17% moških) iz Evrope (54%), Amerike (27%), azijsko-pacifiškega območja (16%) in drugod (3%) je pokazala, da imajo moški manjšo osebno željo (potrebo) po otrocih starševstvu kot ženske in v nasprotju s pričakovanji obenem pokazala, da se pogosteje soočajo s socialnim pritiskom, da postanejo očetje. Študija poroča, da čeprav imajo moški manjšo željo po očetovstvu kot je socialna norma, tem pritiskom pogosteje »podležijo« kot ženske. Študija tako interpretira, da so moški pogosteje očetje, da zadovoljijo socialne dolžnosti in ne da zadovoljijo osebne potrebe po očetovstvu.

Čeprav študije poročajo predvsem o stiski žensk, stiske moških ne smemo podcenjevati. Poglobljeni intervjuji z moškimi kažejo, da moški lahko doživljajo zelo hudo stisko (nizka samopodoba, tesnoba, socialna stigmatizacija, obdobje impotence), še posebej v primeru, ko se soočajo z neplodnostjo. Nekatere strokovnjakinje menijo, da se moški, ki imajo probleme z neplodnostjo s stigmatizacijo soočajo težje kot ženske (Cousineau in Domar, 2007: 297; Wischmann, 2013; VB-A6; VB-C8.1).

Čeprav vsako izgubo in neuspeh doživita oba partnerja in oba tudi prizadene, se psihosocialno svetovanje izvaja predvsem z ženskami. Psihosocialno podporo še vedno najpogosteje iščejo in uporabljajo ženske, medtem ko moški težje vstopijo v svetovalni proces in odprto govorijo o svoji izkušnji. Kljub temu, da so psihosocialne intervencije enako učinkovite in uporabne tako za moške kot tudi ženske, nekatere svetovalke menijo, da moški potrebujejo še več svetovanja kot ženske. Z odločitvijo in vstopom v (individualno) psihološko-socialno svetovanje so moški nad svetovanjem pogosto navdušeni, saj imajo pogosto prvič priložnost odprto govoriti o sebi (čustvenih obremenitvah) (Boivin, 2003: 2325; Wischmann, 2013; VB-D5; VB-A).

Pomembno je vprašanje, kako bi lahko dosegli, da bi moški pogosteje uporabljali storitve psihološko-socialnega svetovanja. Pri psihološko-socialnem svetovanju za moške je še posebej pomembno spodbujati aktivno obvladovanje situacij kot tudi uporabo strategij osmislitve (Peterson idr., 2012; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010; Martins, Peterson, Almeida in Costa, 2011: 2119). Strokovnjaki prav tako pravijo, da bi bilo svetovanje za moške bolj zanimivo, če bi pripravili izobraževalne zloženke ter psihosocialno podporo predstavili pred vstopom v postopke. Svetovanje bi moralo biti predstavljeno kot ključni del zdravljenja neplodnosti. Tudi direkten in osebni kontakt z moškimi uporabniki je pomemben ter izpostavitve potencialnih koristi svetovanja za oba partnerja. Moške bi k uporabi svetovanja lahko spodbudile tudi zgodbe drugih moških, ki bi reflektirale skrbi glede psihološko-socialnega svetovanja. Vsem uporabnikom (ne glede na vzrok njihove neplodnosti) bi moralo biti ponujeno brezplačno svetovanje. Psihološko-socialno svetovanje je za moške in ženske tako bolj zanimivo, če je transparentno, osredotočeno na par in prispeva k aktivizaciji njihovih virov in resursov (Wischmann, 2013). Tako je poleg individualnega svetovanja pomembno tudi partnersko svetovanje.

8.2.1 Težave v partnerski zvezi in psihološko-socialno svetovanje

Ko uporabniki v psihološko-socialnem svetovanju govorijo o načrtovanju družine, neizogibno govorijo tudi o svoji partnerski zvezi ter partnerski in družinski zgodovini. Neplodnost lahko pomembno vpliva na partnersko zvezo uporabnic, ki so v času uporabe postopkov MRT pogosto pod hudim pritiskom (CSIG, 2009: 6; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 423–424).

1. Komunikacija med partnerjema

Kako pari med seboj komunicirajo, je izjemno pomembno in čeprav dobra komunikacija med partnerjema lahko okrepi vezi za pare, je govor o čustvih zanje pogosto izziv. Moški in ženske se različno soočajo s stresnimi situacijami (fizično obremenjujočimi hormonskimi terapijami, čustveno stisko, spremembami v spolnem življenju) kot tudi drugače sprejemajo težke odločitve. Komunikacija med partnerjema pogosto poteka na način: ženska želi zaradi boleče izkušnje neplodnosti s svojim partnerjem govoriti o svoji bolečini in žalosti, medtem ko se partner ob tem čuti nemočnega in se umakne. Moški lahko s tem želijo zaščititi svoje partnerice, saj jih ne želijo obremeniti s svojo bolečino. To

pa lahko situacijo poslabša, saj se v času, ko se najbolj potrebujeta, polarizirata in izolirata. Številne ženske tako poročajo o nerazumevanju partnerjev in se zato s partnerji ne pogovarjajo več (to lahko vodi do ločitve para) (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 424–425; Pyne, 2013: 21).

Kako se en partner odziva na stanje/diagnozo neplodnosti je povezano s tem, kako se na to odziva drugi partner (Berghuis in Stanton, 2002). Z vstopom v postopke MRT se partnerja lahko soočata z negotovostjo in nestabilno situacijo, kar lahko vodi do konfliktov v partnerski zvezi. Partnerja sta kot na »čustveni tehtnici«, na kateri nihata z željo po ravnotežju. Tako se lahko v eni situaciji prvi počuti optimistično in drugi pesimistično, se v drugi situaciji počuti prvi pesimistično in drugi optimistično. Ko se prvi partner počuti zelo slabo in drugi zelo pozitivno, se lahko prvi prisili v boljše razpoloženje. Lahko pa posameznik meni, da je partner preveč optimističen in zato ta zniža svoj optimizem. Vse to ustvarja pritisk in konflikte, ki so za pare izčrpavajoči. Posledično pari pogosto drug ob drugem hodijo kot »po jajčnih lupinah« in so izjemno previdni. Čeprav se imajo partnerji zelo radi in bi si v tem obdobju radi stali ob strani, svetovalke svetujejo, da se v tem obdobju ne podpirajo, saj bi se le prizadeli. Tako je bolje, da si pari dajo prostor in ponudijo podporo le, če jo posameznik potrebuje. Pomembno je, da se partnerji podprejo in skušajo razumeti, še posebej ko eden izmed njih doživlja občutke tesnobe, ima solze v očeh in pritisk v prsnem delu. Istospolne partnerice so pogosto še strožje druga do druge v primerjavi s heterospolnimi partnerji. Kljub temu sprva menijo, da bo vse v redu (saj tu ni problema neplodnosti) z vstopom v postopke lahko doživijo občutke neuspeha. Tudi ko vsi postopki potekajo uspešno, jih lahko skrbi (občutki panike), da jih bo zaneslo (VB-B3).

Namen svetovanja je prispevati k izboljšanju komunikacije med partnerjema, z namenom utrditve njunega partnerskega odnosa in ne kritična intervencija (VB-A1). Če se partnerja naučita komunicirati drug z drugim in si v tem težkem času ostaneta blizu, lahko celotna izkušnja njuno zvezo celo okrepi. Svetovalci morajo ob konfliktih partnerjih ostati nevtralni glede obvladovanja stresne situacije moškega in ženske, identificirati njuno dinamiko v partnerskem odnosu in se zavzeti za bolj fleksibilno komunikacijo med partnerjema. Svetovalec paru lahko pomaga, da se naučita poslušati drug drugega, ne da vnaprej predvidevata, o čem bo partner govoril. Prav tako jima lahko pomaga, da postaneta pozorna na verbalno in neverbalno komunikacijo. Tehnika »govorjenja in poslušanja« je lahko za pare uporabna, saj je z njo lažje razumevanje o tem, kako se partner počuti. V

primerih, ko pride do pripisovanja krivde in obtoževanja med partnerji, je zelo uporabna tehnika »Jaz stavkov«, saj je osredotočeno na posameznikova opažanja, čustva, stališča in misli in ne na poslušalca. Ženska tako lahko na primer partnerju reče: *»V času postopkov MRT mi nisi bil v podporo, preprosto vseeno ti je zame.«* Na to se bo partner najverjetneje drugače odzval, kot če bi mu partnerka svoje misli opisala v obliki »Jaz stavka«: *»Počutim se zelo jezno, v času postopkov sem si želela, da bi mi stal ob strani.«* (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 425). V psihološko-socialnem svetovanju je potrebno raziskati kako neplodnost enega partnerja vpliva na partnersko zvezo in ali je teža oziroma obremenitev izvajanja postopkov razdeljena na obeh partnerjih (ali to nosi le eden izmed njiju) (VB-A3, VB-C1). Partnerji lahko ponudijo velik delež čustvene opore ženskam, ki se soočajo s stigmatizacijo (saj so brez otrok) in drugimi obremenitvami v času zdravljenja neplodnosti. Številni strokovnjaki izpostavljajo, da ženske, ki čutijo, da je njihov partner dosegljiv in odziven, doživijo manj stresa kot posameznice, pri katerih se jih partnerji izogibajo in se ne odzivajo na njihove čustvene potrebe (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010; Callan in Hennessey, 1988).

V primeru idiopatske neplodnosti (ko vzroki za neplodnost niso znani) morajo psihološko-socialni svetovalci s pari govoriti o subjektivni in dejanski etiologiji neplodnosti. To omogoča odkrivanje občutkov krivde ali depresivnih fantazij, da partnerja nista »prava« drug za drugega ali, da je eden izmed partnerjev »kaznovan« za dejanja, ki jih je storil v preteklosti. Kako uporabnik razume etiologijo, je pomembno povezano tako z mislimi in čustvi kot tudi samopodobo. Če je v partnerskem odnosu neploden le eden izmed partnerjev, je pomembno, da se neplodnost »eksternalizira«. Počutiti se krivega ni enako kot biti kriv. Pomembno je, da celotne krivde za situacijo ne nosi posameznik, ki se sooča z neplodnostjo in da ta sprejme le svoj del odgovornosti za problem, ki je paru skupen. Internalizacija *»sem zguba«* zamenja eksternalizirana *»ta situacija, ta usoda, je najin izziv.«* Občutki zavistnosti in krivde so v primeru, ko se moški sooča z neplodnostjo, pogosti, razumljivi in sprejemljivi. Številni strokovnjaki se strinjajo, da je psihološko-socialno svetovanje pomembno saj uporabnice najbolj potrebujejo normalizacijo njihove izkušnje (kriznih situacij), njihovih čustev in družine, ki je nastala s pomočjo postopkov MRT. Ljudje se lahko počutijo vse, razen normalne, in z normaliziranjem uvidijo, da niso edini, ki se tako počutijo. Svetovanje omogoča, da te občutke (prizadetosti, žalovanja, jeze, optimizma, upanja) izražajo v varnem prostoru. Upabnice si prav tako pogosto želijo, da se družina neprestano ne spominja centrov za reprodukcijo in zdravnikov ter s tem

neplodnost ostane del v preteklosti (DE-B9; VB-B7; VB-A18; VB-C; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 423–425; Covington in Hammer Burns, 2006: 12).

Pari, ki so v partnerskem odnosu enakopravni, poročajo o manjši depresiji in se na splošno boljše počutijo. Prav tako imajo v partnerskem odnosu manj konfliktov in so v zvezi pogostejše intimni. K večji enakopravnosti med partnerjema prispeva negovanje partnerskega odnosa, kakovostna medsebojna komunikacija, odkrito izražanje problemov in frustracij ter učinkovito vzajemno spoprijemanje s problematičnimi situacijami (Humer in Kuhar, 2013: 221, 232). Smernice ESHRE (2015) pravijo da so pari, ki imajo različne poglede na pomembnost starševstva (in druga socialna vprašanja), izpostavljeni večjim tveganjem za čustvene probleme, saj lahko kažejo nižje zadovoljstvo s partnersko zvezo kot tisti, ki imajo podobne poglede.

2. Spolnost

Uporabniki si z vstopom v postopke želijo, da do nosečnosti pride čim prej, in tudi predvidevajo, da bo z vstopom v postopke takoj prišlo do zanositve. Ko do nosečnosti ne pride, se soočajo z dodatnim bremenom, saj so se že pred vstopom v postopke soočali z izgubo in procesom žalovanja. Uporabniki prav tako o nosečnosti pogosto razmišljajo kot o nečem zelo osebnem in zato z vstopom v postopke pogosto poročajo o izgubi intimnosti (VB-C1). Številnimi uporabniki se ob uporabi darovane spolne celice soočajo s težkim dejstvom, da je postal center za reprodukcijo in darovalec spolne celice del intimnega dela partnerske zveze (VB-B3). Pari kar dvakrat izgubijo intimnost, prvič z vstopom v postopke MRT in drugič z načrtovanimi spolnimi odnosi, katerih glavni namen je spočetje otroka (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 425; VB-A4; VB-C1; DE-A4).

Zdravljenje neplodnosti ima tako pomemben vpliv na intimno življenje uporabnikov in je zato v psihološko-socialnem svetovanju potrebno posebno pozornost nameniti partnerski dinamiki, odnosu, izzivom, spolnosti in obvladovanju psiholoških in čustvenih obremenitev, ki so posledica tovrstnega procesa. Govor o spolnosti je pomemben del psihološko-socialnega svetovanja, saj raziskuje pomembnost in resnost težav v spolnosti in tudi raziskuje dejavnike, ki k temu prispevajo (depresija, stranski učinki zdravlil) (ESHRE, 2001: 8; VB-A; VB-C; DE-C).

Z vstopom v medicinske postopke pari ne namenajo veliko pozornosti in časa spolnim odnosom in se ob tem pari lahko počutijo napeto. V svetovalnem procesu uporabniki lahko govorijo o s tem povezanih negotovostih in potrebah po intimnosti. Uporabnikom je potrebno pomagati, da o spolnosti začnejo ponovno razmišljati kot o viru užitka. Da bi partnerja zopet začela uživati v spolnosti, jima svetovalec lahko priporoča, da za določen čas v plodnem obdobju ženske (dva ali tri cikle) uporabljata zaščito (na primer kondome) (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 425; ESHRE, 2001).

3. Ločitev partnerjev

Evropske smernice ESHRE (2015) pravijo, da so pari dve leti po neuspešnih postopkih MRT pogosto zadovoljni s svojo zakonsko zvezo. Kljub temu pa se tisti, ki po petih letih še vedno nimajo otrok, trikrat pogosteje ločijo, kot tisti, ki postanejo starši (po naravni poti ali s pomočjo posvojitve). Tako se pogosto predvideva, da je zaradi neplodnosti in uporabe MRT partnerska zveza pod hudim pritiskom.

Nekateri svetovalci se s trditvijo smernic ESHRE (2015) ne strinjajo in pravijo, da ti podatki temeljijo na rezultatih ene raziskave (raziskava s Finske) in da druge raziskave niso bile vključene. Ko pare skrbijo posledice neuspešnosti postopkov, jih nekateri svetovalci potolažijo, da je zaradi številnih premaganih življenjskih in emocionalnih kriz, ločitev manj (DE-B4). Dokazi o tem, da se partnerji pogosteje razidejo zaradi uporabe postopkov so zelo omejeni in je zato na tem področju potrebnih več raziskav. Nekateri strokovnjaki celo izpostavljajo, da so partnerske zveze z uporabo postopkov še močnejše. Kljub temu, da je to pri nekaterih parih res, še vedno ne vemo, ali se ljudje, ki imajo problem zaradi neplodnosti, ločijo pogosteje kot tisti, ki tega problema nimajo. Znano pa je, da se pogosto razidejo pari, ki zaradi neplodnosti posvojijo otroke. Ti pari se pogosto razidejo, saj ni uresničen njihov skupni cilj, da jim bo v postopkih uspelo in bodo imeli družino. Po neuspešnih postopkih lahko ugotovijo, da njihova zveza ni tako dobra, kot so mislili (VB-E4).

Uporaba postopkov partnersko zvezo emocionalno zelo obremeni. Partnerske zveze so s postopki IVF, prekinitvami nosečnosti, žalovanjem in drugimi preizkušnjami pod velikim pritiskom in zato ni neobičajno, da se ob uporabi postopkov MRT pari razidejo. Pritisk lahko izvajajo tudi starši, ki si želijo vnuke. Tudi ko se uporabniki s partnerjem razidejo in v postopke ponovno vstopijo z drugim partnerjem, pogosto ni nič lažje, saj je zveza

pogosto pod enakim pritiskom in zopet na robu razhoda. Svetovalec paru pomaga reflektirati, ali lahko skupaj nadaljujeta s postopki in kaj lahko naredita glede razdirajočih pritiskov na partnersko zvezo. Pomembno je, da je v teh primerih na voljo ustrezno svetovanje in seks terapija (VB-A, DE-A).

8.3. Strategije obvladovanja stiske zaradi neplodnosti

Kako se posamezniki in posameznice soočajo s problemom neplodnosti, pomembno vpliva na njihovo doživljanje stiske, občutke tesnobe, depresijo in proces žalovanja (Berghuis in Stanton, 2002; Van den Akker, 2005). Številni strokovnjaki izpostavljajo, da uporabnice glede na intenziteto stiske uporabijo tudi temu primerne strategije, s katerimi obvladujejo svojo stisko, skušajo prevzeti kontrolo nad svojimi življenji in urediti osebne, zakonske in socialne odnose (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010; ESHRE, 2015; Hashim, Soliman in Mansour, 2012). Smernice ESHRE (2001: 25–26) pravijo, da se uporabnice v nekaterih primerih in obdobjih pogosteje soočajo z več težavami in težje obvladujejo situacijo. Zaključevanje z uporabo postopkov je obdobje, ki je na primer pogosto stresno za večino uporabnikov (še posebej pri tistih z zgodovino depresije in tistih s primarno neplodnostjo, katerih glavni cilj v odraslosti je bil postati starš).

Uporabnice lahko na aktiven ali pasiven način skušajo ublažiti in rešiti stresno situacijo. Ker je življenje tistih, ki se soočajo z neplodnostjo, nenadzorovana situacija, uporaba določenega stila ne zagotavlja uspeha in sta tako lahko oba koristna. Kljub temu pa strokovnjaki priporočajo, da se ljudje aktivno soočijo s svojo situacijo, saj jo na ta način pogosteje bolj učinkovito obvladujejo. Svetovalka mora ustrezno intervenirati, da posamezniki začnejo obvladovati stisko na pozitiven način, tako da zmanjša intenziteto stiske. Uporabnikom, ki doživljajo visoko stisko, je treba omogočiti, da čustva izrazijo in identificirajo vzroke stiske (Berghuis in Stanton, 2002; ESHRE, 2001: 24; John, MacArthur 1998, kot navedeno v Hashim, Soliman in Mansour, 2012: 62; Schmidt, Christensen in Holstein, 2005: 1044–1045; Lechner, Bolman in van Dalen, 2007: 289).

Pogoste strategije obvladovanja tistih, ki se soočajo z neplodnostjo, so:

1. Strategije aktivnega izogibanja (angl. *active-avoidance strategies*):

Na primer izogibanje nosečih žensk in otrok, hazardiranje, zloraba alkohola, drog ter zadrževanje čustev v sebi. Izogibanje lahko za deluje kot dobra strategija, s katero se

izognejo bolečini in soočanju, vendar pa izogibanje situacijam oziroma prostorom (kot na primer zabavam ob rojstvu otrok, porodnišnicam) lahko pomaga le kratek čas, saj vodi v izolacijo kot tudi pomanjkanje družinske in socialne podpore. Moški se prav tako lahko aktivno izogibajo temi, ki se navezuje na reprodukcijo, saj govor o otrocih in nosečnosti povečuje stres. Strategije aktivnega izogibanja pogosto uporabljajo ljudje, ki se soočajo s hudo obliko (partnerskega, socialnega) stresa. Svetovalec mora uporabnikom pomagati, da ne bi uporabljali strategije aktivnega izogibanja in »bežali« pred lastnimi čustvi in bi se vedli bolj konstruktivno (Martins, Peterson, Almeida in Costa, 2011: 2119; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 425; Verhaak in Hammer Burns, 2006: 186; Schmidt, Christensen in Holstein, 2005: 1045; ESHRE, 2015).

2. Strategije pasivnega izogibanja (angl. *passive-avoidance strategies*):

To strategijo uporabljajo uporabnice, ki upajo, da se bo zgodil čudež. Prav tako so prepričani, da so brez moči in da lahko le čakajo. Pasivno obvladovanje stiske je pogostejše prisotno pri tistih, ki doživljajo hudo stisko. S strategijo pasivnega soočanja posameznik lahko doživi še več osebne, partnerske in socialne stiske (Hashim, Soliman in Mansour, 2012; str. 71; Verhaak in Hammer Burns 2006: 179; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010).

3. Na čustva usmerjene strategije (angl. *emotion-focused coping strategies*):

Ljudje skušajo obvladovati čustvene posledice stresnih ali potencialno stresnih dogodkov. Ljudje skušajo izraziti negativna čustva, iščejo socialno podporo ali skušajo čustva obvladati s samokontrolo in se z njimi soočiti na miren način. Ko ljudje o svojih čustvih govorijo z drugimi, običajno doživljajo nižje ravni stresa (Verhaak in Hammer Burns, 2006: 186; Schmidt, Christensen in Holstein, 2005: 1044–1045; ESHRE, 2015).

4. Strategije usmerjene v reševanje problema (angl. *problem-solving strategies*):

Ta strategija je nasprotna strategijam, ki so usmerjene na čustva, saj posamezniki na zavesten način rešujejo problem, zbirajo informacije in načrtujejo ukrepe ter alternativne možnosti. Moški pogosto zbirajo informacije o alternativnih možnostih in se udeležujejo športnih aktivnosti. Moški in ženske to strategijo pogosto uporabijo, ko ne doživljajo zelo visokih ravni stresa (Verhaak in Hammer Burns, 2006: 186).

5. Strategije osmislitve (angl. *meaning-focused coping strategies* ali *meaning-based strategies* ali *appraisal-focused coping*):

Oseba skuša na novo definirati pomene stresne situacije z logično analizo, kognitivno redefinicijo. To je pomembno razmišljanje o neplodnosti na pozitiven način (na primer osebna rast) in iskanje drugih ciljev v življenju. Uporabniki lahko v tem obdobju uporabljajo duhovna prepričanja in prakse. Strategije osmislitve pogosteje uporabljajo ženske. To strategijo prav tako pogosto uporabljajo tisti uporabniki, ki ne doživljajo tako visoke stiske (Verhaak in Hammer Burns, 2006; ESHRE, 2015). Ta način soočanja lahko spodbuja svetovalec z zastavljanjem vprašanj, kot so: »Ali je kaj pozitivnega v vaši izkušnji? Ali je ta izkušnja na kakršen koli način okrepila vašo zvezo? Ali se je v tem času zgodilo kaj, zaradi česar bolj pozitivno razmišljate o sebi ali svoji zvezi?« (Verhaak in Hammer Burns, 2006: 186).

Na to kako ljudje obvladujejo svojo stisko, pomembno vplivajo tudi socialne interakcije in socialna podpora. To pa je možno pridobiti le, če uporabnice odprto govorijo o svoji izkušnji.

9. Razkritje neplodnosti in podpora socialne mreže

Kljub prednostim socialne podpore je potrebno odgovoriti na vprašanja: Ali je ta v življenju uporabnikov na voljo? Kakšna so pričakovanja uporabnic glede podpore in kakšne bi bile morebitne posledice razkritja?

Socialna podpora ter podpora partnerja/partnerice in družine lahko neposredno zmanjša stres in prispeva k temu, da se uporabnice lažje soočajo z izzivi, ki jih prinaša izkušnja neplodnosti. Podpora je pomembna tako za uporabnice, ki so še v postopkih MRT, kot tiste, ki so nad njimi že obupali. V času zdravljenja neplodnosti podpora lahko predstavlja pomemben vir, ki uporabnice podpre pri vztrajanju v postopkih MRT. Če posamezniki ne dobijo (zadostne) socialne podpore, lahko doživijo še večjo stisko. Zadostna socialna podpora tako lahko deluje kot protiutež negativnim učinkom, ki so rezultat neuspešnih stilov soočanja z nastalo situacijo (Lechner, Bolman in van Dalen, 2007; Martins, Peterson, Almeida in Costa, 2011: str. 2120; ESHRE, 2001: 26; Akizuki in Kai, 2008: 2741; Daniluk, 2001: 446).

Jacky Boivin (sovoditeljica študije »Starting Families« 2009–2010) pravi, da morajo uporabnice odpraviti tabu in začeti govoriti o svoji izkušnji neplodnosti z bližnjimi, da bi lahko začeli z zdravljenjem (Serono, 2010). Pred spodbujanjem ljudi naj družini (in drugim) razkrijejo svojo situacijo zaradi neplodnosti. Narediti je treba temeljitejšo analizo družinske dinamike vsakega partnerja. S tem se izognemo možnosti, da bi spodbujali podporo tam, kjer ni na voljo. Svetovalci morajo uporabnikom pomagati razviti realistična pričakovanja glede podpore ljudi v njihovi socialni mreži (in drugih pomembnih oseb v njihovem življenju) (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 425; Martins, Peterson, Almeida in Costa, 2011: 2119). Svetovalci poudarjajo, da mora biti razkritje premišljeno in izvedeno le, če bo to v korist paru (ju ne bo dodatno obremenilo) in če vedo, da jih bodo ljudje podprli. Uporabnice ob tem ne smejo čutiti nikakršnega pritiska in se morajo za razkritje odločiti le, če se ob tem počutijo popolnoma prijetno. Tako lahko pride tudi do situacije, ko je le eden izmed partnerjev naklonjen razkritju.

Uporabnice, ki se soočajo z neplodnostjo in vstopajo v postopke MRT, pogosto ne vedo, komu zaupati svojo izkušnjo. Tako ne vedo, ali naj o svoji izkušnji povedo na delovnem mestu, družini in prijateljem. V psihološko-socialnem svetovanju je tako pomembno raziskati, komu, kdaj in kako bodo uporabnice povedali o svoji izkušnji o neplodnosti in

uporabi postopkov MRT. Pomembno je, da raziščejo s tem povezane občutke, morebitne posledice razkritja in možnosti (VB-A; VB-C; DE-A5; DE-B4).

Uporabnice so včasih prisiljeni o svoji neplodnosti in uporabi postopkov MRT povedati na delovnem mestu, saj postopki od njih zahtevajo veliko časa in so posledično pogosto službeno odsotni. Tudi smernice ESHRE (2015: 18) pravijo, da 6 od 10 uporabnic poroča, da so zaradi uporabe postopkov MRT odsotni z delovnega mesta. Tako je lažje, če uporabnik zaprosi za dopust. Zelo težke situacije, ko uporabnice menijo, da bo z razkritjem njihova služba ogrožena in zato na delovnem mestu ne želijo razlagati o svoji neplodnosti in uporabi postopkov MRT. Kljub temu pa nekateri svetovalci uporabnicam svetujejo, naj v službi ne povedo, saj jim grozi nevarnost, da bi službo izgubili (VB-A3; VB-C6; DE-B4).

Nekateri uporabniki so zelo naklonjeni ideji o razkritju (pogosto uporabnice iz Združenega kraljestva) in si zato želijo svojo izkušnjo in stisko deliti z drugimi (Abbey *et al.* 1991, kot navedeno v Lechner, Bolman in van Dalen, 2007: 289; Daniluk, 2001; VB-A6.1). Mednarodna študija Mercka Serono je prav tako pokazala, da so ženske pogosteje bolj naklonjene delitvi svoje izkušnje (s pomembnimi drugimi) (Serono, 2010: 8). Svetovalci, opozarjajo na številna tveganja, ki nastanejo, ko se uporabnice odločijo svojo izkušnjo razkriti širšemu krogu ljudi. Odločitev namreč lahko pozneje obžalujejo, saj če pride do neuspehov (neuspešni postopki ali spontane prekinitve nosečnosti), lahko ne želijo številnim radovednim in zaskrbljenim posameznikom pojasnjevati, kaj se jim je zgodilo. Tisti, ki so sprva odprto govorili o svoji izkušnji z vsemi, z naslednjim vstopom v postopke to pogosto povedo le eni osebi, ali pa celo nobeni (VB-A6.1). Odločitev za razkritje prav tako pomembno vpliva na okolje, v katerem bo otrok odrasel. Otroci v odraslosti lahko zelo cenijo zasebnost in lahko ne želijo, da vsi vedo, da z darovalcem spolne celice deli del genetskega zapisa. Čeprav je pomembno, da v družini na tem področju ni nikakršnih skrivnosti (ali s tem povezanim sramom), je pomembno tudi to, da se bodoči starši zavedajo, da je to področje za otroka zelo osebno (VB-A18). Tudi razkritje ožjemu krogu družine lahko za par pomeni dodatno obremenitev, saj so starši lahko zaskrbljeni, da so se njihovi otroci odločili za uporabo postopkov MRT (DE-A6.1). Nekatere svetovalke svetujejo naj v času razkritja uporabnice ostanejo v obrambni poziciji, saj sogovorniki lahko postanejo narcisoidni, ko predelujejo prejeto informacijo. Sogovorniki o svojih občutkih morda ne želijo govoriti ali pa imajo ogromno vprašanj o reproduktivnih centrih

in stroških. Ti lahko ne razumejo, zakaj so zapravili toliko denarja za postopke in niso izbrali druge možnosti. Lahko so tudi zaskrbljeni glede počutja parov in jih skrbi, ali so sedaj po postopkih zares v redu. Nekateri pari se odločijo, da bodo o uporabi postopkov povedali po zanositvi (ali po neuspešnih postopkih MRT). Kljub veseli novici o zanositvi se sorodniki in prijatelji lahko odzovejo s šokom in jezo, da jim par ni prej povedal o postopkih MRT. Prijateljem je lahko žal, da jim v času izvajanja postopkov niso mogli nuditi opore. Obenem pa se prijatelji (iste starosti) lahko soočajo z občutki jeze, saj sedaj vedo o problemu neplodnosti in jih skrbi, da bi doletela tudi njih (VB-B6.1).

V nekaterih primerih je lahko bolje, da se izkušnja ne deli z vsemi in ostane osebna, saj ko se enkrat pove, se besede ne more več vzeti nazaj (VB-A6.1; VB-C6.1; DE-B6.1). Svetovalci uporabnicam priporočajo, naj drugim preprosto razložijo, da se soočajo s problemi osebne narave in da bodo o tem razložili več, ko bodo pripravljeni (oziroma ko bo prišlo do sprememb). V primeru razkritja izkušnje prijateljem lahko razložijo, da od njih ne potrebujejo nasvetov, temveč le nekoga (zunaj partnerske zveze), ki jih bo poslušal (DE-B).

Hirsch in Hirsch (1995) sta ugotovila, da več časa, kot je minilo od soočenja z dejstvom, da par ne bo mogel imeti otroka, več podpore ti dobijo. To je lahko rezultat tega, da se ljudje naučijo živeti s to zapuščino in se tudi naučijo, kako njihovo izkušnjo vključiti v socialno okolje (Lechner, Bolman in van Dalen, 2007: 292).

Prijatelji in družina lahko sčasoma uporabnic ne želijo več poslušati in je zato pomembno, da psihološko-socialno svetovanje nudi prostor za odprt pogovor (VB-D8.1). Socialna podpora je vir moči za psihološko-socialne svetovalce, ki se trudijo uporabnice navigirati skozi težko življenjsko situacijo. V nekaterih primerih je tako koristno, da se k svetovanju povabi tudi druge člane socialne mreže uporabnic. Psihološko-socialno svetovanje lahko prispeva k razvijanju konstruktivnih odnosov med njimi. (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 425; Akizuki in Kai, 2008: 2742; Martins, Peterson, Almeida in Costa, 2011: 2120).

10. Razlika med psihološko-socialnim svetovanjem in zdravstveno oskrbo osredotočeno na pacienta

Pogosto vprašanje je kdo naj nudi psihološko-socialno podporo uporabnicam, ki se odločajo za uporabo postopkov MRT, ter kakšna je razlika med psihološko-socialnim svetovanjem in zdravstveno oskrbo? Pomembno vprašanje je tudi kateri pogoji morajo biti izpolnjeni, da je uporabnicam zagotovljena celostna, specializirana in kakovostna podpora.

Ko je socialno delo integrirano v medicinske kontekste, prihaja do terminološkega izziva, saj medicinski diskurzi govorijo o »pacientih« ali »bolnikih«, medtem ko socialni diskurzi govorijo o »uporabnikih«. V nadaljevanju bom uporabljala izraz »pacient« le tam, kjer tudi strokovna literatura uporablja ta izraz (na primer smernice ESHRE 2015).

Države so različno poimenovalе svetovalce, ki izvajajo psihološko-socialno svetovanje za (bodoče) uporabnice MRT in tiste, ki se soočajo z neplodnostjo. V Sloveniji tovrstno svetovanje izvajajo psihologi in socialni delavci. Svetovanje se v Sloveniji imenuje »psihološko-socialno svetovanje«, svetovalci pa so »psihološko-socialni svetovalci«. V Združenem kraljestvu se svetovalci imenujejo »svetovalci za neplodnost« (angl. *infertility counsellors*), svetovanje pa se imenuje »svetovanje za neplodnost« (angl. *infertility counselling*). V Nemčiji se svetovalci imenujejo »psihosocialni svetovalci za neplodnost« (nem. *Psychosoziale Unfruchtbarkeitsberater*), svetovanje pa se imenuje »psihosocialno svetovanje za neplodne« (nem. *Psychosoziale Kinderwunschberatung*). V Sloveniji zakon ZZNPOB (2000) govori o psihološko-socialnem svetovanju in zato tudi jaz govorim o psihološko-socialnem svetovanju.

Z dokazi o pomembnosti psihosocialne podpore se postavlja vprašanje, kdo naj jo izvaja – zaposleni v reproduktivnih centrih in/ali za to posebej strokovno usposobljeni psihološko-socialni svetovalci?

Čeprav posamezniki, ki se soočajo z neplodnostjo, strokovno pomoč iščejo zaradi travme, ki je rezultat želje po otroku, pomoč najpogosteje poiščejo v centrih za reprodukcijo – pri zdravnikih in zelo redko pri psihološko-socialnih svetovalcih. Kljub psihološkim vprašanjem je tako problem neplodnosti skoraj v celoti osredotočen na medicino, saj centre najpogosteje vodijo zdravniki. Ker MRT uporabnikom ponuja rešitev, da postanejo starši otroku, je razumljivo, da imajo medicinski vidiki zdravljenja neplodnosti večjo

pomembnost kot psihološko-socialno svetovanje (ESHRE, 2001). Kljub temu pa številna vladna, medicinska in občinska združenja svetovanje priporočajo vsem, ki se soočajo z neplodnostjo (Boivin, 2003: 2325).

Strokovnjaki iz več evropskih držav so leta 2001 objavili smernice za psihološko-socialno svetovanje pod okriljem ESHRE. Izpostavili so, da morajo tudi zaposleni v reproduktivnih centrih nuditi oskrbo, ki je osredotočena na bolnika, vendar pa le strokovno usposobljeni posamezniki lahko izvajajo psihološko-socialno svetovanje (ESHRE, 2001). Do sedaj so bile posledično vse smernice razvite predvsem za strokovno usposobljene psihološko-socialne svetovalce in druge strokovnjake s področja duševnega zdravja. Smernice ESHRE 2001 so bile dolga leta glavna referenčna točka psihološko-socialnim svetovalcem, ki so želeli ponuditi strokovno in kar se da najboljšo psihosocialno podporo uporabnicam. Psihosocialna oskrba tako ni bila rutinizirana in je ostajala domena strokovnjakov, ki so bili s področja duševnega zdravja posebej usposobljeni. Medicinsko osebje (zdravniki) je bilo tako zadolženo za nudenje informacij o medicinskih postopkih, psihološko-socialni svetovalci pa so bili zadolženi za informiranje o socialnih in čustvenih posledicah zdravljenja neplodnosti in uporabe MRT. To se je z letom 2015 spremenilo, saj je ESHRE prvič razvil (s pomočjo skupine strokovnjakov: psihologov, dveh zdravnikov, predstavnikov pacientov, babic in strokovnjakov za metodologijo) in financiral strokovne smernice za vse osebje, ki je zaposleno v reproduktivnih centrih (zdravnike, medicinske sestre, babice, socialne delavce, psihologe, administrativno osebje). Po teh smernicah rutinsko psihosocialno oskrbo kot tudi psihosocialne intervencije lahko izvaja osebje zaposleno v centrih brez dodatnega strokovnega usposabljanja na področju duševnega zdravja in brez prisotnosti (in intervencij) strokovnjakov, ki so za psihološko-socialno svetovanje posebej usposobljeni (na primer psihosocialni svetovalci, psihologi, psihiatri) (ESHRE, 2015; ESHRE, 2001; Blyth, 2012). Evropske smernice ESHRE (2015) so bile tako razvite tudi za vse medicinsko osebje zaposleno v centrih in zagovarjajo, da dodatna podpora in intervencija psihološko-socialnih strokovnjakov (svetovalcev, psihologov, psihiatrov) v obsegu rutinskih postopkov ni nujno potrebna. Te smernice so tako pomembno orodje zaposlenim v slovenskih bolnišnicah, saj osebju primanjkuje znanja kot tudi drugih smernic, ki bi bile razvite posebej v ta namen in na katere bi se pri svojem strokovnem delu lahko oprli.

Psihološko-socialno svetovanje se od zdravstvene oskrbe osredotočene na pacienta razlikuje, saj zahteva strokovno usposobljene strokovnjake (psihologi, socialni delavci), ki so za to področje specializirani in lahko naslovijo psihološke in socialne izzive, s katerimi se posamezniki in posameznice s problemom neplodnosti srečujejo (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 423; ESHRE, 2001: 10).

Smernice ESHRE (2015, 2011) izpostavljajo pomembnost intervencij, ki pomagajo pri zmanjšanju stresa in njegovem boljšem obvladovanju. Pomembno je, da psihološko-socialne svetovalke nudijo psihosocialne intervencije in skušajo nasloviti izredne potrebe uporabnikov. Tisti, ki se soočajo z visokim stresom, v procesu psihološko-socialnega svetovanja dobijo prostor, da o svojih čustvih govorijo in identificirajo vire stresa. Tu raziščejo tudi, katere situacije (osebne, socialne, uporaba določenih postopkov) lahko prispevajo k dvigu visokega stresa.

10.1. Svetovanje medicinskega osebja – na pacienta osredotočena oskrba

Evropske smernice ESHRE (2001, 2015) izpostavljajo, da mora biti psihosocialna oskrba odgovornost vseh zaposlenih, ki imajo kontakt z uporabnicami v centrih za reprodukcijo. V postopkih zdravljenja neplodnosti se zdravniki pogosto ne ukvarjajo samo z vprašanji medicinske narave, temveč tudi s psihološkimi vprašanji in stiskami uporabnikov. Centri za reprodukcijo bi tako morali poleg zdravstvenih potreb, nasloviti tudi psihosocialne in čustvene potrebe uporabnikov.

Zdravniki in medicinske sestre uporabljajo psihosomatske in psihosocialne modele, ki spodbujajo oskrbo, ki je osredotočena tako na medicinski kot tudi čustven del. Zdravniki zaposleni na reproduktivnih centrih izpostavljajo, da je človek celota, ki je ni mogoče ločiti na psihološki in medicinski del in je zato pomembna psihosomatska obravnava (psiho = duša + soma = telo). Tudi smernice ESHRE 2001 in 2015 pravijo, da mora biti ponujena oskrba, ki je osredotočena na pacienta saj je povezana z njihovim boljšim počutjem (zmanjšanje uporabnikovega stresa in skrbi glede postopkov). Na pacienta osredotočena oskrba (angl. *patient-centered care*) je v številnih državah (kot na primer Nemčija in Švica) del psihosocialne oskrbe, ki je rutinsko izvajana v centrih in del postopka zdravljenja neplodnosti. V Nemčiji so zdravniki usposobljeni za izvajanje osnovne psihosomatske oskrbe in so najbolj odgovorni za (obvezen) psihološki in medicinski del

svetovanja. Medicinskim vprašanjem običajno namenijo 15 minut in psihološkim 10 minut. Z vsako odločitvijo uporabnikom se zastavljajo nova psihološka vprašanja, ki jih je treba evidentirati v poročilih (DE-B; DE-C). Naloga zdravnika je tako, da zagotovi, da je psihosocialna podpora del medicinske oskrbe in naslovi najbolj pogoste potrebe uporabnikov. To oskrbo morajo skozi celoten proces nuditi tudi drugi člani medicinske ekipe. Osebe zaposlene v centru v Nemčiji uporabnikom najprej ponudi osnovno čustveno podporo, ki od osebja zahteva obvladanje osnovnih komunikacijskih veščin. Medicinsko osebje mora biti tako kvalificirano ne le za nudenje oskrbe, ki je osredotočena na pacienta, temveč mora imeti tudi osnovno znanje o psihosocialnem svetovanju ter osnovno razumevanje psihosocialnih težav, ki so povezane z neplodnostjo (ESHRE, 2001; ESHRE, 2015; DE-A15). Tudi nemški in britanski psihološko-socialni svetovalci, ki so bili intervjuvani v raziskavi, se strinjajo, da bi moralo biti osebje, zaposleno v reproduktivnih centrih, bolje usposobljeno glede psiholoških vprašanj (DE-C26; DE-A17; VB-D16). Zaposlenim so lahko v pomoč smernice ESHRE (2015), saj z njihovo pomočjo osebje lažje naslovi uporabnikove skrbi, potrebe in želje.

Pomembno je, da zdravnik, poleg medicinskih problemov, pozna tudi posameznikovo izkušnjo z neplodnostjo, kako neplodnost vpliva na partnersko zvezo in spolne odnose in kako obvladujeta situacijo (da sta brez otroka) v partnerski zvezi kot tudi zunaj nje (na primer na delovnem mestu). Smernice ESHRE 2015 pravijo, da morajo zaposleni poznati potrebe uporabnikov na različnih stadijih zdravljenja neplodnosti, saj se te v času izvajanja postopkov spreminjajo. Zaposleni v centrih morajo upoštevati, v katerih obdobjih so uporabnice izpostavljene večjim obremenitvam. Tovrstna oskrba uporabnicam nudi podporo tudi v stresnih situacijah (na primer po negativnem testu nosečnosti) in tudi zagotavlja, da so ljudje obravnavani kot posamezniki (in ne kot biološka statistika), in tudi olajšuje komunikacijo med osebjem in bolniki (ESHRE, 2001; ESHRE, 2015).

Evropske smernice ESHRE (2015: 25) pravijo, da imajo uporabnice jasne želje glede oskrbe, ki jo želijo dobiti. Zaposleni se morajo teh želja zavedati, jih zadovoljiti in jim obenem ponuditi primerno psihosocialno oskrbo.

Kljub temu pa so smernice ESHRE (2015: 10) v primerjavi s smernicami ESHRE (2001) veliko bolj osredotočene na psihosocialno oskrbo, ki je skupna vsem uporabnikom, ki se

soočajo z neplodnostjo. Ker te smernice temeljijo na dokazih²¹, jih zaposleni v reprodukcijskih centrih lažje uporabljajo v praksi (priporočila ga priročnik imenovan »*Manual for ESHRE Guideline Development*«). Kljub temu pa so smernice ESHRE (2015) pozorne le na skupne karakteristike potreb vseh uporabnikov. Smernice so v študijo vključile specifične skupine (na primer študije o istospolnih partnerjih), vendar so tu izvzele področja, ki so skupna vsem uporabnikom. Posledično smernice ne ponujajo priporočil, kako ravnati v specifičnih primerih in etičnih vprašanjih, ko gre za darovanje spolnih celic, nadomestno materinstvo, pravice otrok in podobno. Smernice ESHRE (2015: 10) izpostavljajo, da je treba v ta namen razviti dodatne smernice, ki bodo oporo ponudile tudi tem skupinam uporabnic. Čeprav tudi socialno delo izpostavlja pomembnost univerzalnih potreb, ki so skupne vsem posameznikom, opozarja na pomembnost koncepta raznolikosti in edinstvenosti posameznikov (Trbojevič 2008, kot navedeno v Ferguson, 2009: 114).

1. Strategije obvladovanja in odnos do medicinskega osebja

Način, kako posamezniki obvladujejo stisko zaradi neplodnosti, lahko vpliva na delo zdravnikov. Uporabnice namreč lahko precenijo možnosti uspeha in z vstopom v postopke idealizirajo potencialno nosečnost kot tudi zdravnika, njegovo ekipo in postopke MRT. Temu obdobju pogosto sledi obdobje, ko so uporabnice osredotočene predvsem na negativne vidike. Zdravniki so v tem obdobju lahko obravnavani s prezirom, jezo in zaničevanjem, še posebej v primeru, ko so postopki neuspešni ali če je med zdravljenjem prišlo do napake. Nekateri uporabniki jezo in razočaranje usmerijo na zaposlene in ne prepoznajo, da so ti občutki posledica neplodnosti in ne posledica slabe oskrbe osebja zaposlenega v centru za reprodukcijo. V teh primerih je treba prepoznati, kaj sproži določena čustva ter posameznikom pomagati ozaveštevati, kateri so razlogi za njihovo vedenje. Nekateri uporabniki se soočajo z zanikanjem, saj ne morejo sprejeti nizkih možnosti za uspeh ali pa zanikajo razloge, ki so pripeljali do neplodnosti. Vedenja, kot so nerealistični optimizem, idealizacija in zanikanje, so strategije, s katerimi posamezniki skušajo obvladati nastalo situacijo. Pomembno je, da zdravniki in drugi zaposleni v centrih ta vedenja razumejo (ESHRE, 2001). Tudi medicinske sestre morajo poznati mehanizme,

²¹ Smernice, ki temeljijo na dokazih, razvijejo odbori (ali druge skupine) ter posamezniki s pomembnimi izkušnjami, ki skrbno pregledajo povzetke dokazov in njihovo dokazno moč, preden razvijejo priporočila za intervencijo. Ker je vsak posameznik edinstven in predstavlja drugačne karakteristike, morajo strokovnjaki upoštevati primerne možnosti zdravljenja v kontekstu različnih situacij (primer takih smernic so smernice NICE) (KTDORR, 2017).

ki vplivajo na pacientovo soočanje in obvladovanje njihove situacije ter jim nuditi primerne nasvete in podporo, saj imajo pogoste stike s pacienti v času, ko uporabljajo postopke MRT (Schmidt *et al.* 2004, kot navedeno v Hashim, Soliman in Mansour, 2012: 62) (več o strategijah obvladovanja v poglavju »8.3«).

2. Informiranje uporabnic s strani medicinskega osebja

Ljudje si zaslužijo polno informiranost o uspešnosti oziroma neuspešnosti postopkov kot tudi o psihosocialnih posledicah MRT (Jardine, 2013: 17). Evropske smernice ESHRE (2015) izpostavljajo, da je uporabnikom pomembno nuditi zadostne informacije in razlago o medicinskih postopkih pred vstopom v postopke, saj omogočajo pripravo na naslednje postopke MRT. Uporabnikom morajo biti razloženi tudi rezultati postopkov (ESHRE, 2001: 30, ESHRE, 2015). Nemški zdravstveni odbor s smernicami določa, da morajo uporabnice pred vstopom v postopke podpisati dokument, da so bili o vsem obveščeni. Te informacije v Združenem kraljestvu običajno nudi zdravnik oziroma medicinsko osebje in ne svetovalc (VB-B8; VB-E8; VB-D8). Zaposleni v centrih se morajo zavedati, da natančne informacije o postopkih zmanjšajo stres in tesnobo, ki ju posamezniki doživljajo, kot tudi povečajo verjetnost, da bodo priporočila zdravnikov upoštevali. V času, ko zdravniki s pacienti odprto govorijo o nezaželenih učinkih zdravil, prednosti in pomanjkljivostih različnih operacij in vplivu teh na njihovo zdravje, je treba govoriti tudi o psiholoških posledicah (ESHRE, 2015).

Številni pari imajo nezadostno znanje o delovanju njihovega telesa in tudi ne(zadostno) poznajo vzroke za neplodnost ter diagnostične možnosti in postopke, ki so jim na voljo. Zaposleni v reproduktivnem centru morajo poskrbeti, da uporabnice razumejo pomene neplodnosti. Smernice ESHRE (2001, 2015) pravijo, da številni pari živijo življenje na način, ki negativno vpliva na njihovo splošno zdravje kot tudi na reproduktivno zdravje. Med dejavniki tveganja se uvrščajo kajenje, alkohol, uživanje drog in dieta (motnje hranjenja), ki vplivajo na zmanjšanje plodnosti. Pomembno je, da zaposleni v centrih uporabnice informirajo o škodljivih življenjskih stilih in jih podprejo pri spreminjanju teh življenjskih stilov. Osebje centra ne sme predvidevati, da so uporabniki v celoti poročali o dejavnikih tveganja, ki so lahko prispevali k zmanjšani plodnosti v njihovem življenju (na primer motnje hranjenja) (ESHRE, 2015: 14; ESHRE, 2001, str. 29–30). To pa ni v skladu z leksikonom moči Dennisa Saleebey, ki pravi, da se moramo odpovedati temu, da ne

verjamemo, saj so sogovorniki strokovnjaki svojega življenja in pogosto natanko vedo, o čem govorijo (Saleebey, 2009: 14).

Mednarodna študija »*Starting Families*« (2009–2010) je pokazala, da nekateri uporabniki menijo, da so informacije, ki jih dobijo od splošnih zdravnikov in ginekologov, enako ali celo manj uporabne kot informacije s spleta²². Čeprav je kakovost informacij o plodnosti oziroma neplodnosti od države do države različna, je jasno, da mediji (časopisi, revije, radio in televizija) ne ponujajo zanesljivih in kakovostnih informacij. To je zaskrbljujoče, saj način poročanja o neplodnosti in MRT pomembno vpliva na to, kako uporabnice doživijo uporabo postopkov MRT (Serono, 2010: 11).

Uporabnice potrebujejo podporo predvsem preden vstopijo v postopke MRT (za najboljše možnosti zanositve). Uporabnice pogosto želijo, da so informacije (kot na primer informacije o možnostih, rezultatih in možnostih psihološko-socialne podpore) na voljo v pisni obliki pred vstopom v postopke MRT, kot tudi da so jim prilagojene. Tako je pomembno, da so informacije uporabnikom lahko dostopne, razumljive, njim prilagojene in ponujene v pisni obliki. Informiranje lahko poteka osebno, preko knjig, zloženk, filmov, CD-ja ali v drugih oblikah. Pomembno je, da so informacije uporabnikom podane v njihovem maternem jeziku, saj je s tem zagotovljeno popolno razumevanje diagnostičnih in terapevtskih informacij. Zaposleni v centru se morajo zavedati, da poleg informacij v pisni in video obliki, uporabnikom bolj ustreza osebni razgovor ali konzultacija preko telefona, ko gre za rezultate postopkov ali načrtovanje za prihodnost (ESHRE, 2001: 30; ESHRE, 2015).

Kljub temu pa smernice ESHRE 2015 izpostavljajo, da spletni dostop do osebnih zdravstvenih podatkov ne prispeva čustvenih koristi tistih, ki se soočajo z neplodnostjo. S pridobljenimi podatki tako obstaja nevarnost, da bi uporabnice razvili občutke depresije, tesnobe in se počutili neproduktivni. Podatki prav tako naj ne bi prispevali k večjemu znanju uporabnic o neplodnosti in postopkih kot tudi ne izboljšanju socialne podpore (ESHRE, 2015: 13). Nekateri svetovalci se s temi priporočili ne strinjajo, saj so druge raziskave pokazale, da so uporabniki pogosto hvaležni, da imajo dostop do zdravstvenih podatkov in jim to ne škodi (DE-A11; DE-B11). Tudi slovenske uporabnice, ki vstopijo v

²² Uporabniki so o možnostih ter drugih nasvetih najslabše informirani na Japonskem, Indiji, Kitajski in Rusiji (Serono, 2010, str. 10).

postopke MRT, si želijo več jasnih informacij glede postopkov (Urh, 2009: 119; Bregar, 2012: 107). Ena izmed uporabnic postopkov MRT je 8. 11. 2016 na okrogli mizi, ki je potekala v Klubu Maxi v Ljubljani, izpostavila misel: *»Izjemno pomembno je, da je pacient dobro informiran, saj ko imaš dovolj informacij, se počutiš varno in zaupaš.«*

Osebjem zaposleno v centrih, mora uporabnice informirati tudi o možnostih psihološko-socialne oskrbe (na primer kontakti do podpornih skupin, spletnih podpornih skupin, dostop do psihološko-socialnih svetovalcev in psihoterapije (ESHRE, 2001: 30; ESHRE, 2015). Več o tem v nadaljevanju (»4. Zdravnikova priporočila in uporaba svetovanja«).

3. Karakteristike zaposlenih

Kakovost podpore zaposlenih v reproduktivnih centrih je odvisna tudi od njihovih karakteristik in odnosa, ki ga imajo do uporabnic. Uporabniki od zaposlenih pričakujejo več sočutnosti, spodbude, empatije in občutljivosti (Urh, 2009: 119; Bregar, 2012). Tudi smernice ESHRE 2015 pravijo, da se uporabnice bolje počutijo, če imajo zaposleni v centrih pozitivne karakteristike (dobre komunikacijske veščine, spoštovanje uporabnikov, kompetentnost strokovnjakov, vključenost uporabnikov in informiranje uporabnikov) (ESHRE, 2015). Za uporabnice so pomembne naslednje karakteristike osebja:

- Odnos zaposlenih do uporabnikov

Pomembno je, da uporabnice psihosocialno podporo prejmejo od sočutnega in občutljivega osebja, ki mu lahko zaupajo. Od prvega srečanja mora biti med zdravnikom in uporabniki ustvarjena atmosfera, ki krepi odnos in temelji na zaupanju. Ta atmosfera temelji na odprtosti in vzajemnem spoštovanju in je zato pomembno, da imajo uporabnice skozi celoten proces možnost zastavljati vprašanja. Pomembno je tudi, da v celostni obravnavi uporabniki izrazijo lastne ideje o diagnozi in terapiji. Neplodnost je pogosto povezana s trpljenjem, tesnobo in negotovostjo, zato je pomembno, da zdravnik v času diagnosticiranja in obdobju izvajanja postopkov minimizira stisko.

Osebjem mora biti razumevajoče in pozorno na čustvene posledice neplodnosti (za nudenje podpore pri reševanju individualnih potreb uporabnika), kot tudi spoštovati vire moči, ki posamezniku pomagajo pri spoprijemanju s to življenjsko situacijo.

Nemški ginekolog in psihoterapevt Heribert Kentenich pravi, da kar tretjina vseh parov poroča o problemih s spolnostjo v času diagnosticiranja in izvajanja postopkov. Ker nekateri pari težko govorijo o teh intimnih stvareh, je pomembno, da konzultacije potekajo v atmosferi, ki to olajša. Da so uporabnikove odnosne, socialne in čustvene potrebe zagotovljene, je pomembno, da osebje reproduktivnega centra v celoten proces uporabe postopkov, diagnozo kot tudi sprejemanje odločitev aktivno vključi oba partnerja (ESHRE 2001: 29). Pozornost je potrebno nameniti tudi specifičnim potrebam uporabnic ki so povezane z njihovo medicinsko zgodovino (ESHRE, 2015; ESHRE, 2001).

Zdravniki morajo vse uporabnike pred vstopom v postopke MRT vprašati, ali so bili pred obiskom reproduktivnega centra že na psihološkem ali psihoterapevtskem svetovanju. Ljudje, ki so se pred vstopom v postopke MRT že soočali s težavami v duševnem zdravju, so namreč pogostejše izpostavljeni tveganjem depresije in tesnobe med postopki (ESHRE, 2015; ESHRE, 2001; DE-C11.3). Pomembno je tudi, da se z medicinskimi konzultacijami ne hiti in da je oskrba nudena kontinuirano skozi celoten proces (ESHRE, 2015: 31).

4. Zdravnikova priporočila in uporaba svetovanja

Čeprav strokovnjaki za psihološko-socialno svetovanje lahko ponudijo na pacienta osredotočeno oskrbo, obratno ni mogoče, saj se morajo strokovnjaki za medicino zavedati omejitev svojih kompetenc. Zaposleni v centru za reprodukcijo tako ne smejo svetovati o področjih, ki so zunaj njihovih kompetenc (ko posameznik poroča o psiholoških problemih). Medicinsko osebje mora oceniti, ali pacient potrebuje dodatno strokovno svetovanje in jih ob tveganju za hude psihosocialne probleme napotiti k ustreznim strokovnim svetovalcem, ki so specializirani za to področje (ESHRE, 2001; ESHRE, 2015; DE-A; DE-B; DE-C). Psihološko-socialni svetovalci so tako primerni za svetovanje o neplodnosti in kratkoročno krizno svetovanje (*angl. short-term crisis counselling*) in psihoterapevti za hude psihološke probleme (Peterson idr., 2012). Zaposleni v centrih se morajo zavedati, da uporabnikom prilagojene spletne psihološko-izobraževalne intervencije lahko prispevajo k manjšemu stresu, ki je povezan z neplodnostjo uporabnic, in ponudijo oporo tistim, ki se soočajo s socialnimi skrbmi in skrbmi povezanimi s spolnostjo (ESHRE, 2015: 13)

Zdravnikova priporočila so za uporabnice pomembna, saj je zaradi njihove želje po zanositvi zdravnik izjemno pomembna oseba v njihovem življenju. Na pacienta

osredotočena oskrba je tako s strani uporabnikov želena in lahko ponudi dober odnos, preko katerega uporabnice lažje poiščejo podporo psihološko-socialnega svetovanja. Zaposleni v reproduktivnih centrih morajo tako vedeti, kje in kako uporabnice lahko dostopajo do psihološko-socialnega svetovanja, ki bo učinkovito naslovilo in odgovorilo na njihove potrebe. Z izboljšanjem informacij, ki so nudene v centrih za reprodukcijo, ima tudi psihosocialna oskrba največje možnosti, da postane rutinski del izvajanja MRT. Jasno je, da bi se svetovanja udeležilo več uporabnikov, če bi jim svetovanje priporočili osebno. Kljub temu pa se nekateri uporabniki lahko v času zdravljenja počutijo čustveno prizadete, ker jih je zdravnik napotil k drugemu strokovnjaku. To lahko razumejo kot zavrnitev, še posebej v primeru neuspešnih postopkov. Zato je pomembno, da je psihološko-socialno svetovanje del oskrbe vse od prvih konzultacij z zdravniki. Priporočila in napotitve zdravnikov pa ne vplivajo le na uporabo psihološko-socialnega svetovanja, temveč tudi njihov odnos do svetovanja. Številni, ki se soočajo s problemom neplodnosti, se prvič v svojem življenju udeležijo psihološko-socialnega svetovanja. Tako je pomembno, kako zdravniki in drugi zaposleni v reproduktivnih centrih razumejo svetovanje in ga predstavijo parom. Zaposleni v centrih morajo tako poznati delo svetovalca oziroma svetovalke, da vedo, kaj poteka v sosednji sobi. Dobro je, da zdravnik svetovanje in svetovalca uporabnikom predstavi na pozitiven način (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 423; ESHRE, 2001; VB-A15.1). Pomembno je, da v primeru čustvenih stisk zdravniki uporabniku ne rečejo: »*Imate resen problem*«, temveč da uporabnice povabijo na svetovanje, na način: »*O tem se je potrebno pogovoriti, vendar jaz nimam časa, kaj pa če bi se oglasili pri Jane?*« Priporočljivo je, da svetovalce zdravniki naslovijo z njihovim imenom, saj je to veliko bolj uspešno. Besede imajo moč in je zato pomembno, kako zaposleni v reproduktivnih centrih govorijo z uporabnicami (VB-A).

Nekateri se svetovanja kljub hudi stiski ne udeležijo, saj ne vedo, kako do te pomoči priti (ESHRE, 2001; Bregar, 2012). Pacienti, ki izrazijo potrebo po čustveni podpori, pogosto cenijo, če jim je ponujena strokovna psihosocialna oskrba (ESHRE, 2015: 12).

Svojih kompetenc se morajo zavedati tudi psihološko-socialne svetovalke, saj morajo uporabnice v primeru hudih psiholoških problemov in drugih dolgotrajnih težav v duševnem zdravju (depresija, shizofrenija, psihoze itd.) napotiti po dodatno podporo k psihoterapevtom oziroma drugim pomembnim strokovnjakom. Nekateri v času zdravljenja potrebujejo več podpore ali bolj specifično podporo strokovnjakov za duševno zdravje in

so zato nekateri svetovalci z dodatnimi strokovnimi znanji bolj primerni za naslovitev specifičnih potreb uporabnikov (ESHRE, 2015; ESHRE, 2001: 11; Peterson idr., 2012; VB-C15; VB-C2; DE-A; DE-B; DE-C).

10.2. Prostor svetovanja in integriranost psihološko-socialnega svetovanja v storitve centrov za reprodukcijo

Uporaba svetovanja je odvisna od števila zaposlenih psihosocialnih svetovalcev kot tudi lokacije, kjer se svetovanje izvaja. Število zaposlenih svetovalcev tako pomembno vpliva na podporo in možnosti, ki jih imajo uporabnice v določeni državi. Dostopnost svetovanja bi bilo treba po mnenju britanskih in nemških svetovalcev izboljšati, saj se svetovanje še vedno ne izvaja v zadostnem obsegu (VB-E2.2).

Koliko svetovalcev in svetovalk je zaposlenih v centru za reprodukcijo, je odvisno od integriranost svetovalcev v centru. V Združenem kraljestvu je na spletni strani BICE vidno, da je trenutno akreditiranih 46 svetovalk (natančno število svetovalcev je neznano) (BICA, 2016; VB-C16). Nemška organizacija BKiD je bila ustanovljena leta 2000 in ima približno 130 svetovalcev z licenco, ki so specializirani za problem neplodnosti (plus dodatni člani) (IICO, 2016). V Nemčiji svetuje približno 140 svetovalcev. Čeprav ima Nemčija glede na svoje potrebe na voljo zadosti svetovalcev, ti nudijo svetovanje le v nekaterih delih Nemčije (Hamburg jih ima 8, v vzhodni Nemčiji ni nobenega) (DE-B16). V Sloveniji psihološko-socialno svetovanje izvajajo tri socialne delavke in dve psihologinji (vse v centrih za reprodukcijo).

HFEA določa, da morajo imeti vsi reproduktivni centri v Združenem kraljestvu na voljo vsaj enega svetovalca ali svetovalko (Crawshaw, 2009: 278). V Združenem kraljestvu se svetovanje ne izvaja v zadostnem obsegu, saj je v centrih pogosto zaposlen le en svetovalec ali svetovalka, in še ta ne za poln delovni čas (običajno izvaja le svetovanje o posledicah) (VB-E2.2). Dobro bi bilo če bi centri za poln delovni čas zaposlile več svetovalcev. V primeru odsotnosti (bolezni) svetovalca tako ne bi prišlo do problemov, saj bi svetovanje kontinuirano izvajal drug svetovalec. V primerih, ko svetuje le en svetovalec, se uporabniki lahko počutijo, da ta ni popolnoma nepristranski in je zato v teh primerih bolje, da to izvajata dva svetovalca. Ta se lahko dogovorita, da en izvaja individualno svetovanje, medtem ko drugi skupinsko. Nekateri svetovalci so glede zaposlitve dveh

svetovalcev na centrih skeptični in pravijo, da to v Združenem kraljestvu nikoli ne bo uresničeno (VB-C16).

Prostor, kjer se psihološko-socialno svetovanje izvaja, pomembno vpliva na vsebino in obseg psihološko-socialnega svetovanja kot tudi na vlogo svetovalca v kontekstu nudenja psihološko-socialne podpore. Neodvisnost svetovalcev kot tudi včlanjenost svetovalcev v medicinsko ekipo imata prednosti in slabosti (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010). Tu se zastavlja pomembno vprašanje, ali psihološko-socialno svetovanje izvajati v prostorih centrov za reprodukcijo ali neodvisno, zunaj centrov.

Prednost svetovanja v reproduktivnih centrih je, da je za uporabnice bolj vidno in bolj dostopno. V teh primerih je pogosto zaposlenih več svetovalcev in je svetovanje uporabnikom na voljo na mestu izvajanja postopkov (možnost takojšnje podpore). Z izvajanjem psihološko-socialnega svetovanja v prostorih centrov je svetovalka včlanjena v medicinsko ekipo kar prispeva k lažji multidisciplinarni izmenjavi med svetovalci in medicinskim osebjem. To je za kakovost psihosocialne oskrbe izjemno pomembno, saj je s tem svetovanje rutiniziran del MRT (del paketa storitev MRT), je normalizirano in se bolj dosledno in pogosteje izvaja (primer dobre prakse v nekaterih državah Avstralije) (ESHRE, 2001; DE-A; DE-C; VB-E). Pomembno je da svetovalke prilagodijo svoj model svetovanja tako, da je bolj uporaben. Tako ni nujno, da svetovanje poteka le v naprej dogovorjenih terminih, temveč lahko poteka tudi preko telefonskega pogovora ali med uporabnikovim čakanjem na zdravstveni pregled (VB-E15.1).

Kljub prednostim nudenja psihološko-socialnega svetovanja v centrih nekateri svetovalci menijo, da morata biti medicinski in svetovalni del ločena, saj imajo uporabnice le v tem primeru resnično prostor govoriti. Svetovalci, ki v Združenem kraljestvu izvajajo psihološko-socialno svetovanje v centrih, se potencialno soočajo s problemom z zaupnostjo, saj morajo po smernicah BICA-e oddati poročilo, ki ocenjuje, ali je uporaba MRT v korist otroka (VB-D10; VB-C14; VB-E15.1). Smernice BICA namreč izpostavljajo, da mora po britanski zakonodaji HFEA vsak center pred vstopom v postopke preveriti in oceniti, ali obstaja nevarnost za otroka ali zanemarjanje otrok. Svetovalci se

neodvisno odločijo (v skladu s svojim etičnim kodeksom²³), ali bodo to ocenjevanje izvajali. Če to odgovornost svetovalcev prevzame, mora uporabnikom razložiti, da v tem primeru zastopa center in da je ta vloga drugačna od terapevtskega delovnega odnosa med uporabnikom in svetovalcem. Tako je pomembno, da svetovalci s prvim svetovanjem uporabnikom razložijo, kakšne so njihove odgovornosti do reproduktivnih centrov (ali zdravnikov) kot tudi, komu so zvesti – uporabniku, medicinski ekipi ali psihosocialni enoti. Svetovalci in svetovalke morajo uporabnicam razložiti, da če bodo o svojih skrbih (pred vstopom v postopke ali med postopki) govorili z zaposlenimi v reproduktivnem centru, se lahko osebe na podlagi pridobljenih informacij odloči za prekinitev izvajanja postopkov. Načelo zaupnosti zahteva, da svetovalci in svetovalke z uporabniki jasno opredelijo, ali bodo informacije s svetovanja deljene s preostalo medicinsko ekipo in če da, katere (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010; ESHRE, 2001; BICA, 2012; Hashim, Soliman in Mansour, 2012; VB-B16; VB-E; VB-D). Po mnenju nekaterih svetovalcev svetovalke nikakor niso dolžne deliti informacije o uporabniku s preostalo ekipo v reproduktivnem centru, razen če je oseba v nevarnosti ali je v nevarnosti druga oseba (samomorilske misli, nevarnost koristi otroka). Le v teh primerih lahko svetovalci prekrši zaupnost in to poroča nekomu drugemu (VB-E15.1). Vsem udeleženiim je treba razložiti tudi, da je vse drugo, o čemer se v svetovanju pogovarjajo, popolnoma zaupno in jih spodbuditi, da se v individualnih in skupinskih srečanjih o vsem čim bolj odprto pogovorijo. Uporabniki morajo tudi v primerih, ko gre za skrbi glede koristi udeleženiim (in bodočih otrok), svetovalcem dati dovoljenje, da se informacije pridobljene v svetovalnem procesu delijo z zaposlenimi centra za reprodukcijo. V tem primeru se lahko uporabniki odločijo, da vse ostane anonimno in prekinejo z izvajanjem postopkov (VB-B16; VB-E; VB-D).

Zasebnost in zaupnost sta ključna dela psihološko-socialnega svetovanja in ju zato tudi strokovne smernice BICA kot taka definirajo (BICA, 2013: 11; BICA, 2012). Prav tako mora biti poskrbljeno, da so vsi zapisi o svetovanju ločeni od zapisov centra za reprodukcijo, kot tudi ni nobenih zapisov po končanem svetovanju (ostanejo le medicinski zapisi iz centra). Kljub temu pa v Združenem kraljestvu prihaja tudi do slabih praks strokovnjakov, saj je leta 2016 eden izmed svetovalcev prekršil vsa pravila in vse

²³ Svetovalci v Združenem kraljestvu morajo biti člani enega izmed strokovnih teles (na primer *The British Association of Counselling and Psychotherapy*) in morajo zato upoštevati etični kodeks strokovnega telesa, katerega člani so (VB-E15.1).

informacije delil z osebjem v centru za reprodukcijo (ta primer sedaj raziskujejo). Kršitev zaupnosti je tako utemeljena le ob izjemnih primerih in se ne sme obravnavati zlahka, saj ima to veliko težo. Svetovalec mora pred sprejetjem odločitve, da bo informacije o uporabniku delil z zaposlenimi v centru za reprodukcijo, o svojem primeru govoriti tudi s svojim supervizorjem in drugimi svetovalci (VB-B16; VB-D8.1; VB-E15.1).

Če svetovalec izvaja ocenjevanje (koristi otroka), mora center uporabnikom zagotoviti, da dobijo podporo od drugega svetovalca, ki je lahko del ekipe v centru ali dela zunaj njega neodvisno (BICA, 2012). Kljub temu pa se v Združenem kraljestvu svetovalke soočajo z neprijetno situacijo, saj morajo istočasno nuditi svetovanje in tudi oceniti, ali je posameznik oziroma par primeren za vstop v postopke MRT. Intervjuvani svetovalci izpostavljajo, da je to poročilo za uporabnice zelo invazivno, saj morajo raziskati vse aspekte uporabnikovega življenja ter pridobiti vse potrebne informacije (tudi iz drugih virov). S tem imajo svetovalci moč nad tem (so »vratarji«), ali uporabniki lahko dostopajo do MRT. Uporabniki posledično lahko menijo, da je za vstop v postopke potrebno predhodno ugoditi svetovalcu. To v svetovalnem procesu lahko spremeni dinamiko, saj ljudje lahko govorijo le tisto, za kar menijo, da si svetovalec želi slišati, in ne to, kar je dejansko res. Nekateri svetovalci pravijo, da jim je včasih žal, da je bil uporabnik tako odprt z njimi, saj morajo sedaj vse informacije predati medicinskemu osebju. Posledica tega je lahko, da posameznik ne sme vstopiti v postopke MRT (ko je ogrožena korist otroka, uporabnika ali koga drugega). V teh primerih se je treba o tem z uporabniki pogovoriti in se skupaj odločiti, kako nadaljevati. Ta postopek lahko povzroči neprijetno situacijo, ko se posameznik k istemu svetovalcu vrne na terapevtsko svetovanje. Ker je bilo prvo svetovanje za svetovalca in uporabnika lahko neprijetno in invazivno (ko je svetovalec pridobival vse podatke za izpolnitev poročila), terapevtsko delo med uporabnikom in svetovalcem pozneje lahko ni več mogoče. Tudi nemški zdravniki se lahko na podlagi informacij, ki jih dobijo od uporabnikov, odločijo, da s postopki ne bodo pričeli. Ti razlogi so najpogostejše medicinski (huda bolezen uporabnika), lahko pa so tudi psihološki (hude psihoze, shizofrenija in druge težave z duševnim zdravjem). Uporaba postopkov se odsvetuje le v primerih, ko bi povzročili več škode kot koristi (DE-C, VB-D).

Del, ki se nanaša na ocenjevanje koristi otroka, bi bilo tako potrebno ločiti od svetovanja, saj s tem ocenjevanjem strokovnjaki ne delujejo kot svetovalci. Tovrstno situacijo bi najbolje rešil zunanji neodvisni svetovalec, ki bi ločeno izvajal ocenjevanje (VB-E15.1).

Potrebno je zagotoviti, da ima najvišjo vrednost uporabnikova avtonomija (to pravijo tudi smernice BKiD). Vsi podatki o uporabnikih so s tem popolnoma zaupne in jih ni dovoljeno deliti niti z zdravniki. Svetovalec bi z zdravnikom delil podatke le v primerih, ko bi bila korist otroka hudo ogrožena (na primer zasvojenost obeh staršev). Nemški svetovalci izpostavljajo, da bi tudi v teh izjemnih primerih zelo previdno razpolagali z informacijami (DE-A15.1; DE-B15.1). Zdravniki z zaupnostjo nimajo težav, saj istočasno izvajajo tako medicinske postopke kot tudi psihosocialno podporo. Pri psihologu se morajo uporabniki odločiti, ali želijo, da se določene informacije evidentirajo in s tem delijo z zdravnikom. V večini primerov se nemški pari s tem strinjajo (DE-C15.1).

Svetovanje zunaj centra za reprodukcijo ponuja številne prednosti, saj se posamezniki lažje osredotočijo na svoja čustva in tudi lažje izrazijo nezadovoljstvo s centrom in zdravniki (saj vedo, da ne delajo z osebjem centra in to ne bo vplivalo na izvajanje postopkov). Z ločitvijo medicinskega in psihološkega dela uporabniki dobijo prostor za govor o čustvih (VB-D10; DE-A16; DE-B15.1; VB-D16). Nekateri menijo, da je izvajanje psihosocialne podpore zunaj centrov lažje predvsem za svetovalce (DE-C15.1). Pomanjkljivosti neodvisnih svetovalcev so nedostopnost zdravstvene kartoteke ter pomanjkanje informacij o tem, kako medicinska ekipa funkcionira (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 427). Svetovalci, ki psihološko-socialno svetovanje izvajajo zunaj prostorov reproduktivnih centrov, z medicinskim osebjem ne smejo govoriti o skupnih primerih, čeprav z njimi sodelujejo. Zaradi zaupnosti podatkov komunikacija poteka zelo enosmerno, saj osebje informacije deli z njo, medtem svetovalka tega ne sme komentirati (VB-D15.1). Prednost neodvisnih svetovalcev je nudenje psihosocialne podpore, ki je popolnoma ločena od medicinskih postopkov, kar pri nekaterih uporabnicah poveča samozavest in odprtost. Pristop je popolnoma transparenten, z jasnimi mejami in cilji ter odprto komunikacijo, ki naslovi spreminjajoče potrebe uporabnikov, ekipe in svetovalca (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 427). Neodvisni svetovalci, ki delajo ločeno od medicinske ekipe, lažje izvajajo svetovanje, ki ločeno naslavlja problem neplodnosti in uporabnikom tudi lažje zagotovijo zaupnost (ESHRE, 2001: 18–19). Koristno je, da se svetovanje izvaja tako v centru za reprodukcijo, kot tudi zunaj njega. Zelo pomembno je, da so svetovalke pomemben del ekipe in sodelujejo z vsemi zaposlenimi v centru. Pomembno je, da svetovalci prispevajo svoj edinstven strokoven del k dinamiki zdravnikov, znanstvenikov in medicinskih sester ter vplivajo na njihovo strokovno delo in politiko (DE-A; VB-E; VB-D).

11. Medikalizacija neplodnosti in profesionalna hierarhija

Pomembni vprašanji sta kako uporabnice multidisciplinarno podpreti v času uporabe postopkov MRT? Čeprav je socialno delo v zdravstveni dejavnosti sekundarna dejavnost, je pomembno vprašanje kako podpreti strokovno delo psihološko-socialnih svetovalk in dvigniti kvaliteto podpore?

Zdravljenje neplodnosti ali zmanjšane plodnosti primarno obravnava medicinska stroka, saj se zdravljenje in pozneje z njim pogosto povezane obremenitve začnejo v centrih za reprodukcijo (House of Commons Science and Technology Committee, 2005: 76). Reprodukativno funkcioniranje je tu v ospredju in ima višjo pomembnost od dolgoročnih socialnih in čustvenih posledic (Crawshaw, 2009: 273). Biomedicinski diskurz je v konfliktu s holističnimi pristopi socialnih delavcev, ki skušajo razumeti osebo v njegovem socialnem kontekstu, kot tudi promovirajo posameznikovo fizično, mentalno in socialno dobrobit (in ne le odsotnost bolezni). Socialni delavci medicinskemu modelu nasprotujejo, saj ta predpostavlja, da vse težave, s katerimi se srečujejo uporabnice, izhajajo iz deviacije posameznika od »normalnosti« (Healy, 2014). Tudi Svetovna zdravstvena organizacija zdravje definira kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni ali ovire. Na nastanek bolezni in zdravljenje vplivajo številni dejavniki v človekovem okolju in so zato tudi drugi profili, kot so psihologi in socialni delavci, pomemben del zdravstvenih storitev (Pogačnik, 1984: 379).

V zdravstvu za socialne delavce obstaja nevarnost »medikalizacije« socialnega dela, saj nekateri socialni delavci še danes uporabljajo medicinski model, ki je zelo znanstven in s tem »zapeljiv«. Pred leti so se v Združenem kraljestvu predvsem psihologi zelo približali medicinskemu modelu intervencije, medtem ko so socialni delavci še naprej uporabljali socialni model intervencije. Socialni delavci morajo razmišljati v smeri partnerskega delovnega odnosa in ne opravljati delo zdravstvenih delavcev, ki določajo diagnoze in zdravljenje (VB-E15.1; VB-E20).

Medikalizacija neplodnosti je nevede pripeljala do nespoštovanja čustvenih odzivov uporabnic MRT (stiske, izgube nadzora, stigme in motnje v razvojni poti odraslosti) (Cousineau in Domar, 2007: 293). Socialno delo je v zdravstveni dejavnosti sekundarna dejavnost, ki omogoča celostno obravnavo pacienta. Ker podpira primarno dejavnost zdravstvene dejavnosti je pomembno prepoznanje strokovnosti in profesionalizacije

socialnega dela v zdravstveni dejavnosti (House of Commons Science and Technology Committee, 2005: 76; Eržen, 2012: 16). Kljub temu pa v reproduktivnih centrih pogosto prihaja do profesionalne hierarhije, saj se svetovalci ne počutijo enakovredni člani preostalemu medicinskemu kadru. V centrih je tako najbolj spoštovan direktor centra, temu sledijo zdravniki, psihologi, socialni delavci, medicinske sestre in na koncu administracijsko osebje. Tu je pomembno izpostaviti, da so se vsi britanski in nemški svetovalci počutili kot spoštovani in pomembni člani ekipe v centru za reprodukcijo. Kljub temu pa so izpostavili da se nekateri kolegi (zaposleni na drugih centrih za reprodukcijo) soočajo s profesionalno hierarhijo. Integriranost in pomembnost svetovanja v centru sta tako od centra do centra različni (VB-C15.1; VB-D15.1; VB-A15.1).

Neplodnost je obravnavana kot bio-psihološka kriza in je zato svetovanje o neplodnosti priporočljiv in pomemben del multidisciplinarne podpore v reproduktivnem centru (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 422). Pomembno je, da med seboj sodelujejo psihologi, socialni delavci, pravniki in medicinsko osebje drugi strokovnjaki (receptorji), ki nudijo podporo, pomoč in informacije uporabnikom postopkov MRT. S tem so uporabnikom nudene informacije o tveganjih in priporočilih, ki se med seboj dopolnjujejo in niso kontradiktorne. Kakovostna psihosocialna podpora uporabnikov pa je mogoča le z s spoštljivim odnosom svetovalcev in drugih zaposlenih v centru, ki multidisciplinarno sodelujejo. Ker imajo prvi stik z uporabniki zaposleni v reproduktivnih centrih, kot tudi so v neposrednem stiku z uporabniki v času, ko uporabnice doživijo največ stresa (neuspešnih postopkih, prekinitvah nosečnosti, mrtvorojenosti, postopkih aspiracije foliklov in čakanju na rezultate postopkov) mora biti psihosocialna oskrba integrirana v vsakodnevne aktivnosti zdravstvenega osebja kot tudi morajo poznati delo psihološko-socialnih svetovalk. S tem uporabnicam lažje priporočijo svetovanje. Izobraževanje medicinskega osebja o psihosocialnih vprašanjih je pomembno, saj morajo razumeti koncepte psihosocialnega svetovanja kot tudi situacije, s katerimi se posamezniki in pari soočajo. V kontekstih biomedicinskih diskurzov imajo socialne delavke in delavci pomembno vlogo, saj morajo zastopati uporabnikove interese onkraj njihove diagnoze. Medicinski in psihološki (emocionalni) del storitev tako ne smeta biti eksplicitno ločena, saj je pomembno, da vsi zaposleni v centru s holističnim pristopom (in ne izključno skozi status pacienta) in držo občutljivosti uporabnice podprejo v težkih (čustveno obremenjujočih) življenjskih situacijah. S to podporo uporabnice lažje obvladujejo celoten proces, saj dobijo prostor, v katerem je teža njihove situacije (brez pomilovanja)

prepoznana. Psihološko-socialne svetovalke morajo tako imeti multidisciplinarna znanja s področij socialnega dela, psihologije, pediatrije, medicine in prava. Svetovalke morajo dobro poznati možnosti in stroške uporabe postopkov MRT ter tveganja, ki so povezana z njihovo uporabo. Svetovalke morajo tako aktivno sodelovati z drugimi člani reproduktivne ekipe in biti z njimi v neprestanem dialogu (Hammarberg, Astbury in Baker, 2001, str 374; Hashim, Soliman in Mansour, 2012: 61; Klerk idr., 2005; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010; Healy, 2014; House of Commons Science and Technology Committee, 2005: 76; ESHRE, 2001; ESHRE, 2015; DE-A; DE-C; VB-A; VB-C;VB-D).

Kako uporabnik razume svetovanje in je naklonjen njegovi uporabi, je odvisno od integriranosti svetovalca v centru za reprodukcijo ter odnosa vseh zaposlenih. Če je kateri koli del, vidik ali področje psihosocialne ali medicinske oskrbe razvrednoten, lahko (med strokovnjaki) pride do napetosti, ki se zlahka prenese na uporabnice. K spoštovanju svetovalcev lahko največ prispevajo psihološko-socialni svetovalci sami, katerih naloga je razvoj temeljnih dokazov, ki bi podprli njihovo prakso (House of Commons Science and Technology Committee, 2005: 76).

Socialno delo ima pogosto ambivalenten odnos do teorije, saj je za številne socialne delavce v najboljšem primeru luksuz, o katerem razmišljajo, ko je »pravo« delo že narejeno. V najslabšem primeru je teorija zavrnjena, saj se zdi nepomembna za prakso. Socialni okvir mora biti osredotočen na raziskovanje in razvijanje teorije, ki je za psihološko-socialno svetovanje pomembna. Socialni delavci z razumevanjem različnih teoretičnih okvirjev lažje razvijajo praktične strategije. Transformacija deskriptivnega znanja v smernice za akcijo je ključna naloga vseh profesionalcev, ne glede na to, ali so terapevti, arhitekti, zdravniki, menedžerji ali socialni delavci (Crawshaw, 2009: 274; Healy, 2014; Healy, 2005: 96; Howe, 1987: 15, Fook *et al.* 2000, Bunge 1995, Bormanna 2005 in Schön 1983, kot navedeno v Staub-Bernasconi, 2009: 12).

V Sloveniji ni na voljo nobenega strokovnega gradiva, ki bi svetovalke podprlo pri njihovem strokovnem delu. Slovenski svetovalci si želijo več informiranosti in izobraževanja, ki bi bilo specializirano prav za področje neplodnosti in postopkov MRT, saj se na tem področju počutijo nepodprte. Premalo je informacij glede socialnega dela v zdravstvu (še manj pa na področju, ki je specializirano za neplodnosti).

Nemški, britanski in slovenski svetovalci se strinjajo, da je treba izboljšati strokovno usposabljanje svetovalcev. Dobro vodilo za njihovo strokovno delo predstavljajo britanske (BICA), nemške (BKID) in evropske (ESHRE) smernice za psihosocialne svetovalce. Nemčija je poleg splošnih smernic razvila tudi smernice, ki so specializirane za primere darovane spolne celice (moške) in smernice za primere čezmejne reproduktivne pomoči (Thorn in Wischmann, 2009; Thorn in Wischmann, 2012; Peterson idr., 2012). BICA je edina strokovna organizacija v Združenem kraljestvu za svetovalce specializirane za problem neplodnosti (oziroma neizpolnjene želje po otroku). Ta organizacija zastopa interese, poglede in potrebe članov, ki svetujejo ljudem, ki imajo probleme s plodnostjo kot tudi strokovnjakinje, ki raziskujejo te teme. Prizadeva si tudi nasloviti številna praktična, socialna, psihološka in etična vprašanja, ki nastajajo z uporabo MRT. Izboljšati skuša izobraževalne priložnosti in usposabljanja psihološko-socialnih svetovalcev. BICA sodeluje in vpliva tudi na zakonodajo HFEA, saj je s sodelovanjem in spodbudo BICE, britanski kodeks ravnanja HFEA v dokument vključil poglavje, ki se nanaša na psihološko-socialno svetovanje. BICA spodbuja najvišje standarde svetovanja za tiste, ki se soočajo z neplodnostjo in/ali razmišljajo o uporabi MRT (BICA, 2012: 1; BICA, 2013: 1; VB-C11). Kljub temu nekateri svetovalci menijo, da v Združenem kraljestvu ni zadosti strokovnih usposabljanj (BICA jih organizira enkrat na leto) in so tudi zelo draga. Tako bi bilo treba organizirati še več konferenc, izobraževanj in usposabljanj (VB-D16) (več o tem v poglavju »13«).

12. Namen in pomembnost psihološko-socialnega svetovanja

Pomembnosti psihološko-socialnega svetovanja je treba nameniti več pozornosti, saj skozi etično in podporno svetovanje uporabnice lažje razvijejo kratkoročne in dolgoročne strategije obvladovanja in pridobijo jasnost, širšo perspektivo in mirnost uma. S tem so uporabnice podprte, da se na zdrav način soočijo s posledicami neplodnosti in čustvi, ne glede na izid zdravljenja.

V svetu se psihološko-socialnemu svetovanju še vedno ne namenja zadostne pozornosti. Le države, kot so Velika Britanija in Irska, Nemčija, Kanada, ZDA, Japonska, Avstralija in Švica, se zavedajo pomembnosti strokovnih storitev psihološko-socialnega svetovanja za ljudi, ki se soočajo z neplodnostjo in zato več pozornosti namenjajo temu področju (BICA, 2012: 2; IICO, 2016).

Nudenje primerne, etične in podpirne psihološko-socialnega svetovanja je pomembno, saj raziskuje kompleksna biološka, psihološka, socialna in etična vprašanja, s katerimi se uporabniki soočajo (ESHRE, 2001: 10; Daniluk, 2001: 442; Akizuki in Kai, 2008: 2739). Namen psihološko-socialnega svetovanja je uporabnicam ponuditi informacije, ki jih še nimajo ter jih podpreti pri raziskovanju in razumevanju pomenov in posledic biološkega in socialnega starševstva zanje in druge, ki so del tega procesa. Pomembno je, da posamezniki in pari raziščejo čustvene, psihosocialne, odnosne in etične posledice, ki so rezultat uporabe MRT. Holistični pristop psihološko-socialnega svetovanja lahko prispeva k izboljšanju zdravja uporabnika, zmanjšanju negativnih psihosocialnih odzivov ter uporabnice podpre pri soočanju z njihovo izkušnjo in razvoju kratkoročnih in dolgoročnih strategij obvladovanja. S pomočjo svetovanja uporabniki pridobijo jasnost, širšo perspektivo in mirnost uma. Sprejemanje odločitev s tem postane bolj jasno, je bolj realistično in temelji na samopoznavanju. Svetovanje mora zagotoviti varno in podporno okolje, v katerem uporabniki lahko izrazijo in raziskujejo svoje misli, čustva, odzive, prepričanja in odnose, s strokovnjakom, ki te teme razume. Psihološko-socialno svetovanje mora zagotoviti, da uporabniki dobijo zadostno podporo, da se na zdrav način lahko soočijo s posledicami izkušnje neplodnosti in čustvi, ne glede na izid zdravljenja (Bartlam, McLeod 2000, kot navedeno v Hashim, Soliman in Mansour, 2012: 62; BICA, 2012; CSIG, 2009: 1; Thorn in Wischmann, 2009: 75; ESHRE, 2001; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 423).

Svetovallec mora upoštevati potrebe uporabnic (in drugih udeleženihi v procesu) in jim ponuditi informacije o možnostih in podporo pri sprejemanju odločitev²⁴. Svetovallec mora uporabnike podpreti pri zastavitvi realističnih ciljev in jih pripraviti na različne postopke in rezultate. Psihološko-socialno svetovanje si prizadeva raziskati, razumeti in najti rešitev za vprašanja, ki so rezultat neplodnosti ali uporabe MRT, kot tudi ponuditi jasne rešitve uspešnejšega soočanja z nastalimi problemi (ESHRE, 2001; CSIG, 2009).

Svetovallec mora z uporabnicami raziskati meje in pričakovanja, ki so povezana z uporabo MRT. Svetovanje posameznikom omogoča, da najdejo načine, kako živeti bolj izpolnjujoče in polno življenje v času, ko se soočajo s stisko neplodnosti (CSIG, 2009: 1; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 422; British Association of Infertility Counsellors, 1999, kot navedeno v ESHRE, 2001: 10).

Čeprav se svetovanje pogosto uporablja v namen podpore in definiranje življenjskih ciljev, je tip ponujenega svetovanja odvisen od njegovega namena in potreb uporabnic. Tako lahko uporabnikom nudi bolj nasvete in usmeritve, kot pa podporo za spremembe. Svetovanje mora upoštevati socialni kontekst uporabnic (ali je oseba poročena, samska ali živi v istospolni skupnosti) ter v katere postopke želi vstopiti (na primer uporaba darovanih spolnih celic, nadomestnega materinstva) (ESHRE 2001: 10–11).

12.1. Komu je psihološko-socialno svetovanje namenjeno?

Ljudi, ki potrebujejo psihološko-socialno svetovanje, lahko razdelimo v naslednje skupine:

- Prva skupina ljudi je najpogostejša. To so uporabniki, ki se soočajo s težko obvladujočimi oblikami stresa (v obliki depresije, tesnobe). Uporabniki pomoč pri svetovalcih poiščejo, saj zaradi visokega stresa ne morejo več nemoteno opravljati dnevne aktivnosti.
- Druga in tretja skupina so uporabniki, ki potrebujejo darovane spolne celice, nadomestno materinstvo ali posvojitev, da postanejo starši. Ta oblika reprodukcije odpira številna posebna psihološka in čustvena vprašanja. Sem uvrščamo tudi tretjo skupino uporabnic, ki storitve MRT iščejo zaradi socialnih okoliščin in ne medicinskih razlogov. Ti imajo največjo korist od svetovanja. Sem se vključujejo samske ženske, istospolne partnerice, ki

²⁴ Nekateri posamezniki se lahko odločijo, da v postopke ne bodo vstopili (BICA, 2012, str. 2).

potrebujejo darovano spolno celico, ter istospolni pari, ki se odločijo za nadomestno materinstvo (ESHRE, 2001).

Po britanskih, nemških, kanadskih in evropskih smernicah je treba svetovanje ponuditi tudi vsem, ki so v postopkih MRT imenovani kot »tretji« (darovalcem spolnih celic in zarodkov, nadomestnim (gestacijskim) materam in otrokom, ki so bili spočeti s pomočjo MRT, in drugim, ki so del tega procesa – na primer partnerji darovalcev). Pomembno je, da uporabniki poznajo ter razumejo možnosti in posledice, ki jih prinaša odločitev za vključitev »tretjih oseb« v postopke MRT (uporaba darovanih spolnih celic in darovanih zarodkov, nadomestnega materinstva) (ESHRE, 2001; CSIG, 2009; BICA, 2012; BKiD, 2009).

- Četrta skupina so uporabniki, ki imajo zgodovino težav v duševnem zdravju (na primer shizofrenija), zgodovino zasvojenosti od drog in uporabniki s telesno, senzorno ali intelektualno oviro. Tu so tudi tisti, ki imajo hude težave v partnerskem odnosu in ne morejo skleniti sporazuma glede tem, ki se nanašajo na zdravljenje in uporabo postopkov. Tistim, ki so imeli zgodovino zlorabe otrok, centri za reprodukcijo v Združenem kraljestvu niso omogočili uporabo postopkov (ESHRE, 2001: 23–24).

Pomembno je, kdo je upravičen do storitev svetovanja in kdo je končni uporabnik teh storitev. Psihološko-socialno svetovanje v Nemčiji in Združenem kraljestvu je namenjeno tistim, ki si želijo otroke, a jih ne morejo imeti (DE-A; DE-B; DE-C; VB-A). Britanske svetovalke najpogosteje nudijo svetovanje tistim, ki so upravičeni do MRT. Le ena izmed intervjuvanih svetovalk (iz Združenega kraljestva) svetovanje nudi tudi uporabnikom, ki kljub neplodnosti ne želijo uporabiti MRT (VB-D1). Tu je treba izpostaviti, da ta svetovalka ni zaposlena v centru za reprodukcijo in storitve svetovanja ponuja ločeno. Nemški svetovalci svetovanje ponujajo vsem, ne glede na to, ali so vključeni v postopke MRT, in ne glede na to, v kateri fazi izvajanja postopkov so. Tisti, ki so zaposleni na reproduktivnih centrih svetovanje pogosteje izvajajo z uporabnicami postopkov MRT (DE-B; DE-A). Prostor, kjer se svetovanje izvaja pomembno vpliva na to, kdo je končni uporabnik storitev. Svetovalci in svetovalke, ki so zaposleni v centrih, tako svetujejo le tistim, ki se odločajo za uporabo MRT.

Analiza intervjujev je pokazala, da so najpogostejše uporabnice psihosocialnega svetovanja v Nemčiji ženske v poznih 30. oziroma začetku 40. letih (DE-A20, DE-B20). Pomembno

vprašanje je tudi, ali je svetovanje na voljo le domačim državljanom ali tudi tujim državljanom. Le ena svetovalka iz Nemčije je potrdila, da redno izvaja svetovanje s tujimi državljani (DE-A).

Britanske svetovalke pravijo, da svetovanje nudijo istospolnim parom, samskim ženskam, nadomestnim materam, uporabnikom nadomestnega materinstva, darovalcem spolnih celic, uporabnikom darovanih spolnih celic in zarodkov. Ena izmed svetovalk je izpostavila, da svetovanje izvaja tudi s tistimi, ki razmišljajo o zamrznitvi svojih spolnih celic in so v procesu spremembe oziroma prilagoditve spola (transspolne osebe) (VB-C1). Postopki MRT prav tako omogočajo rojstvo otrok, ki nimajo zakonite matere, saj transspolni moški (registrirani kot moški) lahko zaustavijo hormonsko terapijo in s pomočjo moške darovane spolne celice rodijo otroka (Crawshaw, 2009: 272).

Čeprav uporaba postopkov v tujini vodi do etičnih, psiholoških, pravnih dilem in zapletov, se nekateri soočijo s težko situacijo, saj v tujini lahko nimajo dostopa do svetovanja in tudi niso upravičeni do svetovanja v Nemčiji, saj so v tujini uporabili postopke, ki v Nemčiji niso dovoljeni (DE-B8.1). Postavlja se dilema, ali tudi tem uporabnicam omogočiti dostop do svetovanja v matični državi. Vsi intervjuvani iz Nemčije so izpostavili, da mora biti svetovanje na voljo v času, ko se posameznik odloča za uporabo postopkov v tujini (še posebej če se odloča za postopke, ki v Nemčiji niso dovoljeni). Oba nemška svetovalca svetovanje izvajata tudi s tistimi, ki v Nemčiji niso upravičeni do postopkov MRT. Slovenske svetovalke zaposlene v centrih uporabnicam svetujejo, dokler so uporabniki pacienti v centru za reprodukcijo. Britanski svetovalci se s to dilemo ne srečujejo, saj ima Združeno kraljestvo zelo permissivno reproduktivno politiko.

Številni svetovalci zaposleni na centrih se soočajo z osebno etično dilemo, ali svetovati tistim, ki se zaradi zakonske prepovedi odločijo postopke izpeljati v tujini. Vsi intervjuvani iz Nemčije se strinjajo, da bi moralo biti tudi tem parom ponujeno svetovanje. Svetovalci izpostavljajo, da če je to v državi prepovedano, še ne pomeni, da teh uporabnikov ni. Svetovanje tako iščejo tudi tisti, ki so te postopke že uporabili. To področje je tako potrebno urediti s strokovnimi smernicami. Nekateri svetovalci so glede tovrstnega svetovanja zadržani in previdni, saj svetovanja tem uporabnicam uradno ne smejo nuditi. Strokovnjaki, zaposleni v organizacijah (na primer pod okriljem cerkve) s strogo politiko, bi s svetovanjem lahko tvegali izgubo zaposlitve. Tudi svetovalec iz Nemčije tovrstnim

uporabnikom uradno ne sme svetovati in jim zato svetuje na način: *»Če bi vam o tem lahko svetoval, bi vam rekel to in to ...«* (DE-B). Tudi nemški zdravnik izpostavlja, da se z uporabo teh postopkov odpirajo nova vprašanja, za katera je pomembno, da jih pari pred odločitvijo za določene postopke poznajo (DE-C8).

12.2. Obvezno in neobvezno svetovanje

Svetovalčeva naloga je, da se uporabniki počutijo dobro, ne glede na vrsto ponujenega svetovanja. Ne glede na to ali je svetovanje obvezno ali prostovoljno, uporabniki izkušnjo pogosto ocenijo kot pozitivno. Kljub temu pa nekateri svetovanju niso naklonjeni in se ga ne želijo udeležiti, saj zanje predstavlja nepotrebno oviro. Svetovanja v procesu odločanja in priprave na postopke MRT svetovanje lahko ne potrebujejo, saj jim zadostno podporo pri soočanju z izzivi neplodnosti nudijo na primer družina in prijatelji (ESHRE, 2001; Coven, 2011). Uporabnice prav tako psihološko-socialnemu svetovanju niso naklonjeni, saj je lahko stigmatizirano in se zato bojijo, da bi bili z uporabo svetovanja stigmatizirani tudi oni. Uporaba svetovanja v Združenem kraljestvu se pogosto povezuje z negativnimi pomeni, saj pomeni, da ima posameznik hude probleme in zato pomeni osebni neuspeh. Uporabniki se lahko bojijo ocenjevanja in zavrnitve ali pa menijo, da niso dovolj močni, ker niso mogli obvladati čustev. Ljudje se prav tako lahko počutijo stigmatizirane, saj zaradi intimnih področij (želja po otroku in reprodukcije) iščejo pomoč strokovnjakov. Uporabnikovo oklevanje in predsodke je zato treba raziskati že s prvim obiskom na psihološko-socialnem svetovanju. Ta predstavitveni del svetovanja je pomemben za vzpostavitev odprte komunikacije z uporabnicami ter za raziskovanje njihovih idej, pričakovanj in pomislov glede svetovanja (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 423; VB-A).

Obvezno svetovanje zagotavlja, da imajo vsi uporabniki dostop do strokovnih storitev in priložnost razprave o osebnih okoliščinah in vprašanjih. Kljub temu pa obvezna udeležba pomeni, da uporabniki lahko ne bodo želeli o določenih temah govoriti odprto in bodo sumničavi, ali je tovrstno svetovanje res podporno ali jih svetovalci le preverjajo. Med obveznim svetovanjem uporabnice tako lahko govorijo predvsem o medicinskem delu ter posledicah postopkov in ne o čustvenih vprašanjih. Tudi pri prostovoljnem svetovanju uporabnice lahko skrbi, da se jih preverja, vendar pa so v tem primeru bolj pripravljene te skrbi premagati. V tem primeru je tudi svetovanje bolj osredotočeno na čustvene aspekte

neplodnosti in postopkov, še posebej na vprašanja, ki povzročajo trenutno stisko (ESHRE, 2001: 14).

V večini reproduktivnih centrov se svetovanje uporabnicam le ponudi in s tem udeležba ni obvezna. Le nekateri centri določajo, da je psihološko-socialno svetovanje pogoj za vstop v postopke. V Združenem kraljestvu je svetovanje na voljo vsem uporabnikom, vendar pa v praksi centri uporabo svetovanja spodbujajo le pri nekaterih skupinah. Tisti, ki se na primer odločajo za postopke z darovano spolno celico ali nadomestno materinstvo so se tako dolžni udeležiti svetovanja, če želijo pričeti s postopki MRT. Centri so uporabnikom dolžni pomagati, da pridejo do svetovanja, niso pa zadolženi, da ga nudijo (še posebej po postopkih). Tako ni nujno, da je uporabnicam darovanih spolnih celic ali nadomestnega materinstva dostop do postopkov onemogočen, čeprav postopke izvajajo v centru, ki določa, da se morajo udeležiti svetovanja. Kodeks ravnanja HFEA določa, da mora biti svetovanje na voljo skozi celoten proces (tudi ko se postopki končajo in pozneje v življenju ljudi) (Crawshaw, 2009: 279; ESHRE, 2001: 14).

Da je psihološko-socialno svetovanje strokovno in kakovostno, je pomembno, kdo ga izvaja in kakšna naj bo njegova minimalna strokovna usposobljenost. Več pozornosti je tako treba nameniti specializaciji in izobraževanju svetovalcev.

13. Kvalificiranost in izobraževanje psihološko-socialnih svetovalcev

Standardi in priporočila za psihološko-socialno svetovanje so mednarodno različni. Za kvaliteto svetovanja je pomembno, da so svetovalke diplomirale s področja psihologije ali socialnega dela ter so usposobljene s področja, ki se nanaša na zdravstvene vidike reprodukcije. Vzporedno z razvojem MRT, novimi možnostmi in izzivi je pomembno razvijati svetovanje. Pomembno podporo lahko ponudijo intervizijske in supervizijske skupine.

Z zahtevnostjo izkušnje in stiske, s katero se soočajo tisti, ki gredo skozi postopke MRT, se zastavlja vprašanje, kakšna naj bo strokovna usposobljenost svetovalcev in svetovalk, ki jim ponujajo psihosocialno podporo?

Kvalificiranost svetovalcev in svetovalk vsaka država v EU ureja drugače. Nekatere določajo minimalne standarde specializiranosti za področje, na katerem svetujejo, v drugih državah (kot je Slovenija) posebna specializacija za področje, ki se nanaša na neplodnost, ni potrebna. V Združenem kraljestvu HFEA določa minimalne standarde, ki jih mora imeti svetovalec pred svetovanjem. HFEA (1991) pravi, da morajo biti svetovalci, ki nudijo psihološko-socialno svetovanje, po izobrazbi socialni delavci ali imeti enakovredno kvalifikacijo, ki jo priznava *Central Council of Education and Training in Social Work*. Akreditacija britanskega združenja svetovalcev je zadostna kot tudi licenca za prakso psihologa (psihologi s certifikatom) (ESHRE 2001: 17). Smernice ESHRE (2001) izpostavljajo, da tudi strokovna skupina za duševno zdravje ASRM priporoča, da so strokovnjaki in strokovnjakinje diplomirali s področja, ki se navezuje na duševno zdravje (na primer iz psihologije in socialnega dela), ter imajo licenco za prakso. Strokovno morajo biti usposobljeni za področje medicine kot tudi psiholoških vidikov, za področje neplodnosti. Strokovnjaki morajo imeti vsaj eno leto kliničnih izkušenj. Strokovnjaki se morajo prav tako redno udeleževati strokovnih usposabljanj (če želijo obdržati licenco). Kanadske smernice 2009 pravijo, da morajo imeti svetovalci magisterij ali univerzitetno diplomo s področja, ki se navezuje na duševno zdravje (klinična psihologija, svetovalna psihologija, socialno delo, psihiatrija, družinsko svetovanje/terapija in zakonsko svetovanje/terapija). Kanadske smernice prav tako zelo priporočajo, da so včlanjeni v posebno interesno skupino svetovalcev (v Kanadi poteka pod okriljem organizacije CFAS) (CSIG, 2009: 3–4).

Čeprav so smernice, ki se nanašajo na kvalifikacijo svetovalcev, razvile različne organizacije in vladni organi, še vedno ni dogovorjeno, kateri so skupni kriteriji, ki

določajo, kdo naj bi izvajal psihološko-socialno svetovanje. Jasno je le, da morajo biti svetovalci in svetovalke usposobljeni vsaj na enem področju, ki se nanaša na duševno zdravje (na primer socialno delo, psihologija, svetovanje), in morajo biti usposobljeni na področjih, ki se nanašajo na zdravstvene vidike reprodukcije (ESHRE, 2001: 18).

Slovenija in Nemčija nista izdali nobenih zakonskih priporočil ali smernic, ki bi določale, kakšno mora biti strokovno ozadje svetovalcev (v praksi to običajno izvajajo psihologi in socialni delavci). Nemški svetovalec, ki je bil intervjuvan med raziskavo leta 2016, izpostavlja, da je za kakovost svetovanja najpomembnejša, da so svetovalci specializirani za področje neplodnosti (DE-B15). Tudi intervjuvani slovenski psihološko-socialno svetovalci se strinjajo, da bi morali to delo opravljati svetovalci, ki bi bili za to strokovno usposobljeni.

Tudi v Združenem kraljestvu strokovno ozadje ni pomembno, BICA določa le, da je pred specializacijo in akreditacijo vsak svetovalec predhodno strokovno usposobljen in ima izkušnje s področja svetovanja. Svetovalci iz Združenega kraljestva poudarjajo, da so najpomembnejše strokovne izkušnje, ki jih svetovalec dobi v dveh letih pripravnštva (18 mesecev klasičnega svetovanja in specializacija na področju neplodnosti in MRT) (VB-D14; VB-E15). Prav tako je pomembno, da vsi (ne glede na strokovno ozadje) svetujejo enako (VB-C15).

V Združenem kraljestvu je zelo malo psihologov, ki delajo kot svetovalci na področju neplodnosti (VB-E11.3). Nekateri psihološko-socialni svetovalci menijo, da psihologi za to delo niso dovolj opremljeni in je zato bolje, da to opravljajo socialni delavci ali medicinske sestre specializirane za področje travme, izgube in žalovanja. Zadnje bolj razumejo medicinski del postopkov kot tudi doživljanje uporabnikov (VB-C15; VB-A15). Ta specializirana znanja so prav tako uporabna pri uporabnikih s samomorilskimi mislimi, saj lahko strokovno presodi, ali grožnje s samomorom predstavljajo beg pred soočanjem s situacijo ali gre za dejanski poskus samomora. Tega znanja v času strokovnega usposabljanja za psihološko socialnega svetovalca (za področje neplodnosti) ni mogoče pridobiti (saj je to pokrito v največ nekaj tednih) (VB-C15).

Kanadske smernice za psihološko-socialno svetovanje CSIG (2009: 3–4) izpostavljajo, da morajo imeti psihološko-socialni svetovalci znanje o vzrokih, diagnosticiranju in

zdravljenju reproduktivnih težav, poznati morajo zakonodajo, ki ureja področje MRT. Poznati morajo seveda psihosocialne vidike o neplodnosti. Svetovalci morajo imeti znanje o partnerski/zakonski dinamiki. Pomembno je, da svetovalci poznajo teorije o stresu in soočanju ter žalovanju in izgubi. Pomembno je, da poznajo psihosocialne posledice prekinitve nosečnosti. Svetovalci morajo imeti znanja o tem, kako izkušnja neplodnosti vpliva na identiteto in vsakodnevno delovanje uporabnikov. Poznati morajo področje, ki se nanaša na samopodobo in identiteto. Izjemno je pomembno, da svetovalci poznajo tudi zakonodajo, ki se nanaša na pravice otrok, in da poznajo tudi psihosocialna in razvojna vprašanja (vključno z vzgojo otrok po neplodnosti) otrok, ki so spočeti s pomočjo postopkov MRT. Tudi etična vprašanja, ki nastanejo z uporabo MRT, so izjemno pomembno področje, ki ga morajo svetovalci poznati. Svetovalci morajo poznati kratkoročne in dolgoročne potrebe in posledice uporabnikov, otrok kot tudi drugih udeleženih v postopkih MRT. Poznati morajo teme, ki se navezujejo na zasebnost, zaupnost in uporabnikove pravice. Svetovalec mora poznati, kateri viri podpore so posameznikom v njihovem okolju še na voljo.

S hitrim razvojem MRT je izjemno pomembno, da se svetovalci in svetovalke neprestano strokovno izobražujejo in razvijajo na področju, ki se navezuje na svetovanje. Letna srečanja in udeležitev na mednarodnih združenjih reproduktivne medicine so za strokovno delo svetovalcev pomembna (*ibid.*). Svetovalci, ki sem jih intervjuvala, izpostavljajo pomembnost dostopa do supervizije in menijo, da bi morala biti intervizija in supervizija na voljo vsem svetovalcem in svetovalkam. Tako bi bilo priporočljivo, da bi bili na voljo tudi v Sloveniji, kjer trenutno nista razviti.

Supervizijo in intervizijo v Nemčiji pokriva nemška organizacija BKID (*Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland*) in v Združenem kraljestvu BICA (*British Infertility Counselling Association*). BICA sodeluje s številnimi svetovalci in svetovalkami po svetu, z *British Fertility Society* (BFS) kot tudi z drugimi vladnimi in nevladnimi organi (VB-C19). Nemčija dobro urejeno supervizijo za psihoterapevte, ne pa tudi za druge psihosocialne svetovalce. BKID dvakrat letno (neformalno) organizira srečanje psihosocialnih svetovalcev. Zadnje srečanje je bilo 3. in 4. marca 2016 v Frankfurtu, ki sem se ga osebno udeležila tudi jaz. To srečanje ponuja izobraževanje ter podporo v obliki supervizijskih in intervizijskih skupin. Nemški svetovalci in svetovalke med seboj sodelujejo preko posebne interesne skupine za psihosocialno svetovanje ESHRE. Ta za

svoje člane organizira številne delavnice ter nudi učni načrt, ki je dostopen tudi preko interneta. Prav tako sodelujejo s številnimi kolegi preko Mednarodnega združenja psihosocialnih svetovalcev (*The National Infertility Counseling Association*) (tudi s kolegi iz Japonske) (DE-B). Tako se zdi, da so svetovalci in svetovalke v Nemčiji strokovno usposobljeni in da imajo na voljo številna strokovna izobraževanja. Oba svetovalca, ki sta sodelovala v raziskavi leta 2016, vodita številna usposabljanja za nemške psihosocialne svetovalce. Letos načrtujejo ocenjevanje storitev psihosocialnega svetovanja (kje se izvaja, stroški svetovanja) kot tudi drugih oblik psihosocialne podpore (brošure, knjige itd.) (DE-A16).

Združeno kraljestvo dobro razvito in organizirano supervizijo. Britanski svetovalci in svetovalke, ki so člani BACP (*British Association for Counselling and Psychotherapy*), morajo obiskovati supervizijo in intervizijo. Individualna supervizija poteka redno – na dva tedna. Koliko ur supervizije svetovalec potrebuje, je sorazmerno z obsegom njegovih delovnih ur. Vsak svetovalec si individualno poišče svojega supervizorja, ki se najpogosteje nahaja zunaj reproduktivnega centra, lahko pa je zaposlen tudi v centru. Intervizija poteka med strokovnimi delavci na vsaj tri mesece v vsakem okrožju Združenega kraljestva. Ker svetovalci in svetovalke iz različnih okrožij živijo daleč narazen, intervizija poteka tudi preko Skypa. Tu govorijo o kompleksnih primerih iz svoje prakse, etičnih dilemah, novostih, ki jih je treba poznati, spremenjeni zakonodaji in drugih uporabnih informacijah (VB-C; VB-A, VB-D).

Supervizija in podpora kolegov sta zelo pomembni v primerih, ko pride do izgorevanja. Kljub temu, da so svetovalci in svetovalke hitro preobremenjeni, se izgorevanju ne namenja zadosti pozornosti. Svetovalke se soočajo s problemom, saj težko ocenijo, ali je bilo svetovanje uspešno opravljeno ali ne (saj ni fizičnega produkta). Prav tako o svojem delu ne smejo govoriti s partnerjem. Opišejo mu lahko le splošno zgodbo in izpostavijo, kaj se jih je med svetovanjem dotaknilo (brez opisa zgodbe uporabnika). Svetovalka iz Združenega kraljestva pravi, da je bila preteklo leto hudo izgorela, saj je imela preveč uporabnikov – bila pa je edina strokovno usposobljena svetovalka (z akreditacijo BICE) v celem okrožju Brightona. S tem je nastal problem, saj v času njene odsotnosti (4 mesece) centri za reprodukcijo niso imele na voljo nobenega drugega svetovalca, kateremu bi mu lahko naslovile uporabnice. Danes se je to spremenilo, saj se pri svetovalki usposabljata dva svetovalca (VB-D19).

14. Struktura in vsebina psihološko-socialnega svetovanja

Na mednarodno različno strukturo in vsebino psihološko-socialnega svetovanja pogosto pomembno vplivajo spolna usmerjenost, partnerski status in vrsta načrtovanih postopkov. Uporabnicam je najpogosteje ponujeno svetovanje o posledicah, ki pa se pogosto izvaja z namenom podpore storitev MRT in ne uporabnic.

Kljub teoretičnim in metodološkim razlikam se večina svetovalcev strinja, da je glavni cilj svetovanja podpora uporabnikov, da bi imeli boljšo kakovost življenja. Tip ponujenega svetovanja (individualno, skupinsko, partnersko) je odvisen tako od uporabnika in razlogov za njegov stres kot tudi resursov centra za reprodukcijo. Številne svetovne organizacije za neplodne kot tudi številni strokovnjaki izpostavljajo pomembnost individualnega in partnerskega svetovanja. Svetovalci morajo imeti kompetence s področja individualnega svetovanja in svetovanja za pare (ESHRE, 2001; CSIG, 2009: 3–4; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 427).

Priporočljivo je, da se uporabnice osebno ali vsaj preko spleta (forumi) vključijo v podporno skupino. Številni strokovnjaki kot tudi smernice ESHRE izpostavljajo prednosti dela v skupini, saj je uporabnikom pomembno, da imajo možnost kontakta z drugimi uporabniki, ki imajo podobno izkušnjo kot oni. Tisti, ki se soočajo s stigmatizacijo, imajo prav tako pogosto željo po združevanju v majhne socialne skupine, saj te uporabnikom nudijo pomoč in tolažilen občutek in so sprejeti kot drugi normalni ljudje (ESHRE, 2015; ESHRE, 2001; Kahlor, Mackert 2009, kot navedeno v Paul idr., 2010: 139–140; Goffman, 2008).

Pomembno je, da je uporabnikom poleg individualnega svetovanja na voljo tudi skupinsko svetovanje, saj so delavnice zelo uporabne za premike naprej (še posebej za uporabnike darovanih spolnih celic) (Crawshaw in Montuschi, 2014; VB-E3).

Delo v skupini je pogosto razvito na pobudo posameznikov in parov, ki si želijo spoznati osebe s podobnimi izkušnjami. Te skupine so lahko organizirane z namenom deljenja izkušenj uporabnikov, čustvene podpore pridobitve koristnih informacij (o postopkih, dobrih reproduktivnih centrih, posvojitvah, stranskih učinkih zdravil), izboljšanja komunikacijskih veščin, učenje sprostitev tehnik, okrepitev partnerske zveze ali nudenja drugih oblik psihosocialne podpore. Izkušnje udeležencev v skupini omogočajo tudi

medsebojno izmenjavo znanja o uporabnih strategijah obvladovanja situacij (in čustev) ter načine obvladovanja odnosov z družino in prijatelji. Skupine za samopomoč uporabnice opolnomočijo in tudi povečujejo uporabnikovo avtonomijo skozi prokreativno naravo skupine, saj vsak član prispeva k uspehu skupine (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010; Akizuki in Kai, 2008; ESHRE, 2001).

V skupinskem delu je najpomembnejše, da v središču pozornosti ostanejo potrebe posameznikov in parov. Strokovnjaki morajo pri skupinskem delu definirati strukturo, saj je treba določiti število udeležencev in skupinskih koordinatorjev, število srečanj, pogostost srečanj ter tudi čas in prostor, kjer bodo srečanja potekala. Potrebni so dobra organiziranost, natančen pregled srečanj ter evalvacija udeležencev, ki prispeva k novemu načrtovanju bodočih srečanj (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 426).

V Združenem kraljestvu je ženskam na voljo podporni skupina imenovana »*Gateway women*«, katere ustanoviteljica je Jody Day, ki je imela sama izkušnjo uporabe postopkov MRT in svetuje predvsem o tem, kako načrtovati prihodnost, ko se otroci ne rodijo (VB-A18).

Donor Conception Network (DCN) ima dobro organizirane podporne skupine za samopomoč. Psihološko-socialni svetovalci lahko sodelujejo z DCN in vodijo enodnevne in dvodnevne delavnice (10–12 udeležencev) za uporabnice. Skupinski koordinator lahko na podlagi izkušenj uporabnice v naprej obvesti, katere teme so pogosto del delavnic. Čeprav se določene teme ponavljajo, ima vsaka skupina edinstvene karakteristike in so zato delavnice vedno različne. Pomembno je, da je strokovnjak dovolj fleksibilen in se prilagodi interesom navzočih na delavnici (temu, kar menijo, da je zanje uporabno). Kljub potrebni fleksibilnosti, je potrebno določene (temeljne) teme pri vsaki delavnici pokriti (VB-E). Delo v skupini lahko vključuje naslednje teme: žalovanje, izguba kontrole, razlike med spoloma, medosebni odnosi, partnerstvo z medicinskim osebjem, stres in soočanje, proces sprejemanja odločitev, noseče članice, informiranje o socialnih in zakonitih možnostih načrtovanja družine (darovanje zarodkov, darovanje spolnih celic, nadomestno materinstvo, posvojitve), posvojitve in nosečnost po postopkih MRT ter možnost življenja brez otrok. Delo v skupini prispeva k vlivanju upanja (da lahko pride do sprememb), univerzalnosti (zavedanju, da posamezniki niso sami), izmenjavi podatkov in skupinski kohezivnosti. Uporabniki neizpolnjeno željo po otroku in starševstvu počasi premagujejo s

pomočjo oseb, ki imajo podobno izkušnjo kot oni, ter z raziskovanjem alternativ in s tem na novo osmišljujejo svoje življenje (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 426; Miller-Campbell *et al.* 1991; Benyamini *et al.* 2004, kot navedeno v Martins, Peterson, Almeida in Costa, 2011: 2114).

Z vsesplošno uporabo svetovnega spleta in alternativnih medijev bodo tudi virtualne spletne skupine postale bolj konceptualizirane in popularne, uporabnikom na voljo svetovanje preko interneta (uporaba programa Skype), ki je še posebej uporabno za uporabnice iz tujine (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 426; DE-A1; DE-B11). Prilagojene psihološko-izobraževalne intervencije, ki so dostopne preko interneta, lahko koristno prispevajo k čustveni uravnoteženosti nekaterih uporabnikov (na primer tistim, ki se soočajo s hudim stresom) (ESHRE, 2015: 25). Kljub temu, da je dostop do svetovanja izboljššan z uporabo spletnega psihosocialnega svetovanja, od vseh sodelujočih v tej raziskavi, to izvaja le ena svetovalka iz Nemčije (običajno s tujci) (DE-A1).

Svetovanje bi moralo biti ponujeno parom, ki se soočajo z neplodnostjo kot tudi njihovim družinam, da bi se formirali odnosi, ki bi jih vzajemno podprli (Akizuki in Kai, 2008: 2742).

Alternativa obstoječi psihosocialni oskrbi in svetovanju je svetovanje preko telefona. To svetovanje je lahko dostopno kot tudi stroškovno učinkovito. Svetovanje preko telefona poleg informiranja in podpore pomaga tudi pri normaliziranju uporabnikove izkušnje (ESHRE, 2001: 118).

14.1. Trajanje in vrsta psihološko-socialnega svetovanja

Globalizacija je vplivala na politične, ekonomske, socialne in kulturne dimenzije in s tem tudi na življenja posameznikov (Ferguson *et al.* 2005, kot navedeno v Donevska in Trbojevik, 2009: 99). Socialni delavci se soočajo s posledicami neoliberalizma, ki spodbuja, da znanja socialne znanosti zamenja znanje (finančnega) menedžmenta. Logika menedžmenta v socialnem delu je povzročila, da se je pričelo ocenjevanje učinkovitosti

socialnega dela²⁵. S tem so se minimizirale vrednote in poudarili tehnični in pragmatični procesi socialnega dela, ki temeljijo na veščinah in znanju (usmerjen so na to, »kaj deluje«). Z razvojem novih evropskih smernic ESHRE (2015) se pojavljajo številne skrbi, saj smernice zrcalijo vrednote neoliberalne ekonomske politike, ki je osredotočena na rešitve, usmerjene na nalogo²⁶, učinkovitost, uspešnost in temelji na dokazih (Ferguson, 2009; Leskošek, 2009: 1; Staub-Bernasconi, 2009: 16; Ferguson *et al.* 2005, kot navedeno v Donevska in Trbojevik, 2009: 99). V nalogo usmerjeno socialno delo²⁷ v središče postavi uporabnikovo življenje, njegovo definicijo problema in želene rešitve ter cilje za spremenitev tega problema. To je ima določene prednosti, saj je v skladu s temeljnimi vrednotami socialnega dela – spoštovanjem in samodeterminacijo uporabnika. Metoda se prav tako osredotoča na specifične naloge, ki bodo uporabnikom pomagale pragmatično rešiti določen problem. Prav tako izziva nezaželene rešitve za probleme, identificira potrebne ukrepe in ovire na poti proti uresničitvi zastavljenih ciljev. K nalogi usmerjen pristop socialnemu delavcu in uporabniku omogoča, da delata na jasnosti v smislu, kaj lahko v danem času dosežeta, in s tem na realističnih pričakovanjih, kar zmanjšuje razočaranja. Prav tako je pomembna osredotočenost na »tukaj in zdaj«. Čeprav se uporabnice soočajo s številnimi problemi, intervencije z namenom povečanja uspešnosti in učinkovitosti procesa probleme uporabnikov omejujejo (naslovijo največ tri probleme uporabnika). Kljub temu pa Staub-Bernasconi pravi, da z identifikacijo problema lahko pride do svetovanja, v katerem so spregledani psihološki, socialni, ekonomski ali strukturni problemi posameznika. Tako bi socialni delavci morali začeti pri problemih in nato izbrati metodo dela in ne obratno. Kritika k problemu usmerjenih pristopov je, da se preveč osredotočajo na to, kaj je problem in cilje za spremembo tega problema. To temelji na predvidevanjih, da uporabnice nimajo dovolj resursov ali znanja za reševanje svojih problemov. Tu se socialni delavci ne poglobljajo v zgodovino posameznika ter raje skušajo razumeti le dejstva, ki lahko neposredno vplivajo na trenutno reševanje problema. K nalogi

²⁵ Socialni delavci se še danes soočajo z naraščajočimi pritiski organov, ki zagotavljajo financiranje, in pritiski širše javnosti (Healy, 2014, str. 25; SLO-A15).

²⁶ Praksa usmerjena v nalogo je časovno omejena, visoko strukturirana in usmerjena v problem (Healy, 2005, str. 109, 127; Saleebey 2002, kot navedeno v Staub-Bernasconi, 2009, str. 15–16).

²⁷ Pristopi, ki so usmerjeni k nalogi, temeljijo na teoriji, ki je usmerjena v reševanje problemov. Ta teorija je že dolgo del formalnih temeljev socialnega dela in sega vsaj v 60. leta (Healy, 2005, str. 108–109). Med 60. in 70. leti je serija visoko profilnih evalvacijskih študij prakse socialnega dela v Združenih državah Amerike izpostavila pomembno vprašanje o učinkovitosti intervencije socialnega dela (Trinder 2000, Kirk, Reid 2002, kot navedeno v Healy, 2014, str. 25). To je bilo vznemirjajoče predvsem za tiste socialne delavce, ki so se zanašali na odzive uporabnikov. To je vodilo do vzpostavitve projektov, ki so temeljili na dokazih (*angl. evidence-based social work*) in so skušali ponuditi znanstveno utemeljeno prakso socialnega dela. Najboljši primer tega je k nalogi usmerjen pristop (*angl. task-centered practice approach*) Williama Reida in Laure Epstein (Healy, 2014, str. 25).

usmerjen pristop lahko razumemo kot okvir, v katerega lahko vključimo druge teoretične perspektive, dokler se te držijo strukturirane intervencije in so časovno omejene (Staub-Bernasconi, 2009; Healy, 2005).

Pristopi, usmerjeni v reševanje problema, so bili razviti prav za podporo svetovalcev in svetovalk, ki so zaposleni v zdravstvenih in socialnih ustanovah in so zato pogosti med svetovalci in svetovalkami, ki so zaposleni v centrih za reprodukcijo. Ti pristopi so v zdravstvenih kontekstih zelo cenjeni in zato še vedno pridobivajo na moči (to zrcalijo tudi smernice ESHRE 2015). Eden izmed problemov uporabe pristopov, ki so usmerjeni v reševanje problema, je, da so časovno omejeni (eno–dve svetovanji) (Healy, 2005; Healy, 2014). Evropske smernice ESHRE (2001: 7) pravijo, da morata (čustvena) podpora in skrb za dobrobit uporabnic posameznika potekati kontinuirano in tako nista možni v obliki enega obiska. Kljub temu pa se v Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu psihološko-socialno svetovanje najpogosteje izvaja v obliki enega svetovanja pred vstopom v postopke MRT. Uporaba pristopov, ki so usmerjeni v reševanje problema, ni primerna, saj v kratkem časovnem obdobju svetovalci in svetovalke ne morejo vzpostaviti kontinuirane podpore, ki bi temeljila na čustvenih potrebah uporabnic (Healy, 2005: 128). Tudi svetovalke in reproduktivni centri priporočajo več svetovanj, saj ta uporabnice na postopke emocionalno pripravijo in imajo tudi več časa za razmislek o posledicah postopkov (vpliv na partnersko zvezo, travmatične izkušnje). Eno svetovanje tako ni dovolj, saj bi moral vsak psihološko-socialni svetovalec izvesti vsaj dve svetovanji (VB-E2.1). Tisti, ki nudijo eno svetovanje, pogosto nimajo časa za raziskovanje življenjskih zgodb uporabnikov ali pa ocenjujejo da je eno svetovanje dovolj. Nekateri tako več svetovanj (2–3) nudijo le v primeru, ko imajo pari posebne/dodatne potrebe ali večje probleme (DE-B). Tudi slovenski svetovalci pravijo, da je eno svetovanje običajno dovolj. V Sloveniji svetovanje s tistimi, ki načrtujejo uporabo postopkov z darovano spolno celico, običajno traja 45 minut. Klasično svetovanje v Združenem kraljestvu in Nemčiji traja 50 minut. Ta čas je v Združenem kraljestvu določen s pravilnikom. Po 50-minutnem svetovanju ima svetovalec na voljo dodatnih 10 minut za pisanje beležk. Britanske svetovalke, v primerih darovanih spolnih celic in nadomestnega materinstva, namenijo različno časa (število srečanj) uporabnicam. Nekatere menijo, da sta potrebni vsaj dve srečanji po 150 minut. Druge priporočajo eno svetovanje v primeru uporabe celic neznanega darovalca, tri svetovanja v primeru uporabe celic znanega darovalca (prijatelj, sorodnik) in pet svetovanj v primeru nadomestnega materinstva (VB-E; VB-C2). V primeru težkih izkušenj, kot so travmatične izgube, spontane prekinitve

nosečnosti, multiple prekinitve nosečnosti in mrtvorodenosti svetovalke iz Združenega kraljestva priporočajo šest ali več svetovanj (VB-D2; VB-C2). Svetovalke pogosto uporabnicam namenijo več časa, ko svetujejo o posledicah (90–120 minut), še posebej če so uporabniki iz tujine (VB-D1). V Združenem kraljestvu je število brezplačnih svetovanj odvisno predvsem od vrste postopkov, za katere se uporabnica odloči in ne njene čustvene stiske. Kljub temu pa je treba število svetovanj prilagoditi potrebam uporabnic in jim po potrebi ponuditi dodatno svetovanje oziroma možnost srečanja s svetovalcem (preko telefona ali osebno). Nekateri dolgoletni uporabniki storitev MRT imajo tudi po 15 ali 16 svetovanj. Uporabniki tako običajno potrebujejo več kot eno svetovanje, kar pa je problem, saj je svetovanje zelo drago (kot so tudi postopki). S tem svetovanje ostaja dostopno le tistim, ki si ga lahko privoščijo. Razvidno je tudi, da je svetovanje po postopkih pogosto ponujeno, a redkokdaj realizirano. Ni pa jasno, ali je to rezultat nedostopnosti svetovanja (samoplačniško svetovanje) ali dejanskih potreb (oziroma ne-potreb) uporabnikov.

V Združenem kraljestvu HFEA (1998) svetovanje ločuje na informativno, svetovanje o posledicah, podporno in terapevtsko svetovanje²⁸. Leta 2010 je prišlo do spremembe, saj se je HFEA brez posveta interesnih skupin odločil, da bo delitev na različne vrste svetovanja odstranil iz kodeksa. Kljub temu tako reproduktivni centri kot tudi drugi udeleženi v postopkih MRT še danes na enak način ločujejo med vrstami svetovanja. Ta svetovanja pokrivajo različna področja in se zato vsebinsko kot strukturno razlikujejo. Razlikovanje med tremi vrstami svetovanja je predvsem v korist centrov in njihovim politikam zaračunavanja, saj uporabnikom pove, katero obliko svetovanja (brezplačno) nudijo. Reproductivni centri so z velikim povpraševanjem in hitro odvijajočimi storitvami MRT pričeli nuditi predvsem svetovanje o posledicah (Klerk idr., 2005: 1333; VB-E12). Čeprav centri univerzalno ločujejo med vrstami psihološko-socialnega svetovanja, svetovanje o posledicah druge discipline v Združenem kraljestvu lahko definirajo drugače. Centri lahko navajajo, da ponujajo svetovanje o posledicah, vendar pa to svetovanje izvaja medicinsko osebje. To je problem, saj bi morali svetovanje o posledicah izvajati le strokovno usposobljeni psihološko-socialni svetovalci. Svetovanje o posledicah se tako v Združenem kraljestvu najpogosteje izvaja le z namenom podpore storitev in ne ljudi v stiski. Tako je velika razlika med tem svetovanjem in svetovanjem, ki je terapevtske narave in katerega

²⁸ Delovna skupina Kraljevega sklada Združenega kraljestva je leta 1990 prvič razdelila psihosocialno svetovanje. S tem se je strinjal tudi HFEA (VB-E12).

namen je ponuditi kontinuirano podporo uporabnikom v psihosocialnem procesu (Crawshaw, 2009: 279; VB-E).

Psihološko-socialno svetovanje v večini ostaja samoplačniško in za uporabnice zelo drago, saj reproduktivni centri običajno ponujajo prvo svetovanje o posledicah brezplačno, medtem ko sta podporno in terapevtsko svetovanje samoplačniška (Crawshaw, 2009: 279; VB-A; VB-B, VB-C; VB-D; VB-E). Kritje stroškov svetovanja v Združenem kraljestvu je glede na okrožja različno, saj to urejajo različne lokalne vlade in agencije. Čeprav nekatera okrožja nudijo tri brezplačna svetovanja, vsak center posebej določa, kolikšen del (brezplačnega) svetovanja bo ponudil v sklopu enega paketa. Medtem ko nekateri centri v sklopu svojih storitev vsem uporabnikom ne ponujajo brezplačnega svetovanja, saj je to na voljo le za nekatere etično občutljive primere (na primer darovalkam jajčnih celic), drugi krijejo celo toliko brezplačnih svetovanj, kolikor jih uporabnik potrebuje in želi. Uporabniki (v vzhodnem Sussexu) so tako upravičeni le do enega brezplačnega svetovanja (krije ga Britanska nacionalna zdravstvena služba) (VB-D2.2). Zaradi finančnega pritiska uporabniki pogosto uporabijo le prvo, brezplačno svetovanje in ne načrtujejo ponovne uporabe storitev svetovanja (še posebej tisti, ki vstopijo v postopke samoplačniško). Na uporabo svetovanja tako pomembno vpliva to, ali je svetovanje vključeno v ceno paketa storitev MRT v centru za reprodukcijo (Crawshaw, 2009: 279; VB-A; VB-E). S tem so tudi informacije in psihološko-socialno svetovanje dostopni le privilegiranim (DE-B).

Čeprav se v kontekstu medicinskih postopkov naloge svetovanja pogosto ločujejo, se v praksi zbiranje informacij in analiza, svetovanje o posledicah, svetovanje ob sprejemanju odločitev ter podporno in terapevtsko svetovanje običajno prekrivajo (HFEA - Code of Practice 1998, kot navedeno v ESHRE, 2001: 11–12). Mnenja intervjuvanih o tem, ali je možna popolna ločitev svetovanja o posledicah ter terapevtskega in podpornega svetovanja, so različna. Nekatere svetovalke menijo, da groba ločitev svetovanja ni mogoča, saj je svetovanje vedno skupek vseh treh oblik svetovanja. Svetovalke izpostavljajo, da bi težko izvedle le svetovanje o posledicah, saj se v svetovanju prepleta tudi terapevtsko svetovanje. Ljudi tako ne moremo kategorizirati, saj pogosto nimajo preprostega življenja in se lahko soočajo z zmešnjavo protislovij. Ločevanja svetovanja je tako nesmiselna, saj bi moral obstajati le en pristop, ki je strokovni podporni in terapevtski pristop. S tem bi se ljudje lažje soočali s situacijami, obenem pa bi pridobili tudi informacije in podporo med postopki (DE-A; VB-D; VB-C; VB-E15, VB-E15.1). Kljub

temu pa nekatere svetovalke v Združenem Kraljestvu še vedno grobo ločujejo med svetovanji (VB-C1).

1. Svetovanje o posledicah uporabe MRT in informativno svetovanje

Svetovalci so na centrih lahko zaposleni z namenom kakovostne psihosocialne podpore uporabnikom, birokratskih formalnosti ali v podporo storitvam reproduktivnih tehnologij. Reproductivni centri v Združenem kraljestvu najpogosteje ponujajo svetovanje o posledicah (angl. *implications counselling*) in ga izvajajo z namenom, da podprejo svoje storitve in s tem zadostijo določenim kriterijem, preden uporabniki vstopijo v postopke. Nekateri centri preveč pozornosti namenjajo tem birokratskim postopkom. Svetovanje o posledicah tako ni klasično svetovanje, saj je pogosto vnaprej formulirano, določeno s kontrolnim seznamom in poteka hitro. S tem je jasno organizirano in nudi zelo specifične informacije (dejstva, zakonodajne določbe, obrazec za sporazum o starševski odgovornosti), ki jih morajo posamezniki poznati pred vstopom v postopke (BICA, 2013: 4; VB-E2.2; VB-C; VB-D3).

Svetovanje, katerega namen je informiranje in raziskovanje posledic, mora uporabnicam ponuditi oporo pri raziskovanju možnosti, ki so na voljo.

Namen svetovanja o posledicah uporabe MRT in informativnega svetovanja (angl. *information counselling*) je podpora uporabnic pri raziskovanju in razumevanju možnosti, posledic in tveganj določenih odločitev (na primer posledice uporabe določenih postopkov zanje, njihove partnerje, družino in bodoče otroke) in sprejemanju primernih odločitev (Crawshaw, 2009; ESHRE, 2001; Blyth, 2012; VB-D8). Svetovanje o posledicah je zelo pomembno že pri prvem svetovanju, saj je treba z uporabniki raziskati potencialne posledice uporabe postopkov. V svetovanju o posledicah uporabniki raziskujejo ideje, dileme in druga vprašanja, o katerih še niso razmišljali. Tu se običajno pokrijejo najpomembnejše teme. Pomembno je, da uporabniki razumejo, v kakšne postopke vstopajo, in tudi druge dobljene informacije, in da čim več sprašujejo. Pomembno je, da so pridobljene informacije za uporabnika smiselne. Čeprav je to svetovanje o posledicah še posebej pomembno v primerih uporabe darovanih spolnih celic in nadomestnega materinstva, mora biti del vsakega svetovanja. Svetovanje o posledicah lahko poteka v obliki individualnega svetovanja, skupinskega svetovanja ali svetovanja za pare (ESHRE, 2001: 12; VB-A; VB-C; VB-D).

Svetovanje o posledicah je prav tako lahko pomembno, ko so težave z zanositvijo lahko rezultat preteklih travmatičnih izkušenj, ki sta jih posameznik ali posameznica doživela. Svetovalci morajo o njih govoriti pred uporabo postopkov MRT (z darovano ali lastno spolno celico) (VB-A).

1.1 Osnovne informacije pri prvem svetovanju

Pri prvem svetovanju uporabniki redko vedo, kaj pričakujejo od psihološko-socialnega svetovanja. Definiranje psihološko-socialnega svetovanja na začetku svetovanja je tako ključno (naslovitev nerealističnih pričakovanj uporabnikov). Z vzpostavitvijo jasnega dogovora o sodelovanju svetovalec lahko povabi uporabnice, da začnejo govoriti o svoji izkušnji neplodnosti. Previdno raziskovanje želja po otroku in s tem individualnih, odnosnih in socialnih motivov nudi vpogled v posameznikovo močno željo oziroma potrebo po otroku (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 423).

Tudi svetovalka iz Združenega kraljestva pare ob prvem svetovanju vedno vpraša, zakaj so prišli na svetovanje ravno sedaj, kaj jih je pripeljalo do sem in pri čem želijo pomoč. Nekateri težko pridejo na svetovanje in se tu razgovorijo. Nekateri pridejo na svetovanje in le sedijo v tišini in tudi to je dobro in je treba temu nameniti prostor in čas. Ta tišina je spoštljiva, lahko zelo občutljiva, pogosto podcenjena in je tudi potrebna, saj posameznik lahko nima besed, s katerimi bi opisal situacijo. Zelo izčrpavajoče je, da morajo neprestano napredovati in vsemu slediti. Drugi pari svoje življenje opišejo narativno in začnejo s tem, kako se je vse začelo v preteklosti in počasi napredujejo z zgodbo do danes. Drugi pripoved začnejo s sedanjostjo, kako je sedaj. Ženske in moški pogosto različno govorijo o svoji življenjski zgodbi. Moški sprva raje govorijo o drugih področjih v svojem življenju (na primer o svoji službi) in postopoma preidejo na temo neplodnosti. Pomembno je, da posamezniki dokončajo pripoved, čeprav se ne navezuje na postopke in neplodnost (VB-A5; VB-D5).

Svetovalec iz Nemčije pri prvem svetovanju raziskuje osnovne informacije o uporabnikih, kot je starost uporabnikov, koliko časa si že želita otroka, kdaj sta vstopila v postopke MRT, katere postopke sta že opravila in katere medicinske postopke načrtujeta v prihodnosti. Na prvem svetovanju (kot tudi vseh naslednjih) nemški svetovalci govorijo o stopnji uspešnosti MRT ter drugih alternativah (planu B,C). Pomembno je, da se

uporabnice zavedajo, da je možnost, da postopki ne bodo uspešni. Pari lahko raziskujejo in med seboj primerjajo, kaj jih motivira k uporabi MRT, kje so si zastavili meje (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 423; VB-D; DE-B; DE-A).

V Združenem kraljestvu nekateri reproduktivni centri določajo, da se morajo vse posameznice pred vstopom v postopke MRT oglasiti pri psihološko-socialnem svetovalcu. Šele po svetovanju se srečajo z zdravnikom, medicinskimi sestrami in ginekologi. Prvo svetovanje (svetovanje o posledicah) je povezano z medicinskim procesom, skozi katerega bo šel par. Nekatere svetovalke menijo, da je potrebno govoriti o tveganjih in zapletih, ki nastanejo z uporabo darovane spolne celice (dedovanje dedne bolezni darovalca) in o tem ali je uporaba darovanih spolnih celic varna. Druge svetovalke se s tem ne strinjajo in pravijo, da svetovanje ne raziskuje medicinskega procesa, temveč kako bodo postopki vplivali na posameznika oziroma par (več v poglavju 14.2). Ena izmed pomembnih tem med svetovanjem o posledicah je govor o pravicah otrok (več o tem v poglavju »Korist otroka – od molka do razkritja«). Svetovanje o posledicah je izjemno pomembno v primerih, ko so v postopkih udeleženi »tretji« (so-starševstvo, darovalci spolnih celic – še posebej če daruje sorodnik ali prijatelj) (več v poglavjih »So-starševstvo« in »Anonimni in imenovani darovalci spolnih celic«). Nekatere svetovalke v Združenem kraljestvu nudijo svetovanje o posledicah tudi tistim, ki so v procesu spremembe oziroma prilagoditve spola (transspolne osebe) in želijo zamrzniti spolne celice (VB-A; VB-B; VB-C; VB-D),

Čeprav svetovanje o posledicah običajno poteka v obliki enega svetovanja, se priporoča dodatno svetovanje pred svetovanjem o posledicah kot tudi dodatno svetovanje po njem. Še pred prvim svetovanjem z uporabniki je dobro opraviti telefonski razgovor in uporabnice vprašati o morebitnih izgubah. S tem svetovalka razišče, ali bi se uporabnice želele o tem (in s tem povezanim žalovanjem) na svetovanju pogovoriti. S predhodnim svetovanjem imajo uporabniki čas, da raziščejo občutke žalovanja, razbremenijo um in se tako med svetovanjem o posledicah lažje koncentrirajo na vse dobljene informacije. Na naslednjem svetovanju se pogovorijo o temah, ki so jih izpostavili na prvih dveh srečanjih (VB-D). Čeprav je redko izpostavljena emocionalna priprava uporabnic na postopke MRT, je to pomemben del svetovanja (VB-D3; VB-A1).

Časovna omejenost svetovanja o posledicah je neprimerna, saj številni strokovnjaki izpostavljajo, da je treba na začetku vsakega svetovanja govoriti o subjektivni in dejanski

etiologiji neplodnosti, še posebej v primeru idiopatske neplodnosti (ko vzroki za neplodnost niso znani) (več v poglavju 0).

2. Podporno svetovanje

Podporno svetovanje (angl. *support counselling*) je pomemben del psihološko-socialnega svetovanja, po katerem pogosto sledi terapevtsko svetovanje (CSIG, 2009: 3–4; ESHRE, 2001: 13).

Čeprav je čustvena podpora del vsake na pacienta osredotočene medicinske oskrbe, je podporno svetovanje dodatno osredotočeno na vire in resurse, ki jih uporabnik ima v svojem življenju (podpora družine, prijateljev, podporne skupine). Namen podpornega svetovanja je nudenje čustvene podpore, ki je še posebej pomembna v primerih, ko se ljudje soočajo s stresom, stisko in ambivalentnimi občutki. Podporno svetovanje uporabnice podpre pri obvladovanju fizičnih in čustvenih stisk (neizpolnjene želje po otroku, socialnih ali družinskih pritiskov kot tudi uporabe postopkov MRT in neuspehov). Pari sprva potrebujejo podporo pri odločitvi za primerno vrsto postopka MRT, nato pa potrebujejo dodatno podporo, da izbrane postopke izvedejo. Uporabniki lahko potrebujejo dodatno podporo v času invazivnih postopkov, obdobju čakanja na rezultate, ob neuspešnih zanositvah, prekinitvah nosečnosti in odločanju za prenehanje uporabe postopkov (BICA, 2012; ESHRE, 2001: 13; VB-A; DE-A).

O podpornem svetovanju svetovalci in svetovalke niso veliko govorili. Tako so izpostavljali predvsem razliko med svetovanjem o posledicah ter terapevtskem svetovanju. Zdi se, da so podporno svetovanje vključili kot klasičen del celotnega procesa svetovanja, ki poteka v katerikoli fazi svetovanja (VB-A1).

3. Terapevtsko svetovanje

Uporabnice lahko terapevtsko svetovanje uporabljajo individualno ali v skupini. Terapevtsko svetovanje se od podpornega svetovanja razlikuje predvsem po tem, da ga ni mogoče zajeti v prvem svetovanju in je tako v obliki več srečanj. Svetovalci se v Združenem kraljestvu soočajo s časovno stisko, saj so pari na čakalni listi za terapevtsko svetovanje (VB-C1; DE-B12). Posledično številni svetovalci in svetovalke uporabnice ob večjih potrebah napotijo k strokovnjakom za terapevtsko svetovanje, ki se jim lahko bolj posvetijo (5–10 svetovanj) (DE-B12; VB-E15). V Združenem kraljestvu se terapevtsko

svetovanje od podpornega svetovanja razlikuje tudi po tem, da ni standardizirano, je brez kontrolnega seznama in ni vnaprej določeno. Na voljo je vsem, ne glede na to, ali je uporabnik v postopke vstopil z lastnimi spolnimi celicami ali darovanimi spolnimi celicami. V terapevtsko svetovanje vstopi približno 75 odstotkov posameznikov, ki pa so pred tem na čakalni listi za svetovanje (VB-C1).

Klasično terapevtsko svetovanje temelji na podpornem svetovanju, saj nudi podporo pri razvijanju strategij obvladovanja in reševanja problemov. Terapevtsko svetovanje omogoča razumevanje pomenov in posledic neplodnosti in življenja brez otrok. Skozi terapevtsko svetovanje uporabnice lažje sprejmejo svojo situacijo in reflektirajo osebne probleme in (družinsko) zgodovino. Tovrstno svetovanje uporabnikom pomaga pri soočanju z neprostoovoljnim življenjem brez otroka kot tudi pri soočenju s postopki. Uporabnikom pomaga pri tem, da prilagodijo pričakovanja situaciji, v kateri so se znašli (Crawshaw, 2009: 279; ESHRE, 2001: 13–14).

Svetovalci lahko pri svojem delu uporabljajo modele o izgubi (prikazujejo krivuljo sprememb), ki so namenjeni uporabnikom lažji vizualizaciji procesa in so prilagojeni različnim uporabnikom, kot so samske ženske, istospolne partnerice, heterospolni pari, tistim, ki želijo zamrzniti svoje celice itd. (VB-B).

Posameznice lahko v času soočanja z neplodnostjo poročajo o občutkih tesnobe in depresije. Terapevtsko svetovanje lahko hitro postane svetovanje o žalovanju ali partnersko svetovanje, še posebej idiopatska neplodnost je za uporabnice pogosto zelo težka. Veliko nemških in britanskih uporabnic se za terapevtsko svetovanje odloča ravno zaradi travmatičnih izkušenj, izgube (fizične in psihološke) ter žalovanja in v terapevtskem svetovanju raziskujejo smisel in razloge za svojo neplodnost kot tudi rešitve kako zmanjšati občutke tesnobe. Svetovalci iz Nemčije in Združenega kraljestva kot tudi evropske smernice ESHRE (2001: 13–14) izpostavljajo, da je treba več pozornosti nameniti žalovanju in izgubi uporabnikov, saj je to pomemben del terapevtskega svetovanja.

Pomemben del terapevtskega svetovanja je tudi govor o problemih in dinamiki v partnerski zvezi, težavah s spolnostjo ter pritisku, ki ga povzroča problem z zanositvijo (več o tem v poglavju »8.2.1«).

Čeprav posamezniki v postopke vstopijo z lastnimi spolnimi celicami in v terapevtskem svetovanju najpogosteje govorijo o izkušnji neplodnosti, jih proces lahko vodi do katerega koli dela njihovega življenja. Svetovanje tako lahko poteka tudi o drugih problemih, dilemah in ovirah, ki niso neposredno povezane z uporabnikovo neplodnostjo in postopki MRT (lahko se nanaša na spolne zlorabe, občutke negotovosti in občutke brezmočnosti) (VB-C).

Velik del terapevtskega svetovanja se navezuje tudi na spontane prekinitve nosečnosti. V postopke uporabniki lahko vstopijo po izkušnji težkega poroda, mrtvorojenosti, spontane prekinitve nosečnosti ali travmatičnega poporodnega obdobja, kar lahko re-travmatizira doživete izgube. Zelo travmatične so situacije, ko je na primer ženska sedem tednov noseča in ob pregledu ni jasno, ali se zarodek razvija v redu (majhen zarodek, počasen srčni utrip ali tega ni). Svetovanje takoj po slabi novici ali neuspešnem postopku ni priporočljivo, čeprav ima ta izkušnja veliko posledic. Oseba je še v šoku in zato takojšnje svetovanje pogosto ne pripomore k boljšemu počutju uporabnika. S tem je majhna verjetnost, da se bo ta na svetovanje vrnil. Pomembno je, da se svetovanje izvede pozneje (čez nekaj dni, teden dni), ko uporabnik situacijo vidi bolj jasno in je že govoril s splošnim zdravnikom.

Uporabniki se prav tako soočajo s številnimi izgubami, kot so možnost naravnega spočetja otroka, romantične ideje, kako spočeti otroka, izguba zasebnosti ob vstopu v postopke MRT, neuspešni postopki. V primeru neuspešnih postopkov je treba raziskati, kaj je šlo narobe, kakšni so bili stroški, kateri postopki so bili uporabljeni in katere so bile ovire v tem procesu. Raziskati je treba, kako par doživlja proces, v katerem potrebujeta zdravnika, kot tudi to, da je uporaba MRT javni proces in ne ostane osebna izkušnja. S parom je treba prav tako govoriti o medicinskih intervencijah.

V Sloveniji je malo svetovalnega časa namenjenega parom, ki se soočajo s posledicami neuspešnih postopkov. Svetovalec mora raziskati, v katere postopke je par vstopil in kateri drugi postopki so zanj še sprejemljivi. V terapevtskem svetovanju je pomembno raziskati, ali nadaljevati s postopki in kakšne so možnosti. Tu se raziščejo tudi primeri, ko uporabniki želijo uporabiti z zakonom nedovoljene postopke v tujini (na primer želi »dizajnerskega otroka«). Svetovanje mora raziskati tudi pričakovanja glede števila

ciklusov, ki si jih je par zastavil. Tako je treba raziskati, koliko postopkov imajo namen še izpeljati in kdaj z njimi zaključiti (CSIG, 2009; VB-C1; VB-A).

Nekateri o istih travmatičnih izkušnjah govorijo ponavljajoče, tako se lahko vedno znova vračajo na doživete spontane prekinitve nosečnosti in se sprašujejo, kaj je vodilo do tega, kar je pogosto del svetovanja. Svetovalec mora uporabniku pustiti, da ga vodi in obenem biti pozoren na njegovo mimiko telesa (na primer uporabnica, ki ne more zanositi in se vsakič, ko izreče besedo »matere«, dotakne svojega trebuha). Svetovalec se mora vživeti v situacijo uporabnika, »stopiti v njegove čevlje« ter zgraditi most med njima tako, da uporabnik ve, da se svetovalec izjemno trudi, da bi ga razumel. Ker svetovanje pomeni tudi podporo v žalovanju, lahko uporabnik vidi, da se je celotna situacija dotaknila tudi svetovalca in je uvidel težo celotne situacije. Kljub temu svetovalec ne ponuja nobene popolne rešitve, odgovora, kot tudi ne obstaja zdravilo, ki bi rešilo stisko uporabnika. To je lahko za uporabnika in svetovalca zelo frustrirajoče. Uporabniki lahko svetovalce prosijo za rešitev, da bi se njihova bolečina prenehala. Svetovalka iz Združenega kraljestva jim v teh primerih razloži, da si želi, da bi lahko kaj naredila, da bi se bolečina prenehala, vendar ne more. Lahko je le tu z uporabnikom in posluša njegovo življenjsko zgodbo. In že to lahko zelo pomaga. Tako ni nobenega scenarija, kaj naj bi svetovalec govoril, svetoval, saj je svetovanje odvisno od uporabnika in kaj on govori. To svetovalce tudi zelo razbremeni (VB-D).

Razvijati je treba alternativne možnosti za življenje kot tudi koncepte jaza (poslanstvo, identiteta) za prihodnost. Svetovanje nudi pomoč pri reševanju problemov in konfliktov v posameznikovem življenju (problemi na področju spolnosti, partnerskega odnosa, medosebnih problemov). Posebna pozornost je tako namenjena strategijam obvladovanja stresnih situacij in minimizaciji stiske (ESHRE, 2001: 13–14).

V terapevtskem svetovanju se lahko raziskujejo ideje o starševstvu, kaj pomeni biti starš in kako vzgajati otroka (priprava na starševstvo). Posamezniki prav tako raziskujejo komu in kdaj zaupati svojo izkušnjo, kako se ob tem počutijo in kakšne so morebitne posledice tega razkritja (VB-C; VB-A; VB-E).

V primerih travmatičnih izkušenj, lahko zelo pomagajo rituali, ki so za uporabnice zelo terapevtski. O travmi in simbolnih ritualih (pokop izgubljenega otroka, pisanje pisma

otroku, posaditev drevesa), so govorili tako nemški kot tudi britanski svetovalci. To uporabnicam pogosto pomaga skozi proces žalovanja in poteka v sklopu enega ali dveh svetovanj (DE-B8.1; VB-E8.1). Svetovalka iz Združenega kraljestva priporoča v branje poglavje v knjigi Petre Thorn *»Adopting after infertility«* (2010), ki govori o delu z rituali. Svetovalka iz Združenega kraljestva je pri vsakem svetovanju uporabnikom ponavljala, da verjame, da bo prišel čas, ko bo vse lažje in da se bodo počutili, da je zopet vredno živeti. Prav tako je dodala, da če tega trenutno ne morejo verjeti, bo ona to verjela zanje – dokler ne bodo tega začeli verjeti sami. Tako ljudje vedo, da nekdo drug verjame, da lahko to premagajo (VB-E8.1).

Za dobro strokovno delo je pomembno empatično delo svetovalca, ki je dober poslušalec (VB-D14). Skozi skrben, pozoren, empatičen in razumevajoč odnos svetovalca se posameznik lažje spoprime z ovirami in izzivi med zdravljenjem neplodnosti kot tudi po končanih (uspešnih ali neuspešnih) postopkih. S pripovedovanjem občutljivih, zasebnih in pogosto neizgovorjenih (a nič manj obremenjujočih) zgodb posamezniki dobijo nov vir podpore že s poslušanjem in spodbujanjem svetovalcev (*»Ne skrbi, saj se bo rešilo!«*; *»Rešilo se bo, le še malo zdrži!«*) (Akizuki in Kai, 2008: 2739; ESHRE, 2001: 7). Prav tako svetovalni proces posameznikom pomaga razviti občutke obvladljivosti in realna pričakovanja o rezultatih zdravljenja (Paul idr., 2010: 140). Pomembno je, da se uporabnice počutijo sprejete in imajo občutek, da jih svetovalec ali svetovalka sliši in razume (oziroma se trudi, da bi jih razumel). Pomembno je, da svetovalci pokažejo skrb in zanimanje za posameznikove izkušnje (Akizuki in Kai, 2008: 2739).

14.2. »Screen IVF« in svetovanje o tveganjih

Čeprav se uporabniki z uporabo postopkov MRT soočajo s številnimi tveganji, se o tveganjih in posledicah uporabe postopkov piše in govori premalo. Smernice ESHRE (2001, 2015) izpostavljajo, da so nekateri uporabniki bolj občutljivi glede obremenitev, ki jih prinašajo postopki in zato potrebujejo dodatno psihosocialno podporo. Da so ti posamezniki prepoznani (in dobijo primerno podporo), morajo biti zaposleni v centrih pozorni na posebne karakteristike uporabnic, ki nakazujejo na to, da so izpostavljeni višjim tveganjem ali imajo večje potrebe pred in med postopki ter po njih. Zaposlenim so na voljo orodja, s katerimi lažje prepoznajo in ocenijo potrebe ter potencialna tveganja pri

uporabnikih. Orodja pa so lahko uporabna tudi za neizkušene socialne delavce (Healy, 2005: 55).

Screen IVF je eno izmed orodij, ki je primerno predvsem za tiste, ki se soočajo z neplodnostjo in se odločijo za uporabo postopkov MRT. To omogoča identificiranje uporabnikov, ki so v času, ko izvedo za rezultate postopkov, izpostavljeni večjemu čustvenemu tveganju. Smernice ESHRE (2015) priporočajo, da je orodje *Screen IVF* uporabljeno pred vsakim ciklusom, saj omogoča oceno tveganj za razvoj čustvenih problemov po postopkih. Orodje prav tako omogoča oceno dejavnikov, ki so prispevali k čustvenim težavam uporabnikov. V primeru, ko s pomočjo orodja *Screen IVF* strokovnjak oceni, da je uporabnica izpostavljena tveganju, je pomembno, da jo napoti k psihološko-socialnemu svetovalcu ali psihoterapevtu, ki je za to področje specializiran. Svetovalcem in svetovalkam je v Združenem kraljestvu na voljo tudi orodje imenovano »*The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool*« (DE-A11.3).

Britanski in nemški svetovalci tem orodjem niso naklonjeni in jih ne uporabljajo, saj so po njihovem mnenju nepotrebna in neosebna. Tudi zdravnik iz Nemčije se strinja, da je odnos zdravnik–pacient bolj učinkovit kot vprašalnik, saj lahko zastavlja osebna vprašanja in dobi osebne odgovore (DE-C11.3). V Združenem kraljestvu so tem orodjem naklonjeni predvsem psihologi, ki pa (kot sem že omenila) redko svetujejo tistim, ki se soočajo z neplodnostjo in se odločajo za postopke MRT. Slovenski svetovalci teh orodij ne poznajo.

Uporabnikom postopkov MRT mora biti tako na voljo psihološko-socialno svetovanje o tveganjih in stopnjah uspešnosti, ki jim zagotovi čustveno oporo, pomaga razumeti posledice zdravljenja neplodnosti in kako se spoprijeti z njimi (ESHRE, 2001). Svetovalci morajo z uporabniki raziskati pričakovanja do postopkov, opozoriti na stopnjo uspešnosti in časovne omejitve kot tudi občutke, čustva in posledice morebitnih tveganj (CSIG, 2009).

Govor o tveganjih in zapletih za pare predstavlja tabu in zato o njih na začetku zdravljenja ne želijo razpravljati (večplodnih nosečnosti, zdravstvenih problemih pri otrocih itd.) (DE-B8). Uporabniki z vstopom v postopke pogosto vso svojo pozornost in energijo usmerijo na izvajanje postopkov in zato pogosto začnejo poglobljeno razmišljati o čustvih, doživetem in občutkih šele po postopkih (VB-D3).

Tu se pojavlja pomembno vprašanje, ali je bolje o vseh tveganjih uporabnice obvestiti pred vstopom v postopke, ali je bolje o tem svetovati, ko do teh situacij pride? Vsi strokovnjaki, ki so sodelovali v raziskavi, se strinjajo, da morajo biti uporabniki pred vstopom v postopke v celoti obveščeni (o tveganjih, možnih zapletih in stopnjah uspešnosti postopkov), da lahko sprejmejo pravilno odločitev zase. Britanski svetovalci o tveganjih in zapletih običajno govorijo v svetovanju o posledicah (VB-C8). Britanska svetovalka pravi: *»... pare vedno pripravim na te nezaželene izide. Nobenega zagotovila ni, da do teh situacij ne bo prišlo. O teh vprašanjih vedno govorim pred postopki, saj je pozneje lahko prepozno.«* (DE-A8). Kljub temu ena izmed britanskih svetovalk tistim, ki prvič vstopijo v postopke MRT, ne svetuje o tveganjih in možnih zapletih (VB-C8).

Svetovanje pred vstopom v postopke je pomembno, saj se uporabnice lahko soočijo s hudimi travmatičnimi izkušnjami (VB-B18.1). Tisti, ki razmišljajo o uporabi postopkov, imajo pravico vedeti o zdravstvenih tveganjih, etičnih vprašanjih, propadlih zakonskih zvezah in globoki depresiji, ki je povezana z neuspešnimi postopki. Kljub zgodbam o uspehih in rojstvu otrok s pomočjo postopkov MRT, redko slišimo tiste, ki so obupali in šli skozi zasvajajoče, izčrpavajoče in travmatične cikle (Zoll in Tsigdinos, 2013: 20). Z uporabniki je treba govoriti o tveganju prekinitve nosečnosti in neuspešnih postopkih (ESHRE, 2001: 25; VB-C8; DE-B3). Nemški svetovalci uporabnicam vedno razložijo, da 50 odstotkov parov ostane brez otrok (statistika tistih, ki so uporabili tri cikle IVF). Svetovalci menijo, da se posledice mednarodnega reproduktivnega turizma šele kažejo. Za uporabnice, ki se odločajo za uporabo postopkov v tujini, je predhodno psihološko-socialno svetovanje pomembno, saj jih opozori na nevarnosti komercializacije MRT, na tvegane medicinske postopke, in jih povabi, da premislijo o svoji finančni situaciji. Pritisk komercialnih reproduktivnih centrov je velik, saj vedno znova iščejo načine, kako ponuditi čim širši spekter storitev čim večjemu številu uporabnic. Par se mora zavedati, da postopki lahko niso uspešni in da lahko vložita ogromno denarja v nekaj, kar se na koncu ne bo izšlo (Thorn in Wischmann, 2009: 74; VB-A6.2; DE-B3). Svetovalke morajo z uporabniki raziskati občutke, čustva in posledice, ko so postopki neuspešni (ni zarodka za prenos) ali je bil prenos zarodka neuspešen. Z uporabo postopkov v tujini se uporabniki lahko srečajo s ponudbami za prenos več zarodkov hkrati, kar se jim zaradi finančnih razlogov lahko zdi zanimivo. S tem skušajo povečati možnost uspeha, znižati stroške postopkov in se izogniti stresu potovanja (v primeru iskanja reproduktivne pomoči v tujini). Ker so tveganja

večplodne nosečnosti (angl. *multiple pregnancy*) previsoka (še posebej pri trojčkih), je pomembno, da strokovnjaki in strokovnjakinje raziščejo uporabnikove občutke glede prenosa več zarodkov in opozorijo na to tveganje (priporoča se prenos največ dveh zarodkov) (CSIG, 2009; VB-C; DE-B; DE-A). Nemška svetovalka opozarja, da ima kar 50 odstotkov njenih uporabnikov, ki so pomoč poiskali v tujini, dvojčke (DE-A8). Psihološko-socialni svetovalec mora z uporabniki raziskati, kako bi bilo biti starš dvema ali trem otrokom enake starosti. Z uporabniki je tako treba sprejeti odločitve, kaj storiti v primeru, če bi se bilo treba odločiti za selektivno redukcijo zarodkov (angl. *selective fetal reduction*) (ESHRE, 2001: 65-67). Uporabnice je prav tako treba napotiti na organizacije, ki nudijo dodatno specializirano podporo in svetovanje, kot je Antenatal resource in choices (ARC) v Združenem kraljestvu (VB-B8).

Svetovalke morajo z uporabniki raziskati občutke, čustva in posledice glede prirojenih okvar ob rojstvu. Tako je treba pri psihološko-socialnem svetovanju govoriti o tveganjih, kot so hendikipirani otroci, ter o dednih boleznih, ki so lahko preskočile generacijo (CSIG, 2009; VB-C8; DE-B3). Psihološko-socialni svetovalke morajo uporabnikom darovane spolne celice razložiti, da njihova uporaba ni 100-odstotno varna, saj v redkih primerih lahko pride do primera, ko ima darovalec dedno bolezen, ki je preskočila generacijo. Tako se pogovarjajo o vrstah testov, skozi katerega gredo darovalci spolnih celic, medicinskih informacijah o darovalcu in informacijah o njegovih starših. Če otrok od darovalca podeduje to bolezen in se ne razvija v redu (abnormalnosti, motnje), so darovalci spolne celice v Združenem kraljestvu zaščiteni pred tožbo uporabnikov (VB-C8). Svetovalci menijo, da psihološko-socialni svetovalci svetovanja o tveganjih ne smejo izvajati, saj za to niso zadostno kvalificirani. Naloga psihološko-socialnih svetovalcev je le, da uporabnice podprejo, da lažje sprejmejo odločitev. Če se karkoli navezuje na genetiko, je treba uporabnice usmeriti k strokovnjakom, ki izvajajo genetsko svetovanje (VB-D8; VB-E8). Namen psihološko-socialnega svetovanja je tako podpora uporabnic pri raziskovanju občutkov, čustev in posledic, ki so povezane z tveganji.

Čeprav smo o tveganjih, ki so povezana z uporabo postopkov v tujini, že govorili v poglavju »2.4«, bi tu dodatno izpostavila tveganja nadomestnega materinstva v tujini (še posebej, ko je to v matični državi uporabnika z zakonom prepovedano). O tovrstnih nevarnostih poroča primer iz medijev, ko je nemški par pomoč nadomestnega materinstva poiskal v Indiji. Paru sta se s pomočjo indijske nadomestne matere rodila dvojčka. Ker je v

Nemčiji zakonita mati otroka tista, ki ga rodi, par kar dve leti otrok ni smel pripeljati v Nemčijo. Ko se je to razrešilo na sodišču, sta otroka v Nemčiji takoj posvojila in s tem postala zakonita starša. Na tovrstne nevarnosti na svojih spletnih straneh opozarjajo tudi številne ambasade. Kljub temu Indija ni zanimiva destinacija za nemške pare (je predaleč, druga kultura in klima) in ti pogosteje pomoč iščejo v Rusiji in Ukrajini (DE-B8). Ljudje potrebujejo objektivne, neodvisne nasvete s strani zdravstvenih delavcev kot tudi psihološko-socialnih strokovnjakov. S tem je pozornost usmerjena na korist posameznika in korist otrok ter ne le na dobiček (Zoll in Tsigdinos, 2013: 20).

15. Korist otroka – od molka do razkritja

Podporno starševstvo in korist otrok sta pogosto del razprav, ki se nanašajo na to kdo ima pravico do uporabe postopkov MRT in starševstva. Govor o zgodovini otrokovega spočetja je pogosto del psihološko-socialnega svetovanja. Pomembna vprašanja na katera je potrebno v svetovanju odgovoriti so: Kdaj, kako in zakaj otroku povedati ter katera so s tem povezana tveganja?

Z razvojem postopkov MRT in različno regulacijo postopkov MRT (kdo je do njih upravičen) je postalo pomembno vprašanje na kaj se nanaša korist otrok. Kot sem že omenila v poglavju »2.2« je korist otrok pogosto argument tistih, ki nasprotujejo, da samske ženske in istospolni pari uporabljajo postopke MRT, saj menijo, da je za razvoj otroka boljše če ima dva starša različnega spola. V poglavju »5« smo prav tako pokazali, da družinska oblika, spolna usmerjenost staršev in genetska povezanost staršev z otrokom ni osnova, od katere je odvisna otrokova prihodnost.

Vse do zadnjega desetletja je uporaba postopkov z darovano spolno celico globalno potekala v skrivnosti. Zdravniki so heterospolnim parom v postopkih z darovano moško spolno celico svetovali, naj o tem ne govorijo z nikomer, tudi otrokom ne. Zdravniki so verjeli, da to ščiti zasebnost moškega partnerja in njegove družine pred stigmo, ki je povezana z neplodnostjo, kot tudi pomaga pri okrepitvi vezi med očetom in otrokom. V postopkih so bile uporabljene le spolne celice anonimnih darovalcev, katerih identiteta ne bo nikoli znana. Za anonimnost darovalcev so zavedno ali nezavedno poskrbeli zdravniki, semenske banke in drugi, saj so redko vodili evidenco o darovalcih spolnih celic. Ker je bilo na voljo zelo malo podatkov o darovalcih spolnih celic, so tudi starši pogostejše ostali tiho in skušali otroke z molkom zaščititi pred tem, da ne morejo izvedeti nič o darovalcih in s tem o polovici njihove biološke zgodovine. Posledično so le redki otroci oziroma odrasli pridobili informacije o svojem izvoru po darovalcu spolne celice (Scheib in Hastings, 2010). Kakovost informacij o darovalcih spolnih celic še danes med centri za reprodukcijo zelo variira, saj nekateri centri ne zberejo veliko podatkov in tako otrok ne dobi veliko informacij. Med strokovnjaki so tudi različna mnenja glede pomembnosti zapisovanja teh informacij. Kljub dokazom, da je otrokom pomembno povedati o njihovi biološki zgodovini, nekateri zdravniki temu niso naklonjeni in parom svetujejo, naj otroku ne povedo (DE-B6.2; Crawshaw, 2009). Nekateri molčijo preprosto zaradi prepričanja, da človeku tisto, česar ne ve, ne more škoditi.

Pomembno vprašanje je, ali je hierarhično pomembnejša avtonomija parov ali korist otroka? S tem vprašanjem se bori predvsem Nemčija, ki si izrazito prizadeva zaščititi vse udeležene v postopkih MRT. Če je pomembnejša zadnja, je otrokom treba povedati o njihovi biološki zgodovini (DE-B).

K odprtemu govoru o darovanih spolnih celicah sta prispevala dva dejavnika, o katerih se je največ govorilo v ZDA, Kanadi, Združenem kraljestvu in na Nizozemskem. Prvi so bila poročila o trpljenju posameznikov, ki so po naključju izvedeli za svoj družinski izvor in/ali pa so čutili, da v družini obstaja »družinska skrivnost« (Scheib in Hastings, 2010). Priporočila strokovnjakov in strokovnjakinj so se v zadnjih 40 letih zelo spremenila, saj vsi intervjuvani svetovalci in svetovalke iz Nemčije, Združenega kraljestva in Slovenije²⁹ izpostavljajo, da je za razvoj in prihodnost otrok pomembno, da otrok pozna svojo biološko zgodovino in jim je na voljo zadosti informacij in podpore. S tem se uporabnice izognejo tveganju, da bi otrok o uporabi darovane spolne celice izvedel pozneje v življenju.

Na to se počasi odzivajo tudi združenja za reproduktivno medicino in zvezne vlade, saj so tudi številne smernice za prakso (ASRM, CSIG) začele priporočati, da starši otrokom v otroštvu (v primernem času in na primeren način) povedo o uporabi darovane spolne celice (Scheib in Hastings, 2010; CSIG, 2009: 31; DE-B11). V Združenem kraljestvu je nov kodeks ravnanja HFEA pripomogel k odkritosti in odprtosti. Ta pravi, da dobro starševstvo temelji na iskrenosti od otrokovega zgodnjega otroštva (o njegovi biološki zgodovini), kot tudi navaja metode, kako otrokom povedati (HFEA, 2016a: 56; Crawshaw, 2009: 282–283). Z letom 2009 je tudi v Nemčiji postalo jasno, da morajo otroci poznati svojo biološko zgodovino in da je to otrokova pravica, zato to ni več le priporočilo strokovnih smernic BKiD ter strokovnjakov in strokovnjakinj (DE-B11). Kljub konvenciji o otrokovih pravicah, ki pravi, da ima otrok pravico poznati svoj izvor, po zakonodaji otrok nima pravice poiskati darovalca ali darovalke spolne celice (SLO-A; ZZNPOB, 2000, 18. člen).

Zaposleni v britanskih centrih pravijo, da je treba ločiti med potrebami bodočih staršev in potrebami otrok, čeprav je to pogosto težko, saj so starši na svetovanju prisotni in je

²⁹ Tudi zakon ZZNPOB (2000, 6. člen) pravi, da so do postopkov OBMP upravičeni zakonski ali zunajzakonski partnerji, pri katerih se utemeljeno pričakuje, da sta v takem psihosocialnem stanju, da bosta sposobna opravljati starševske dolžnosti v korist otroka.

njihova bolečina vidna, medtem ko otrok še ni rojen. Naloga strokovnjakov in strokovnjakinj je zaščita koristi otrok in širše družbe, kar pa je lahko v nasprotju z interesi bodočih staršev (Lee, Sheldon in Macvarish, 2017: 83).

Ali naj bodo potem postopki na podlagi »koristi otrok« na voljo le tistim, ki so otrokom pripravljeni povedati o njihovi biološki zgodovini?

Nemške in britanske svetovalke opozarjajo, da se zaradi stigmatizacije neplodnosti nekatere britanske in nemške uporabnice odločajo za uporabo darovanih spolnih celic v državah, ki omogočajo anonimnost darovalcev. S tem zagotovijo, da uporaba darovane spolne celice ostane skrivnost in da otrok nima možnosti pridobitve identifikacijskih podatkov o darovalcu. Tistim, ki se za uporabo postopkov v tujini odločijo zaradi finančnih razlogov in na primer obiščejo Češko in Španijo, svetovalci svetujejo, naj postopke raje izpeljejo v državah, ki dopuščajo dostop do podatkov o darovalcih³⁰. V nasprotnem primeru imajo otroci rojeni s pomočjo anonimnih darovalcev manj pravic kot otroci, katerih starši so uporabili postopke v Nemčiji ali Združenem kraljestvu. Ti otroci ne bodo poznali svoje biološke zgodovine in ne bodo imeli dostopa do informacij o darovalcu ali darovalki spolnih celic. Nemški svetovalci uporabnikom pogosto svetujejo, naj obiščejo Finsko in ne Združeno kraljestvo (ki je sicer bližje in dopušča dostop do podatkov o darovalcih), saj se ta sooča s primanjkljajem darovanih ženskih spolnih celic. S tem se ne strinjajo britanske svetovalke, ki pravijo, da v Združenem kraljestvu ne primanjkuje darovanih ženskih spolnih celic in darovanih zarodkov in da čakalne dobe niso dolge. Opozarjajo tudi na nevarnosti izkoriščanja uporabnikov, saj nekateri britanski zdravniki uporabnikom svetujejo obisk nekaterih zasebnih bolnišnic v tujini, ki ponujajo hitre postopke, brez čakalnih dob. Ta priporočila temeljijo na finančnih interesih zdravnikov, ki so lahko (so)lastniki teh bolnišnic v tujini (VB-E).

Kljub prednostim razkritja v Združenem kraljestvu noben zakon starše ne zavezuje, da morajo otroku povedati o njegovi biološki zgodovini. Prav tako na otrokovem rojstnem listu ne piše nič, kar bi nakazovalo na to, da je bila uporabljena darovana spolna celica (v primeru nadomestnega materinstva in posvojitve je to zapisano na rojstnem listu).

³⁰ Semenska banka Cryos na Danskem ponuja zamrznjene spolne celice anonimnih in ne-anonimnih darovalcev spolnih celic kot tudi bodočim uporabnicam ponuja veliko podatkov o darovalcih spolne celice (BBC2 Documentary, 2015).

Trenutno v Združenem kraljestvu otroci spočeti s pomočjo darovane spolne celice za darovanje lahko izvedo le, če jim to nekdo pove, ali preko DNK-testiranja (Crawshaw, 2009: 282). Smernice za psihološko-socialno svetovanje, ki jih je izdala BICA (2012) pravijo, da čeprav svetovanje lahko nudi številne pomembne informacije, spodbudi uporabnikovo sprejemanje odločitev in lahko s pomočjo svetovanja svojo situacijo vidi iz druge perspektive, svetovalci ne smejo uporabnikom nuditi nasvetov in jih nagovarjati k določeni akciji. Ko v Združenem kraljestvu bodočim svetovalke staršem svetujejo, naj otroku povedo, to ni ne v korist otroka kot tudi ne bodočih staršev. Britanske svetovalke se strinjajo, da je z uporabniki pomembno raziskati le prednosti in slabosti razkritja otroku in jih informirati o priporočilih strokovnjakov in rezultatih raziskav. Svetovalčeva naloga tako ni svetovanje o tem, kaj je pravilna odločitev in kaj (in kako) naj pari naredijo, saj je odločitev (ali bodo otroku povedali o njegovi biološki zgodovini) uporabnikova. Kljub temu pa je svetovalkam lahko bolj prijetno delati z uporabniki, ki so zelo izobraženi in se počutijo dobro ob tem, da bodo otroku povedali o njegovi biološki zgodovini (VB-B6.2).

S tem pa se strinja tudi vse več uporabnikov, ki vstopajo v postopke MRT. Danes se vse več staršev zaradi psiholoških, etičnih in medicinskih razlogov odloča, da bodo otroku povedali o zgodovini njegovega spočetja (Zaviršek, 2012: 149; Thorn in Wischmann, 2009: 74). V zadnjih dvajsetih letih je v Nemčiji prišlo do velikih sprememb, saj so na začetku le redki starši z otroki govorili o njihovi biološki zgodovini. Danes so vsi pari in samske ženske razkritju (od otrokove zgodnje mladosti) naklonjeni (DE-B11). Tudi v Združenem kraljestvu je odprtost sprejema na veliko višji ravni, saj ljudje ne potrebujejo več prepričevanja o odkritosti, temveč le podporo, kako otroku povedati (VB-E6.2).

Zanimivo je, da so istospolni partnerji pogosteje naklonjeni razkritju kot heterospolni partnerji. Do sedaj so le redki heterospolni pari otroku povedali o zgodovini njegovega spočetja, medtem ko nasprotno skoraj vse istospolne partnerice otroku povedo o njegovi zgodovini (kot tudi skoraj vse, ko je še majhen) (Zaviršek idr., 2008: 125; Brewaeys 2001; Scheib *et al.* 2003, kot navedeno v Scheib in Hastings 2010: 21–22). Tudi v Sloveniji vse več ljudi meni, da je ključno povedati otroku o zgodovini njegovega rojstva. Slovenski starši se ne ozirajo več toliko na (morebitno) stigmatizacijo in ne namenjajo več toliko energije temu, da bodo videti kot otrokovi biološki starši, temveč kako mu bodo razložili njegov izvor, čeprav biološkega starša ne bo mogel najti (Zaviršek, 2012: 142–143; Bregar, 2012: 88).

Zaradi anonimnosti darovalcev in pomanjkanja biografskih in identifikacijskih informacij o darovalkah in darovalcih spolne celice se starši lahko soočajo s stisko in nelagodjem – še posebej v primerih, ko želijo biti z otrokom odprti glede njegove zgodovine in mu želijo pomagati v obdobju odraščanja. Starše lahko skrbi glede zdravja otroka, saj nimajo dostopa do vseh zdravstvenih podatkov o darovalcu. Starši se tako lahko se odločijo za molk, saj je darovanje anonimno in nimajo nobenih informacij o darovalcu spolnih celic (Zaviršek, 2012a: 105; Scheib in Hastings 2010: 21; Zaviršek, 2012: 147; Crawshaw, 2009: 285). Tako ni jasno, ali je otrokom huje živeti s potencialno frustracijo, da ne bodo nikoli mogli izvedeti več o darovalcu in ga spoznati, ali je huje to, da za darovanje ne vedo. Strokovnjaki pravijo, da čeprav darovalec spolne celice ostane anonimen, je razkritje priporočljivo, saj se s tem starša izogneta družinski skrivnosti in ne ogrozita zaupanja med njima in otrokom (Thorn in Wischmann, 2009: 75). Prav tako so raziskave pokazale, da otroci želijo vedeti za način spočetja, čeprav se z darovalci ne bodo želeli srečati (Blyth, Landau, 2004 in Blyth, Farrand, 2005, kot navedeno v Zaviršek 2012: 148).

Čeprav to področje, ki se nanaša na anonimnost darovalcev in darovalk, države različno urejajo, se tu zastavlja vprašanje, ali je anonimno darovanje v 21. stoletju še možno?

Do danes so številne države ukinile anonimno darovanje spolnih celic. Švedska je bila prva država, ki je leta 1984 ukinila anonimno darovanje spolnih celic. Takrat so temu sledile številne države, kot so Avstrija, Finska, Islandija, Nizozemska, Nova Zelandija, Švica, Združeno kraljestvo, Nemčija in nekatere države Avstralije (Novi Južni Wales, Viktorija in Zahodna Avstralija)³¹. Pogost strah ob ukinitvi anonimnosti pri darovalcih je, da se bo za darovanje odločalo manj posameznikov in posameznic, saj njihova identiteta ne bo več skrivnost. Združeno kraljestvo je kljub temu tveganju leta 2005 ukinilo anonimnost darovalcev. Strah, da bo s tem spolne celice darovalo manj ljudi, se je izkazal za neutemeljen. Z razvojem tehnologije 21. stoletja in vse bolj natančnim in finančno dostopnim genetskim testiranjem se zdi, da anonimnost darovalcev ne obstaja več (oziroma je ni mogoče več zagotoviti). Google je razvil »23andMe«, ki za približno 100 evrov posameznikom nudi možnost globalne primerjave genetskega materiala in lociranja oseb, s katerimi si delijo del genskega zapisa. Do danes je že več kot tri milijone ljudi uporabilo

³¹ Anonimno darovanje spolnih celic je na voljo v ZDA, Kanadi, Španiji, Franciji, Sloveniji, na Japonskem in Kitajskem (Harper, Kennett in Reisel, 2016, str. 1136; ZZNPOB, 2000, 18. člen).

neposredno genetsko testiranje. Vse države, ki nudijo storitve anonimnih ali imenovanih darovanih spolnih celic, bi morale svoje darovalce obvestiti, da jim anonimnost ne bo mogla biti več zagotovljena, če bo njihov DNK ali DNK sorodnika dodan v bazo podatkov. Tudi s pomočjo programov za prepoznavanje obrazov posamezniki lahko poiščejo ljudi, ki so bili označeni na slikah (angl. *tagged*). Darovalca lahko najdejo tudi s pomočjo slike, ko je bil še otrok (to so lahko dobili v reproduktivnem centru). V Združenem kraljestvu pa je ob prijavljanju za britanski potni list potrebno navesti tudi dejstvo, ali je bila uporabljena darovana spolna celica. Ta podatek je evidentiran v bazi podatkov o posamezniku (in ne v potnem listu), zaradi varnostnih ukrepov proti trgovini z otroki ter čezmejnemu sporom (Crawshaw, 2009: 282; Harper, Kennett in Reisel, 2016; Brigham, Cadier in Chevreul, 2013: 669; Raes, Ravelingien in Pennings, 2013: 560; VB-B, DE-A).

Skrivnosti v družini in izogibanje določenim temam za starše predstavlja težko breme, ki vpliva na družinsko dinamiko. Če se starši odločijo za skrivnost, je pomembno raziskati, kako bodo s to skrivnostjo (do konca življenja) živeli (VB-D6.1; VB-E6.1). Ženske, ki so v mladosti uporabile postopke z darovano spolno celico, se danes lahko bojijo, da bi dobile Alzheimerjevo bolezen ali demenco in otroku to skrivnost nehote povedale. Vloge se s starostjo lahko tudi obrnejo, saj je otrok lahko primoran svojemu ostarelemu staršu z demenco razložiti, da je njegov otrok in da je uporabil darovano spolno celico (VB-B6.2). Med tveganja, da bi otrok nehote izvedel o svoji biološki zgodovini, se uvrščajo tudi primeri, ko starši o uporabi darovane spolne celice povedo prijateljem in družini, ne pa tudi otroku (Harper, Kennett in Reisel, 2016: 1135; VB-B3.1). Do neplaniranega razkritja pogosto pride v težkih situacijah na primer ob ločitvi staršev, družinskih prepirih ali smrti. Za otroke je tako izjemno škodljivo, če pozneje v svojem življenju izvedo o zgodovini svojega spočetja (pomotoma ali ko jim to povedo starši). V teh situacijah otroci lahko čutijo jezo in žalost, da so bili zavajani ter izgubijo zaupanje. To lahko oškoduje tako družinske odnose kot tudi psihološko in zdravstveno korist otroka. Posledice tega so kriza identitete in bolj ali manj resne travme otroka (Thorn in Wischmann, 2009: 76; Scheib in Hastings, 2010; VB-B).

Nekateri svetovalci so mnenja, da je etično sporno, ko se uporabniki storitev odločijo, da otroku ne bodo povedali o zgodovini njegovega spočetja. Prav tako se ne strinjajo s politiko reproduktivnih centrov, ki v postopke sprejemajo uporabnice za katere vedo, da otroku ne bodo povedali. Tu je razlika ali je otrok že rojen in mora biti nameščen v varno

družinsko okolje (posvojitev) in ali ta še ne obstaja in so postopki izpeljani le zato, ker nekdo želi postati starš (VB-B14; VB-E14).

S tehnološkim razvojem, priporočilom strokovnjakov in evropskih strokovnih smernic, tveganjem nenačrtovanega razkritja ter željo ljudi, ki želijo imeti možnost dostopa do podatkov o darovalcih in darovalkah spolnih celic, je razvidno, da pravica vedeti o svoji biološki zgodovini ni več le priporočilo temveč pravica otrok. Tudi v Sloveniji je zato potrebno spodbujati k de-anonimizaciji darovalcev in darovalk spolnih celic in s tem k transparentnosti in odprtim odnosom.

1. Stigmatizacija neplodnosti

V Nemčiji sta neplodnost in uporaba darovanih spolnih celic še vedno tabuizirani in zato ljudje niso sproščeni glede razkritja uporabe darovanih spolnih celic. Z razkritjem načina spočetja se posledično razkrije tudi partnerjevo neplodnost. Bodočim staršem morajo svetovalci pojasniti, da je v številnih primerih odziv ob razkritju, da so uporabili darovano spolno celico, manj negativen, kot so pričakovali. Ker v Nemčiji prihaja do destigmatizacije, se več staršev odloča otroku to informacijo razkriti in s tem premagati svojo stisko glede zavrnitve in stigmatizacije. Čeprav je razkritje otroku avtonomna odločitev staršev, je pomembno, da tudi v primerih, ko se odločijo za molk in nerazkritje, svojo določitev reflektirajo s podporo strokovnjaka (Thorn in Wischmann, 2009).

V primeru sekundarne neplodnosti lahko potencialno pride do situacije, ko sta oba starša biološko povezana s prvim otrokom, medtem ko pri drugem nista (saj je bila uporabljena darovana spolna celica ali zarodek). Starši se z molkom lahko želijo izogniti morebitnim bodočim problemom. O tem morajo starši govoriti z otroki, ko so še majhni. Ko se odločijo za razkritje, lahko pride do nepredvidljivih situacij, saj eden izmed otrok lahko reče: *»Želim si, da ne bi imela svojega brata, s tem denarjem bi lahko vsi šli na Florido.«* Na te situacije morajo biti starši pripravljeni in se zavedati, da če je njim neprijetno glede dejstva, da sta uporabila darovano spolno celico, bo tudi otrokom (VB-B14). Raziskati je treba, katere informacije je uporabnicam prijetno deliti (in katere jim ni prijetno deliti). Tako je pomembno, da gredo skozi proces sprejemanja darovanih celic, preden se odločijo vstopiti v postopke z darovano spolno celico (CSIG, 2009: 31; VB-B14). Pomembno je, da otrok dobi sporočilo, da je uporaba darovane spolne celice v redu in da je to dejstvo o starših, ki so v tistem času potrebovali pomoč darovalca (VB-E6.1). Kljub temu pa moški

in ženske v Združenem kraljestvu poročajo, da se s tem, ko potrebujejo darovano spolno celico, počutijo, kot da jim je spodletelo. O tem sprva ne želijo razmišljati in govoriti, saj to zanje predstavlja občutljivo področje in si zato želijo, da se celoten postopek čim hitreje odvije in zaključi. Uporabniki pogosto pozneje ugotovijo, da se ob uporabi darovanih spolnih celic počutijo neprijetno in živijo z ogromno skrivnostjo. Do tega lahko pride v socialnih interakcijah, ko nekdo reče: »*Le poglej, popolnoma enake oči imata.*« Do tega lahko pride tudi, ko začnejo razmišljati o posledicah z medicinskega vidika ter iz perspektive radovednega otroka (VB-A6.1).

V izjemnih primerih lahko pride do situacije, ko razkritje ni v korist ne otroka kot tudi ne para. Zato je v psihološko-socialnem svetovanju treba raziskati, katere so posledice molka (zasebnosti) in katere posledice odprtosti, razkritja. Svetovalci in svetovalke morajo tako upoštevati enkratni socialni kontekst, v katerem bo otrok odrasel, in raziskati, ali je razkritje otroku bolj škodljivo za par ali za otroka (CSIG, 2009: 31; VB-C6.2). Kljub temu, da so svetovalke naklonjene, da se z otrokom govori o njegovi biološki zgodovini, je v nekaterih primerih molk za vse udeležene koristen. Par lahko živi v državi, ki popolnoma prepoveduje uporabo darovane spolne celice kot tudi je uporaba darovanih spolnih celic močno tabuizirana. Otrok bi bil s strani družbe preganjan, ne bi bil upravičen do dedovanja in ne bi bil prepoznan kot njun otrok. Skrivnost je v tem kulturnem kontekstu tako popolnoma primerna (VB-A6.1). Če bi se v tem primeru otroku povedalo, starši ne bi mogli več nadzorovati, komu bo otrok povedal. Če mora otrok to informacijo ohraniti kot skrivnost, je to zanj zelo škodljivo, saj pomeni, da del otrokove biološke zgodovine ni nesprijemljiv in ga je zato treba skriti (VB-D6.1, VB-E6.1).

2. Razkritje in odnosi v družini

Raziskava, ki je potekala med leti 2006 in 2008 v Sloveniji, je pokazala, da zaradi strahu pred stigmatizacijo starši otroku ne bi razkrili, da so uporabili darovano spolno celico, saj jih je bilo strah, da bo njihovo starševstvo videno kot »nepravo«. Starše je prav tako skrbelo, da se bo otrok odmaknil od staršev in jih ne bo imel več za »prave« starše, ko bo izvedel, da z njimi ni biološko povezan. Starše lahko skrbi za otrokovo samopodobo in da se bodo z razkritjem odnosi s sorodniki poslabšali (Zaviršek, 2011; Zaviršek idr., 2008: 125).

V primerih, ko otroci lahko dostopajo do identifikacijskih podatkov o darovalcih in darovalkah spolnih celic je pomembno raziskati odnos otroka do darovalca. Starše je lahko strah, da bo otroka ob razkritju »vleklo« k darovalcu in bo tako očeta (oziroma socialnega starša) obravnaval kot sekundarnega in ga sčasoma tudi zavrnil (npr. ob puberteti) (Thorn in Wischmann, 2009: 75). Nekateri tako raje molčijo, saj jih skrbi, da bo otrok navezal stik z darovalcem, s katerim je genetsko povezan (Edwards 1998, 2004, kot navedeno v Hudson, Culley, Rapport, Johnson in Bharadwaj, 2009: 68).

To nelagodje staršev lahko pripelje do tega, da otroci biološke starše iščejo na skrivaj, saj se ob tem počutijo krive in imajo občutek, da staršem delajo krivico (Zaviršek, 2012a: 102). Pomembno je, da se starši zavedajo, da je bila njihova vzgoja pravilna, tudi če si otrok pozneje v življenju želi poiskati darovalca (VB-E6.1). Pomembno je izpostaviti, da je treba otroke pripraviti tudi na to, da si darovalci lahko ne bodo želeli kontakta z njimi (lahko imajo svojo družino) (VB-A6.2). Svetovalke morajo staršem zagotoviti, da je oče otroka edini oče v njegovem življenju in tako darovalec ni pomembna oseba v otrokovem življenju. Prav tako se starši lahko bojijo, da metoda spočetja negativno vpliva na družinsko dinamiko, kar se lahko odraža v problemih pri vzgajanju otroka. Tako je pomembno, da svetovalka staršem zagotovi, da imajo družine, zgrajene s pomočjo darovane spolne celice, tipične strese v družinskem življenju in tako niso vsi konflikti povezani z naravo otrokovega spočetja. Uspešna psihološka integracija glede načina spočetja je zelo tesno povezana z odprto naravo staršev in njihovo tendenco k izogibanju skrivnostim (Thorn in Wischmann, 2009: 75). Tudi Suzan Golombok pravi, da otroci, ki že od začetka živijo s starši, s katerimi niso biološko povezani (posvojeni otroci, otroci rojeni s pomočjo MRT), ne kažejo nič več psiholoških težav v primerjavi z vrstniki, ki so odrasčali v tradicionalnih družinah. Na otrokov razvoj pomembneje vplivajo družinski procesi kot pa družinska struktura, in je zato mit, da je genetska povezanost pogoj za močno vez med starši in otroki, ovržen (Urh, 2009: 114). Otroci ki rastejo z vedenjem, da so bile uporabljene darovane spolne celice, v odraslosti niso zaskrbljeni glede družinske zgodovine, svoje plodnosti (saj bi bila neplodnost lahko dedna), kot tudi ne čutijo, da bi kdo v njihovem življenju manjkal. Ko razmišljajo o darovalcu, se pogosto spomnijo na zgodbo staršev, ki so mu jo pripovedovali skozi celotno otroštvo (VB-B6.2).

15.1. Psihološko-socialno svetovanje v primeru darovanih spolnih celic

Postopki MRT z darovanimi spolnimi celicami ponujajo pomembno rešitev tako heterospolnim parom, ki se soočajo z neplodnostjo, kot tudi samskim ženskam³² in istospolno usmerjenim uporabnicam (CSIG, 2009: 10). Cilj socialnega dela je učinkovito partnerstvo³³ z uporabnikom ob upoštevanju njegove specifičnosti realnosti, ki jo pozna le on sam (Blundo, Greene, Gallant 1994, kot navedeno v Milošević Arnold in Poštrak, 2003: 140; VB-C6.2). Za psihološko-socialne svetovalce je tako izjemno pomembno Lüssijevo metodično načelo »komunikacije (stika)«, saj moramo k sodelovanju povabiti vse, ki bi lahko prispevali k rešitvi problema ter povečali možnost zelenega razpleta (Lüssi, 1990: 89). Tako je pomembno, da se individualno in skupinsko svetovanje izpelje z vsemi, ki so udeleženi v postopkih MRT (ne-anonimnimi darovalci in darovalkami spolnih celic, prejemniki in prejemnicami spolnih celic, partnerju darovalca), saj je s tem zagotovljeno, da se s sprejetimi odločitvami vsi strinjajo (CSIG, 2009; Thorn in Wischmann, 2009: 77). Pomembno je tudi metodično načelo »vsestranske koristnosti«, ki poudarja, da se problem reši na način, da bo koristen za vse udeležene v problemu in rešitvi. Problem je optimalno rešen, ko vsi soudeleženi v problemu delijo svoja občutja in težnje in z delovanjem prispevajo vsestranski koristi (Lüssi, 1990: 88). S tem se strinjajo tudi strokovnjaki in strokovnjakinje ter izpostavljajo, da je v procesu psihološko-socialnega svetovanja izjemno pomembno govoriti o dobrobiti bodočih otrok, še posebej, ko so v postopkih MRT udeležene »tretje osebe« (Thorn in Wischmann, 2009). Že pred vstopom v postopke je v psihološko-socialnem svetovanju treba raziskati, ali z uporabo postopkov MRT lahko pride do kakršnih koli tveganj za otroka (DE-B3).

Čeprav je svetovanje pogosto namenjeno vsem uporabnicam, je v praksi najpogosteje ponujeno in se izvaja z uporabnicami, ki v postopke vstopijo z darovano spolno celico. Tudi v Sloveniji so najpogostejši uporabniki psihološko-socialnega svetovanja tisti, ki se odločijo za darovano žensko ali moško spolno celico, saj je le v tem primeru svetovanje obvezno pred uporabo postopkov. Čeprav glede na potrebe uporabnikov zdravnik lahko

³² Svetovalci morajo pri samskih ženskah, ki se odločijo za postopke MRT z darovano moško spolno celico, raziskati, kaj jih k tej odločitvi motivira in kako so pripravljene na enostarševsko družino (tudi finančno). Ponuditi jim je treba (čustveno) podporo med postopki. Z njimi je treba raziskati, kateri so pogosti stresni dejavniki pri enostarševskem vzgajanju. Potrebno je raziskati, kateri socialni in čustveni viri podpore jim bodo po rojstvu otroka (v njihovi socialni mreži) na voljo (CSIG, 2009, str. 12).

³³ Pojem partnerstva izvira že iz 20. stoletja, iz del Mary Richmond in Jane Addams, in je danes vključen v vse glavne teorije in prakse socialnega dela (Healy, 2014, str. 17).

tudi tiste, ki vstopijo v postopke z lastnimi celicami, napoti na psihološko-socialno svetovanje (ZZNPOB, 2000, 22. člen, 24. člen), se slovenski psihološko-socialni svetovalci s temi uporabniki ne srečujejo. Tudi v Združenem kraljestvu je svetovanje o tveganjih izvajano le s tistimi, ki uporabijo darovane spolne celice ali zarodke, in ne s tistimi, ki prvič v postopke vstopijo z lastnimi celicami. Kljub temu pa se s posledicami in tveganji soočajo tudi pari, ki v postopke vstopijo z lastnimi celicami (stigmatizacija neplodnosti, izolacija, neuspešni postopki, »čustven vrtiljak«, prekinitve nosečnosti, mrtvorojenosti, partnerske obremenitve, skrbi glede zdravja otroka, travmatično poporodno obdobje itd.). Spontane prekinitve nosečnosti so namreč še posebej pogoste v primerih, ko uporabnice v postopke MRT vstopijo z lastnimi spolnimi celicami. Tako je pomembno, da se uporaba svetovanja spodbuja in ponuja tudi tem uporabnicam.

Kljub temu pa mednarodne organizacije in številni strokovnjaki pomembnost svetovanja (za vse udeležene) izpostavljajo predvsem v primerih, ko so uporabljene darovane spolne celice (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 427; Thorn in Wischmann, 2009; Peterson idr., 2012; DE-C8).

Za prakso psihološko-socialnih svetovalcev so izjemno koristna nemška priporočila BKiD, ki so posebej za primere postopkov MRT z darovano moško spolno celico³⁴ razvila strokovne psihološko-socialne smernice (Thorn in Wischmann, 2009: 75). Smernice se v številnih točkah prekrivajo s kanadskimi strokovnimi smernicami za psihološko-socialne svetovalce - CSIG (2009). Ker se običajno izvaja svetovanje z uporabniki, ki se odločijo za postopke MRT z darovano spolno celico, sem posebno pozornost namenila smernicam za ta namen. Če povzamem priporočila psihološko-socialnih svetovalcev iz Združenega kraljestva in Nemčije, kot tudi priporočila drugih strokovnjakov in združenj za reproduktivno medicino ter mednarodnih strokovnih smernic, mora psihološko-socialno svetovanje v procesu podpore (potencialnim) bodočim staršem nasloviti naslednje teme, ki se navezujejo na korist otrok:

³⁴ Kot smo že omenili, v Nemčiji darovanje ženskih spolnih celic in zarodkov ni dovoljeno in je zato so razvili smernice specializirane predvsem za primere darovane moške spolne celice (uporabnice in darovalce). BKiD pravi, da če bi bilo darovanje ženskih spolnih celic in zarodkov dovoljeno, bi bile smernice podobne (Thorn in Wischmann, 2009, str. 75).

1. Psihološko-socialne smernice za uporabnice postopkov MRT z darovanimi spolnimi celicami lahko strnemo v naslednje kategorije:

1.1 Nudenje osnovnih informacij

Uporabnice imajo pred vstopom v postopke pravico, da so v celoti obveščene o vseh tveganjih, zapletih, stopnji uspešnosti in stroških, da lahko z naborom vseh informacij sprejmejo pravilno odločitev zase (DE-B; DE-C; DE-A; VB-C; VB-E). Pomembne so tudi informacije, ki zadevajo medicinske zdravstvene centre in osnovne informacije o medicinskem zdravljenju (Thorn in Wischmann, 2009: 75).

1.1.1 Informacije o zakonodaji, ki ureja področje, ki se nanaša na darovane spolne celice (Več v poglavju »Regulacija in legalizacija reproduktivnih tehnologij in njihova «) (Thorn in Wischmann, 2009: 75; CSIG, 2009: 10).

Pri prvem svetovanju je pomembno predvsem govoriti predvsem o zakonodaji, ki zadeva dolžnosti in pravice udeleženi v postopkih (SLO-A). V Sloveniji se položaj parov, ki pridejo na svetovanje, izenačuje z nosečnostjo, saj svetovalci z uporabniki ne govorijo o neplodnosti, temveč o nosečnosti. Svetovalci z uporabniki govorijo o očetovstvu in materinstvu, socialno varstvenih pravicah v času nosečnosti ter roditeljskih pravicah in dolžnostih. Uporabnicam svetovalke pojasnijo, da z uporabo darovanih spolnih celic (socialnega) starševstva ni mogoče izpodbijati (tudi v primeru izostrenih odnosov). Pomembne zakonodaje, ki to pokrivajo, so Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (ZZZDR), ZZNPOB (2000) in Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (govor o socialnih pravicah nosečnic).

Z uporabnikoma je treba raziskati, kako matična država, v kateri želita uporabiti postopke z darovano spolno celico, ureja področje, ki se navezuje na identifikacijo darovalcev in darovalk spolnih celic (več o tem in koristi otrok v poglavju »Korist otroka – od molka do razkritja«).

1.1.2 Informacije o strokovnih smernicah

Priporočila BKID priporočajo, da medicinski in psihosocialni strokovnjaki uporabnice postopkov MRT obvestijo o vsebini svetovanja. Tudi darovalce moških spolnih celic je treba obvestiti o razpoložljivem svetovanju (Thorn in Wischmann, 2009; BKID, 2009: 1).

1.2 Reflektiranje izkušnje neplodnosti (*ibid.*).

Med svetovalnim procesom je treba tehtno premisliti o postopkih, ki so potrebni za uresničitev želje po otroku. Bodoči starši tako lahko potrebujejo prostor za žalovanje za dejstvom, da oba starša nista mogla biti biološko povezana z otrokom. Intenziteta in

trajanje faze žalovanja je lahko med partnerjema različna. Temu procesu je tako potrebno dati čas, preden se starša odločita za naslednji proces (Thorn in Wischmann, 2009: 75; CSIG, 2009: 14).

V tej fazi svetovanje raziskuje tudi možnost posvojitve, rejništva ali življenja brez otroka (Thorn in Wischmann, 2009: 75; BKID, 2009: 1; CSIG, 2009: 14).

1.3 Načrtovanje družine s pomočjo darovane spolne celice

Posamezniki in pari, ki se odločijo za vstop v postopke MRT z darovano spolno celico, imajo tri možnosti pri izbiri primerne darovalca/darovalke spolnih celic. Lahko se odločijo za znanega darovalca, ki ga poznajo osebno (na primer družinski član, prijatelj, znanec), darovalca, ki ga ne poznajo (na primer izberejo ga preko interneta), ali darovalca, ki je popolnoma anonimen (CSIG, 2009: 14). Vse tri možnosti so zaradi zakonskih in drugih omejitev seveda dostopne le nekaterim. Svetovanje pomaga priti do informacij in podpore bodočim staršem v njihovem procesu raziskovanja in razumevanja socialnega in biološkega starševstva. S tem pari lahko razvijejo kratkoročne in dolgoročne strategije (Thorn in Wischmann, 2009: 75).

Pri prvem svetovanju imajo pari pogosto ogromno pričakovanj o tem, kako bodo spočeli otroka (VB-B2). Bodoča starša lahko razumeta svoj odločitveni proces za uporabo postopkov MRT z darovano spolno celico kot simbolično »spočetje« njunega prihodnega otroka (Thorn in Wischmann, 2009: 75–76).

1.3.1 Čustveno doživljanje

Bodoča starša morata razumeti čustveni odziv, ki ga vključuje biološko in socialno starševstvo. Odzivi na to pa so lahko vse od zavrnitve do nekritičnega sprejetja (Thorn in Wischmann, 2009: 75).

1.3.2 Odnos do biološkega in socialnega starševstva

Starši, ki so v zvezi, bodo lahko imeli drugačen odnos do biološkega in socialnega starševstva. To pa mora biti spoštovano in tudi raziskano. Načrtovanje družine z darovano spolno celico mora biti želeno s strani obeh staršev. Zato je pomembno, da (zaradi čustvenih okoliščin enega partnerja) te odločitve par ne sprejme prenašlo. Pomembno je, da se pred odločitvijo za to obliko družine pustijo »dozoreti« (Thorn in Wischmann, 2009: 75, CSIG, 2009: 14). Pomembno je, da se pare spodbuja, naj o svoji odločitvi temeljito premislijo in si vse tudi zapišejo (VB-A). Tako je treba raziskati, kaj uporabnice motivira k uporabi darovane spolne celice, kako so nanje pripravljeni in kako postopke sprejemajo.

Uporabniki morajo razumeti kompleksnost teh oblik družin v primerjavi z biološkim starševstvom. Pomembno je raziskati, kaj za bodoča starša pomeni socialno starševstvo in ali imata kakšne ambivalentne občutke glede tega. Med postopki MRT z darovano spolno celico in nosečnostjo lahko na primer oba starša razvijeta ambivalentne občutke do dejstva, da je partnerica zanosila s pomočjo darovane moške ali ženske spolne celice ali zarodka. Svetovanje tu lahko prispeva k razumevanju teh odzivov in ponudi podporo pri spoprijemanju z njimi (Thorn in Wischmann, 2009: 76; BKID, 2009: 1; CSIG, 2009: 14; VB-A7; VB-D). Dobro je če posameznik na glas pove, da ne ve, kako bo vse skupaj videti in kako se bo počutil ob rojstvu otroka. To ponuja priložnost za raziskovanje in pogovor o tem, kakšno življenje si par želi živeti. S tem lahko sprejme dodatne pomembne odločitve. Uporabniki lahko pozneje niso prepričani, ali so se odločili pravilno (VB-D). Pomembno se je zavedati, da uporaba darovane spolne celice ni predstavljala primarne želje parov, saj so želeli imeti otroka po naravni poti. S tem noben uporabnik z vstopom v postopke ni o vsem 100-odstotno prepričan. Tako je normalno, da se čustva partnerjev z nosečnostjo spreminjajo in je pomembno, da ne pride do panike (VB-A, DE-B). Uporaba darovane spolne celice navzven je videti kot nekaj velikega, vendar pa je pogosto majhen del normalnih procesov, ki se odvijajo (VB-B7).

Uporabniki si lahko zelo želijo še enega otroka, da bo imel prvi brata ali sestro (v korist prvorojenega otroka – da ne bo po smrti staršev sam) ali pa si le želijo ponoviti izkušnjo. Uporabnice prav tako v primerih sekundarne neplodnosti in uporabe darovane spolne celice skrbi, kako bo to vplivalo na otroka, saj z njim ne bosta biološko povezana. Skrbi jih tudi, ali bosta čutila kaj drugače glede prvega otroka, s katerim sta biološko povezana, in drugega, s katerim ne bosta. Pari morajo prav tako predelati skrbi, da jih otrok ne bo imel rad, in skrbi, da ne bodo dovolj dobri starši (VB-B7; VB-A3.1).

Pri istospolnih parih je treba z vsakim ciklom raziskati, kdo izmed partnerjev bo biološko povezan z otrokom. S parom je treba raziskati morebitne posledice tega, da bo otrok biološko povezan le z enim staršem (neenakost glede genetske povezanosti z otrokom). Raziskati je treba, katere so zakonske pravice in dolžnosti starša, ki je z otrokom biološko povezan, in tistega, ki z otrokom ni biološko povezan (CSIG, 2009: 11–12).

Pomembno je, da strokovni delavci in delavke krepijo pozitivne podobe socialnega starševstva in posameznikom pomagajo, da uporabljajo nestigmatizirajoča poimenovanja (Zaviršek, 2012a: 105).

1.3.3 Pomen darovanja za socialno mrežo

Prav tako mora biti raziskan pomen (in morebitni odzivi) darovanja spolne celice za sorodnike in druge pomembne osebe v uporabnikovem življenju (predvsem za brate, sestre in bodoče stare starše) (Thorn in Wischmann, 2009: 76; CSIG, 2009: 15).

1.3.4 Skrbi izhajajoče iz kulture

V primeru anonimnega darovalca lahko pride do situacije, ko ima otrok drugačne fizične karakteristike (na primer barva kože, las, višina) kot starši. Treba je raziskati kakšna pričakovanja imata starša do otroka (CSIG, 2009: 10). Uporabnice pogosto skrbi kako bo otrok videti fizično, ali jim bo podoben in kako se bo odzval partner. Prav tako jih skrbi, ali bodo lahko imeli radi tega otroka (VB-A7; VB-D10).

Če je izbira karakteristik darovalcev na voljo, je treba raziskati preference glede fizičnega videza darovalca, etičnosti, izobrazbe itd (CSIG, 2009).

Svetovalci morajo nuditi raznoliko in kulturno občutljivo svetovanje. Če sta bodoča mati in oče drugačne etnične pripadnosti, mora svetovallec spoštovati njune kulturne vrednote (Thorn in Wischmann, 2009: 76; CSIG, 2009).

1.4 Anonimni in imenovani darovalci spolnih celic

V primeru odločitve za uporabo spolnih celic anonimnega darovalca, je treba z bodočimi uporabniki raziskati prednosti in pomanjkljivosti. Tu je predvsem potrebno raziskati posledice za otroka, ki ne bo imel dostopa do podatkov o darovalcu oziroma darovalki spolne celice. Raziskati je treba tudi skrbi glede nepoznavanja medicinske, genetske in socialne zgodovine darovalcev spolnih celic in s tem povezanimi morebitnimi posledicami za bodoče otroke (CSIG, 2009) (več o tem v poglavju 15).

Številne države danes nudijo dostop do identifikacijskih informacij o darovalcu vsem odraslim, ki so bili spočeti s pomočjo darovane spolne celice in tudi podatke o darovalcih shranjujejo za vedno (na primer na Nizozemskem od leta 2004 in Združenem kraljestvu od leta 2005) (Blyth, Frith, 2009, kot navedeno v Scheib in Hastings, 2010: 7–8). Otroci v Združenem kraljestvu in Nemčiji lahko pridobijo identifikacijske podatke o darovalcih spolnih celic in jih lahko tudi kontaktirajo z dopolnitvijo 18. leta starosti (VB-A6.2; VB-

E6.2; DE-A6.2; VB-D3). Nov kodeks ravnanja HFEA (2016a) pravi, da ima s 16 leti otrok, ki je bil spočet s pomočjo darovane spolne celice, pravico do ne-identifikacijskih podatkov o darovalcu (fizične karakteristike, leto in država rojstva, etnična skupina, število in spol bioloških otrok, poklic, interesi, versko prepričanje, ali je bil posvojen ali spočet naravno, zakonski stan ob darovanju, zdravstveni podatki, veščine, razlogi za darovanje, njihov samoopis). Z 18. letom starosti otrok pridobi popoln vpogled v podatke darovalca (upravičen do identifikacijskih podatkov). Otroci so upravičeni do podatkov o številu, spolu in rojstnem datumu otrok, ki so biološko povezani z istim darovalcem spolne celice in tako tudi z otrokom.

Z uporabniki je treba govoriti o morebitnih nevarnostih in posledicah uporabe postopkov MRT z darovano spolno celico v tujini (CSIG, 2009: 14).

1.4.1 Vloga znanih in anonimnih darovalcev

Darovalci in darovalke spolnih celic so se vsem pravicam do otroka odpovedali in je treba jasno ločiti vloge vseh udeleženi v postopkih MRT z darovano spolno celico. Zato je treba razviti primerno besedišče, saj se darovalca/darovalke spolne celice nikoli ne sme imenovati oče ali mati. Bodoča starša morata reflektirati konvencionalne pomene biološkega in socialnega starševstva. Svetovanje tako lahko pripomore k razvoju primerne besedišča za darovalca in bodočega očeta (oziroma socialnega starša), tako da se na primer za darovalca moške celice uporablja izraz darovalec, za bodočega očeta pa izraz oče. Razvoju primerne besedišča je potrebno nameniti dodatno pozornost v primerih, ko spolne celice darujejo sorodniki, saj je velika razlika med darovalcem in stricem ali darovalcem in prijateljem. Pomembno je, da otrok ne razvije fantazije o tem, kdo je njegov darovalec in mu je jasno, kdo je njegov oče in kdo njegova mati. Pomembno je, da se tudi darovalci zavedajo, da so z darovanjem spolnih celic le darovalci (Thorn in Wischmann, 2009: 75–76; VB-A6.2; VB-C6.2; VB-B6.2). V Združenem kraljestvu reproduktivni centri prav tako ne bi sprejeli celic darovalca/darovalke, ki bi želel/a biti genetski oče/mati otroku (VB-B6.2).

V primeru odločitve za uporabo spolnih celic znanega darovalca oziroma darovalke je treba z bodočimi uporabniki raziskati prednosti in pomanjkljivosti (zasebnost, osebne in družinske meje, pričakovanja, dolžnosti). Darovalci spolne celice so pogosto znani predvsem pri istospolnih parih ali samskih ženskah, ki oploditev izvedejo same (angl. *self-*

insemination). Vloga darovalca (ali biološke in socialne matere) v prihodnji družini mora biti v tem primeru raziskana. Vloga darovalca pa se lahko skozi čas spreminja. Tako je pomembno, da se to razišče in se razjasnijo potrebe, vloge in pričakovanja vseh udeležениh. Govoriti je treba o mejah in omejitvah izmenjave informacij. Darovalec oziroma darovalka lahko razvije čustveno navezanost do otroka in je zato treba govoriti tudi o odnosu in čustvih darovalca do otroka. Prav tako se je treba pogovarjati o morebitnih sporih, nesoglasjih, pravicah vseh udeležениh ter drugih posledicah tega sporazuma. Raziskati je treba posledice, če bi v odnosu z darovalcem oziroma darovalko spolne celice prišlo do konflikta. Če posamezniki o čem niso prepričani, ali menijo, da se o določeni temi niso dovolj pogovorili, je pomembno, da pridejo na ponovno svetovanje (Thorn in Wischmann, 2009: 77; CSIG, 2009: 14–15; VB-C).

Darovanje v družini se odraža v kompleksnih družinskih kompozicijah, ki morajo biti raziskane pred pričetkom izvajanja postopkov. Če se družina odloči, da otroku ne bo razkrila povezanosti darovalca z družino, je treba kljub temu raziskati razloge za to odločitev. Prav tako je potrebno reflektirati, ali je ohranjevanje skrivnosti v tem primeru sploh možno in priporočljivo. Psihološko-socialno svetovanje (o posledicah) ta vprašanja naslovi, preden uporabniki vstopijo v postopke z znanimi darovalci – v obliki treh srečanj (individualno svetovanje s prejemnikom ali prejemnikoma darovane spolne celice, individualno svetovanje z darovalcem oziroma darovalko spolne celice ter skupinsko svetovanje z vsemi skupaj) (Thorn in Wischmann, 2009: 77; VB-C1).

Čeprav je v Združenem kraljestvu kot oče otroka v rojstnem listu zapisan partner ženske, s katero je vstopil v postopke MRT, je Emma Cresswell v Združenem kraljestvu na sodišču (prvič) dosegla, da se je ime očeta odstranilo iz njenega rojstnega lista. Njena mati in njen partner sta namreč uporabila darovano moško spolno celico, za kar je izvedela šele v adolescenci sredi prepira z »očetom«. Tudi njena mati se je kmalu po rojstvu Emme ločila od partnerja in hči vzgojila sama. Sodišče je Emmi zahtevi ugodilo in njen rojstni list ima sedaj pod »oče« prazno polje. Prav tako se zavzema za »*Birth Registration Campaign*«, ki podpira, da imajo ljudje pravico do popolnih informacij o svojih genetskih in pravnih starših (še posebej ko so ti podatki shranjeni v evidencah »tretjih oseb«). To se nanaša na osebe, ki so bile posvojene, osebe, ki so odraščale v mavričnih družinah, osebe, katerih starši so uporabili darovano spolno celico ali pomoč nadomestne matere (Cresswell in Crawshaw, 2013: 18).

1.4.2 Podatki o darovalcu

Če je dostop do podatkov o darovalcih z zakonom dovoljen, je potrebno s parom, ki bo prejel darovane spolne celice, raziskati, ali so na voljo kakršnikoli podatki o darovalcu oziroma darovalki (zdravstveni podatki, osebni profil, slika iz otroštva, slika v odraslosti). Pomembno je razložiti, katere so omejitve, ki jih ima semenska banka glede informacij. Raziskati je treba negotovosti glede medicinske, zdravstvene in socialne zgodovine darovalca in posledice tega na bodoče otroke. Raziskati je potrebno, ali so na voljo registri o drugih otrocih, ki so bili spočeti s pomočjo istega darovalca. Raziskati je potrebno, ali je možna uporaba spolnih celic istega darovalca za poznejše ponovno načrtovanje nosečnosti (CSIG, 2009: 11; Thorn in Wischmann, 2009: 77).

Z uporabniki je prav tako potrebno govoriti, kako upravljati z informacijami, ki so jih prejeli o darovalcu spolne celice (CSIG, 2009: 31).

Reproduktivni centri lahko le za določen čas hranijo podatke o darovalcih spolne celice in je zato dostop do teh podatkov lahko po določenem časovnem obdobju nemogoč. Po strokovnih smernicah Nemčije (BKID) mora medicinsko osebe dokumente, ki se navezujejo na postopek darovanja, hraniti vsaj 30 let (o darovalcih spolne celice in paru, ki je te celice prejel). Pred letom 2006 so se podatki hranili vsaj 10 let. Tega področja ne ureja noben zakon v Nemčiji (na voljo je le dokumentacija o darovanju spolnih celic, ki ga ureja Zakon o presaditvi organov) (Thorn in Wischmann, 2009: 77). Slovenski centri morajo kljub anonimnosti darovalcev vse podatke o darovalcih in parih, ki prejmejo spolno celico, hraniti največ 50 let. Podatki pa so seveda poklicna skrivnost (ZZNPOB, 2000, 10. in 39. člen).

Čeprav dostopa do podatkov o darovalcu v Nemčiji ne ureja noben zakon, strokovnjaki na podlagi pravnih odločitev nemškega ustavnega sodišča in interpretacij nemške zakonodaje predvidevajo, da ima vsaka oseba z določeno starostjo pravico dostopa do podatkov o svoji biološki zgodovini (Thorn in Wischmann, 2009: 77). Z januarjem 2015 je vrhovno sodišče Nemčije razsodilo, da vsi otroci – ne glede na njihovo starost – lahko dostopajo do informacij o darovalcih moških spolnih celic. S tem teoretično petletni otrok lahko od semenske banke zahteva identifikacijske podatke o moškem, s katerim deli biološki material (DE-A6.2).

Če si otroci oziroma odrasli želijo darovalce osebno spoznati, je pomembno, da se to obravnava kot nekaj naravnega in ne implicira na problematični odnos med otrokom in starši (Thorn in Wischmann, 2009: 75). Veliko otrok in odraslih, ki vedo o svoji biološki zgodovini, je radovednih glede tega, kdo je darovalec in kdo so njegovi predniki in ta radovednost je normalna. Adolescenti in odrasli, ki nimajo možnosti dostopa do informacij o darovalcu se lahko soočajo s hudo psihološko stisko (Scheib in Hastings, 2010).

1.5 Govor o otrokovi biološki o zgodovini (več o tem v poglavju 15)

Številni pari se soočajo z dilemo, ali naj otroku razkrijejo zgodovino njegovega spočetja, kakšne so posledice tega in kako ter kdaj to izpeljati (Thorn in Wischmann, 2009; VB-B3.1; VB-C10, CSIG, 2009: 31; Zaviršek, 2012a: 113). Govor o razkritju predvideva, da bodo postopki uspešni (VB-A6.2). Pari so v času izvajanja postopkov OBMP pogosto osredotočeni le na kratkoročne cilje (na primer, kako uspešno zanositi) in jih je zato treba spodbujati, naj razmislijo o tem, ali bi otroku povedali in kakšne bi bile morebitne posledice tega (SLO-A5.2). Uporabniki v procesu psihološko-socialnega svetovanja (o posledicah) najprej raziščejo, ali bodo otroku povedali o zgodovini njegovega spočetja in kaj to zanje pomeni (VB-C10; VB-B3; VB-D3).

Če se uporabniki odločijo, da otroku ne bodo povedali o njegovi biološki zgodovini, je tako z njimi treba govoriti o primerih nepredvidljivih dogodkov, nesrečah in boleznih (dedovanje genetske bolezni po darovalcu/darovalki spolne celice), ko bo morda otrok potreboval informacije o darovalcu. Prav tako je pomembno raziskati, ali je ta odločitev v skladu z vrednotami staršev (na primer vrednoti odprtosti in iskrenosti v družini). Za celotno družino je izjemno pomembno, da temelji na resnici, odprtosti. Tu gre tako za zaupanje v družini kot tudi vest staršev. Po svetovanju in z odločitvijo za razkritje otroku se pari pogosto počutijo razbremenjeni, saj lahko o svoji izkušnji govorijo odprto in jih tudi ne skrbi več, da bi skrivnost v trenutku opitosti ali norosti nehote povedali. Pomembno je tudi, da psihološko-socialna svetovalka z uporabniki deli pozitivne zgodbe drugih parov, ki svoje izkušnje niso skrivali (Zaviršek, 2012a: 105; Thorn in Wischmann, 2009: 75; VB-C6.2; VB-B6.2; VB-A6.1; VB-D6.1)

Nekateri si med nosečnostjo premislijo in se kljub prvotni odločitvi, da otroku ne bodo povedali, pozneje odločijo, da mu bodo. Če uporabnice sprejmejo odločitev, da bodo z otrokom odprto govorili o zgodovini njegovega spočetja, potrebujejo strategije in resurse, ki jih bodo pri tej odločitvi podprli in je zato psihološko-socialno svetovanje (o posledicah)

pomembno, saj jih podpre pri odločitvah, kdaj in kako ta pogovor z otrokom izpeljati (VB-C; VB-B; VB-D; Zaviršek, 2012a: 105; Thorn in Wischmann, 2009: 7). Če otroci od zgodnjega otroštva poznajo svojo biološko zgodovino, informacije v času razvijanja lažje sprejmejo kot del njih. S perspektive razvojne psihologije in družinske dinamike se priporoča, da se otroku o zgodovini njegovega spočetja pove v njegovem zgodnjem otroštvu (Thorn in Wischmann, 2009: 75; Scheib in Hastings, 2010: 7). Razvojna psihologija svetuje, da se otroku pove o načinu spočetja med 3. in 6. letom starosti (svetovalci pravijo 3. in 5. letom), čeprav otroci povedanega še ne razumejo (Thorn in Wischmann, 2009, str 75; DE-A6.2; DE-B6.2; DE-C6.2). Britanske smernice kot tudi svetovalke pravijo, da je v otrokovo najboljšo korist, če mu je povedano še prej, tako zgodaj, da se ti še ne spomnijo, kdaj jim je bila zgodba prvič povedana. To pravi tudi nova britanska zakonodaja iz leta 2008 (VB-E6.2; VB-C6.2; VB-B3). Ko pari začnejo otrokom razlagati njihovo biološko zgodovino, ko so še dojenčki s tem začnejo vaditi, kako bodo zgodbo povedali, ko bo otrok starejši (VB-C6.2). Tudi nemški zdravnik parom svetuje, naj o razkritju premislijo in po rojstvu otroka sprejmejo dokončno odločitev (DE-C6.2). Tudi raziskave in klinične izkušnje kažejo, da je pomembno, da otrok »raste« z zgodbo. Pomembno je, da se starši zavedajo, da ta pogovor ni enkratno dejanje, temveč je proces, saj se zgodba razvija skozi celotno življenje otroka in z odraščanjem otroka postaja kompleksnejša. Z odraščanjem otroci lahko postanejo bolj radovedni in postavljajo tudi kompleksnejša vprašanja in na to se morajo starši pripraviti in prilagoditi (Thorn in Wischmann, 2009; Zaviršek, 2012a: 113; DE-B6.2; VB-E6.1).

Slovenski (istospolni) par je v raziskavi, ki je potekala med leti 2006 in 2008 v Sloveniji, izpostavil, da bi otroku ob primerni starosti (ko bi razumel) odkrito razložil na način: *»Najverjetneje v smislu, da je »oče« zelo, zelo prijazen gospod, ki je daroval del sebe mamici, da je lahko nastal on, ki ga drugače, nikoli ne bi bilo. Da niti jaz ne vem, kdo je ampak, da mora biti že v redu človek, če si je vzel čas, da pomaga ostalim«* (Zaviršek idr., 2008: 125).

Staršem, ki načrtujejo odprt pogovor z otrokom, lahko pomembno podporo nudi izobraževalna literatura in predhodna izdelava besedila (Thorn in Wischmann, 2009: 75). Svetovalci svetujejo, naj uporabniki celoten postopek otrokom opišejo s pomočjo zgodbe ali slikanice. Dobro je, če izdelajo knjigo in vanjo vložijo družinski album, ki se začne s sliko staršev, ki si želita postati starša. Temu lahko sledijo druge slike, ki prikazujejo

celoten proces, skozi katerega je šel par – vse do rojstva otroka (slika, kako na internetu raziskujeta o možnostih, slika centra za reprodukcijo in zdravnika in kaj je zdravnik rekel, slika, kako na internetu iščeta darovalca spolne celice, slika pozitivnega testa nosečnosti, slika med nosečnostjo). To se lahko z otrokom deli, ko je star 6 mesecev. Če samsko mater otrok vpraša, kje je njegov oče, saj si želi očeta, mu lahko odgovori (saj je pred tem z družinsko knjigo vadila), da ni želela izbrati napačnega očeta in je zato izbrala pravega darovalca. Otroku prav tako lahko razloži, da bo o darovalcu izvedel več, ko bo starejši. Otrokom je treba zagotoviti, da darovalec ni izbral staršev in da so starši izbrali njega. Otroku se lahko razloži, da jima je zdravnik rekel, da ne moreta imeti zdravih otrok in zato potrebujeta pomoč darovalca, ki naj si ga izbereta na internetu. Prav tako lahko pride do primera, ko osemletni otrok mamo vpraša, ali je njegova prava mati in če je bil posvojen kot jajčece. V šoli so se lahko učili, da jajčeca pridejo od mame in seme od očeta. Pomembno je, da ga takrat starši spomnijo na zgodbo, ki so mu jo pripovedovali od zgodnjega otroštva. Pomembno je, da ima otrok možnost vse to raziskovati. Tudi, ko najstnik staršem očita, da niso njegovi pravi starši, je pomembno, da mu starši znova razložijo, da so uporabili darovano celico zato, da so lahko njegovi starši. Pomembno je, da se otrokovo jezo in tesnobe pomiri (VB-B3).

DCN v Združenem kraljestvu prav tako vodi pripravo na starševstvo (*»Telling and Talking workshops«*) za starše in otroke mlajše od petih let. DCN objavlja zgodbe za mlajše otroke, otroke srednjih let kot tudi brošure za starše, ki želijo z otrokom govoriti o njegovi biološki zgodovini skozi vse otroštvo do odraslosti (VB-E).

1.6 Informacije o dodatnih virih informacij in organizacijah, ki nudijo podporo, in izobraževalnih skupinah s strokovnim vodstvom

Svetovalci morajo uporabnikom ponuditi dodatne vire in informacije, ki so povezane z uporabo postopkov z darovano spolno celico (knjige, zloženke, spletne strani in drug material za branje). Tudi nemški svetovalci uporabnikom pogosto priporočajo uporabo knjig za otroke, ki jim skozi slike približajo tako izkušnjo neplodnosti kot tudi proces uporabe postopkov. Uporabnice je treba nasloviti na razpoložljive podporne skupine in uporabnikom pomagati najti druge resurse v njihovi skupnosti. V primerih, ko v postopke vstopijo istospolni pari, so to lahko lokalne podporne skupine LGBTQ (CSIG, 2009; VB-D6.1; VB-E6.1; DE-A12).

Uporabnice je treba nasloviti na organizacije ter druge informacijske vire, ki jim nudijo podpro tako pri odločitvi za uporabo darovanih spolnih celic kot tudi ob posledicah uporabe. V Združenem kraljestvu pomemben vir informacij in podpore vsem udeleženi v postopkih MRT, v katerih so bile uporabljene darovane spolne celice ali zarodki, ponuja Donor Conception Network (DCN). Britanske psihološko-socialne svetovalke tesno sodelujejo z DCN (podpora vsem udeleženi v postopkih MRT z darovano spolno celico kot tudi otrokom) in uporabnice pogosto napotijo na ta naslov. DCN je leta 1993 ustanovilo pet družin, ki so uporabile spolne celice moških darovalcev (DCN, 2017). Ti so namreč ugotovili, da na tem področju ni nobene podpore. Psihološko-socialni svetovalci iz Združenega kraljestva menijo, da ima DCN dobre podporne skupine in nudi ogromno materiala za vpogled v neplodnost, postopke MRT z otrokove perspektive in nudi tudi nasvete o tem, kako o darovani spolni celici govoriti z otrokom. Na voljo so jim tudi specializirane knjige za istospolne pare, heterospolne pare, ki uporabijo klasične postopke z darovano moško ali žensko spolno celico, samske ženske kot tudi pare, ki se odločijo za nadomestno materinstvo.

15.2. Svetovanje za darovalce in darovalke spolnih celic

V Nemčiji je svetovanje za darovalce moških spolnih celic zelo dobro razvito predvsem teoretično (na voljo so BKID smernice za psihosocialne svetovalce – za področje darovanih moških celic). Nemški in britanski svetovalci in svetovalke se strinjajo, da je svetovanja za darovalce spolnih celic premalo, saj se ga pred darovanjem le redki udeležujejo (DE-A1; DE-B1; VB-E1). Od intervjuvanih sta dve svetovalki iz Združenega kraljestva potrdili, da svetujeta tudi darovalcem spolnih celic (VB-A1; VB-B1).

V Sloveniji darovalcem spolne celice ni na voljo psihološko-socialno svetovanje. Po drugem odstavku 25. člena ZZNPOB (2000) je center pred izdajo pisne privolitve darovalko dolžan seznaniti le s pravnimi posledicami tega darovanja. Prav tako je darovalca dolžan seznaniti tudi s pravnim razmerjem do otroka, spočetega z darovanimi spolnimi celicami v postopku OBMP.

Zdi se, da so za pripravo in svetovanje odgovorne predvsem banke in centri za reprodukcijo, ki upravljajo z darovanimi spolnimi celicami (običajno semenske banke). Doslednost izvajanja svetovanja se razlikuje od centra do centra. Nekateri britanski

reproduktivni centri svetovanje vzamejo zelo resno in nudijo svetovanje o posledicah vsem darovalcem. Le malo število teh centrov darovanje pogojuje s predhodnim svetovanjem in tako svetovanje le priporočajo. Bodočim darovalcem spolnih celic najpogosteje ponudijo obrazec, na katerem morajo označiti, da jim je bilo svetovanje ponujeno. Posledično veliko število darovalcev moške spolne celice ne obišče svetovalca. Svetovanje se pogosteje izvaja z darovalkami spolnih celic, vendar tudi tega vsi centri v Združenem kraljestvu ne izvajajo (VB-E1; VB-C16; DE-C1). Ker je darovalcem moških spolnih celic v Nemčiji svetovano pred darovanjem, zdravniki na to nimajo vpliva (DE-C1).

Ker se premalo pozornosti namenja psihološko-socialnemu svetovanju darovalcem in darovalkam spolnih celic v nadaljevanju izpostavljam strokovne smernice razvite prav v ta namen (te temeljijo na nemških in kanadskih smernicah):

1. Nudenje osnovnih informacij

1.1. Nudenje informacij o poteku postopkov in trajanju za darovanje semenske celice.

1.2. Informacije glede finančne odškodnine.

1.3. Darovalci morajo biti obveščeni o trenutni zakonodaji in smernicah, ki zadevajo zakonske dolžnosti do parov, ki bodo prejeli njihove spolne celice (poročenih, parov v trajnem razmerju, istospolnih žensk in samskih žensk).

1.4. Darovalke morajo biti obveščene o trajanju in obsegu shranjevanja njihovih podatkov.

1.5. Darovalci morajo biti obveščeni o zakonodaji, ki določa, ali imajo otroci pravico dostopa do njihovih dokumentiranih osebnih podatkov (Thorn in Wischmann, 2009).

V Sloveniji je darovalcem spolnih celic potrebno pojasniti, da se njihovi osebni podatki varujejo kot poklicna skrivnost po 18. členu zakona ZZNPOB (2000).

2. Psihosocialno raziskovanje

2.1. Darovalke morajo dobiti priložnost, da reflektirajo svoje motive za darovanje. Tako mora biti zagotovljeno, da njihova dejanja temeljijo na prostovoljnosti in avtonomni odločitvi. Za zaščito darovalčeve neodvisne odločitve za darovanje je pomembno, da ne darujejo zaradi ekonomske stiske, čustvene prisile ali občutka odgovornosti (Thorn in Wischmann, 2009; CSIG, 2009; BKID, 2009). Svetovalec mora raziskati, ali se darovalci v času darovanja soočajo s stresom ali drugimi obremenitvami.

2.2. Pri darovalkah spolnih celic je treba raziskati, ali imajo na voljo dovolj socialne podpore in ali razumejo medicinske postopke in tveganja (posledice, če predčasno prekinje cikel in se odloči, da ne bo darovala spolne celice) (CSIG, 2009: 15).

2.3. Darovalci morajo imeti priložnost reflektirati, kaj pomeni, da je otrok spočet z njihovo spolno celico in da živi v drugi družini (posledice darovanja). Pomembno je, da svetovanje ni ponujeno samo darovalcem spolnih celic, temveč tudi njihovim partnerjem. Raziskati je pomembno, kako se oba partnerja počutita glede darovanja, saj ima to posledice za oba. Partnerja se (v kontekstu Združenega kraljestva) lahko odločita, da bosta darovala spolno celico in bosta tudi so-starša rojenemu otroku (Thorn in Wischmann, 2009; CSIG, 2009; VB-A1). Darovalci spolnih celic se pogosto na svetovanje vrnejo čez nekaj let, pogosto zaradi novega partnerja, ki želi vedeti več o darovanju (VB-B).

2.4. Darovalci morajo določiti, v katerih skupinah bi želeli, da so njegove spolne celice darovane (pri poročenih parih, parih v trajnem razmerju, istospolnih parih ali samskih ženskah).

2.5. Darovalec oziroma darovalka mora prav tako določiti, koliko otrok želi, da je spočetih z njegovo/njeno darovano spolno celico (Thorn in Wischmann, 2009: 78). Države različno urejajo, koliko otrok se lahko rodi s pomočjo spolnih celic enega darovalca. Omejitve so najpogostejše določene s številom družin, v katerih je prišlo do rojstva otroka oziroma otrok (primeri dvojčkov, trojčkov). V Združenem kraljestvu se darovalci lahko sami odločijo, kolikim družinam so pripravljeni pomagati, vendar pa so celice enega darovalca lahko uporabljene, dokler ne pride do rojstva otrok v desetih družinah (HFEA, 2013c). V Sloveniji so lahko celice enega darovalca oziroma darovalke uporabljene, dokler ne pride do rojstva otrok v dveh različnih družinah (ZZNPOB, 2000, 29. člen). V Nemčiji so celice enega darovalca lahko uporabljene do rojstva 15 otrok.

2.6. Darovalcem in darovalkam je treba ponuditi možnost, da so obveščeni o tem, koliko otrok je bilo rojenih s pomočjo njegovih spolnih celic (Thorn in Wischmann, 2009: 77–78). V Združenem kraljestvu darovalci lahko stopijo v stik s HFEA in izvedo, koliko otrok se je s pomočjo njihovih spolnih celic rodilo, katerega spola so in kdaj so bili rojeni (HFEA, 2013c).

2.7. V redkih primerih imajo lahko otroci, spočeti z darovano spolno celico, določene genetske bolezni, ki se lahko povezujejo nazaj do darovalca oziroma darovalke spolne celice. V tem primeru mora imeti darovalec oziroma darovalka spolne celice možnost odločitve, ali želi biti o tej bolezni obveščen. Te informacije so lahko zanje pomembne v času načrtovanja rojstva lastnih otrok (Thorn in Wischmann, 2009).

3. Raziskovanje kratkoročnih in dolgoročnih posledic

Kot smo že omenili, Nemčija nima urejene zakonodaje na način, ki bi urejale razmerja darovalcev in bioloških potomcev in se zato vsi udeleženi v postopkih MRT (uporabniki

postopkov, otroci spočeti s pomočjo darovanih spolnih celic, darovalci spolnih celic) vključno z medicinskim osebjem in psihološko-socialnimi svetovalci počutijo negotovo (nevarnost, da bi bil darovalec moške spolne celice prepoznan kot zakonit starš otroka) (Thorn in Wischmann, 2009: 74).

3.1. Darovanje semenskih celic je lahko v družbi tabuizirano. Darovalci morajo imeti dovolj priložnosti, da raziščejo, ali želijo deliti informacijo o svoji donaciji s pomembnimi drugimi. Prav tako je pomembno raziskati, kakšne posledice bi to imelo za darovalca oziroma darovalko.

3.2. Darovalci se morajo zavedati dejstva, da se njihovi pogledi glede darovanja in otrok skozi čas spremenijo. To se lahko še posebej zgodi, če postanejo starši v lastni družini (Thorn in Wischmann, 2009: 78).

3.4. Bodoči otroci darovalcev bodo polbratje in polsestre otrok, ki so bili spočeti z njihovo darovano spolno celico. Pomembno je, da imajo darovalci priložnost raziskati, ali bi želeli, da njihovi otroci vedo, da so darovali svoje spolne celice s tem pomagali ustvariti tudi druge potomce (Thorn in Wischmann, 2009: 78; CSIG, 2009: 12).

3.5. Darovalci spolnih celic morajo raziskati, kakšna pričakovanja imajo do bodočih otrok. Če spolno celico darujejo ljudem, ki jih poznajo, je pomembno, da v svetovanju raziščejo svojo vlogo in odnos v tej bodoči družini in otrokovem življenju. Potrebno je raziskati in določiti meje (primer, če bi se darovalec ali darovalka na otroka čustveno navezala). Vsem udeleženiim je prav tako pomembno ponuditi skupno svetovanje (Thorn in Wischmann, 2009, CSIG, 2009).

3.6. Če odrasla oseba, spočeta s pomočjo darovane spolne celice, želi srečati darovalca, mora imeti darovalec možnost svetovanja, da se pripravi na ta kontakt. Znotraj tega pa darovalec razišče svoje potrebe in odnos glede srečanja s to odraslo osebo (Thorn in Wischmann, 2009).

15.3. Podpora otrokom, ki so bili rojeni s pomočjo MRT

V poglavju »15« opozarjam, da razvoj otrok ni odvisen od uporabe postopkov MRT in kompleksnih družinskih razmerij, saj ti otroci ne kažejo nič več psiholoških težav v primerjavi z vrstniki, ki so odraščali v tradicionalnih družinah (Urh, 2009: 114; VB-B6.2). Posledice, s katerimi se soočajo otroci spočeti s pomočjo darovanih spolnih celic, so odvisne od časa in načina razkritja, saj so psihosocialne intervencije še posebej pomembne, ko otroci (oziroma odrasli) pozno izvedo o zgodovini svojega spočetja. Psihološko-

socialno svetovanje je tako pomembno, saj nudi podporo, da se posameznik na konstruktiven način spoprime z informacijami o svojem izvoru in razišče pomene tega spoznanja (CSIG, 2009: 19; Thorn in Wischmann, 2009: 75; VB-B6.2). To je še posebej pomembno, ko odrasli nehote izvedo o zgodovini njihovega spočetja. V procesu svetovanja je tako potrebno raziskati kako te informacije vplivajo na čustva oseb, njihovo samopodobo in identiteto. Raziskati je potrebno ali si želijo posameznice izvedeti več o darovalcih spolnih celic in ali želijo z njimi navezati kontakt. Raziskati je potrebno njihova pričakovanja do darovalca. Nasloviti je potrebno vprašanja izgube in posledice, če nimajo informacij o drugih otrocih, pri katerih so bile uporabljene spolne celice istega darovalca (CSIG, 2009: 19).

Odrasle je potrebno informirati kje lahko dobijo dodatno podporo (CSIG, 2009: 19). Otroci, spočeti s pomočjo darovanih spolnih celic, si lahko želijo spoznati druge otroke, pri katerih so bile uporabljene spolne celice istega darovalca. Tu lahko za pomoč prosijo medicinsko osebje, da jim pomagajo pridobiti informacije o darovalcih/darovalkah. Pomembno je, da se svetovanje ponudi otrokom in darovalcu individualno ter skupaj (Thorn in Wischmann, 2009: 75; VB-D3).



Slika 4: Države, v katerih je razširjena organizacija »Scandinavian Seed Siblings«
(Scandinavian Seed Siblings, 2015)

Otroci, pri katerih niso bile uporabljene spolne celice anonimnih darovalcev, imajo možnost srečanja vseh polbratov in polsester, ki so bili spočeti z isto darovalčevo spolno celico. Ena izmed organizacij, ki to omogoča, je »*Scandinavian Seed Siblings*« in nudi povezovanje vseh tistih, ki so uporabili darovano spolno celico iz Nordijskega reproduktivnega centra ali Danske semenske banke (*Cryos Internationan* ali *Nordic Cryobank* znana tudi kot *European Sperm Bank*). Za 27 evrov se polbratje, polsestre in darovalci lahko povežejo preko foruma, Facebook skupine, na voljo pa jim je tudi register, ki povezuje darovalce in polbrate ter polsestre. Tovrstna organizacija pokriva kar 25 odstotkov Evrope in nudi možnost povezovanja v 11 evropskih državah kot tudi v Avstraliji (Scandinavian Seed Siblings, 2012a, 2012b, 2015).

Za starše, ki so se odločili uporabiti postopke MRT je tako pomembno, da s pomočjo psihološko-socialnih svetovalk raziščejo, ali otroci lahko kontaktirajo druge otroke, pri katerih so bile uporabljene spolne celice istega darovalca in kako otroke lahko pri tem iskanju podprejo (Thorn in Wischmann, 2009: 75; VB-D3). Za razvoj in korist tistih, ki so bili spočeti s pomočjo postopkov MRT je tako pomembno, da imajo možnost dostopa do informacij o svoji biološki zgodovini in s tem do informacij o darovalcih in darovalkah in drugih otrocih, pri katerih so bile uporabljene spolne celice istega darovalca oziroma darovalke.

16. Rakava obolenja in zamrznitev spolnih celic

Odraslim in otrokom, ki se zaradi rakavih obolenj soočajo z nevarnostjo neplodnosti je treba v procesu psihološko-socialnega svetovanja nameniti več pozornosti, in jim podpreti pri odločanju ali zamrzniti spolne celice (ali reproduktivnega tkiva).

Smernice ESHRE (2001: 25) pravijo, da lahko svetovalec na podlagi osebnostnih in socialnih faktorjev posameznika predvideva, kako se bo soočil s težavami in obvladoval svojo neplodnost. V psihološko-socialnem svetovanju je treba pozornost nameniti edinstvenim situacijam različnih ljudi, čeprav so izkušnje uporabnic (ki se soočajo z neplodnostjo) lahko podobne³⁵ in se soočajo s podobnimi izzivi. Kot smo že omenili, se pri samskih ženskah, istospolnih partnerjih in heterospolnih partnerjih odpirajo različna vprašanja in dileme. Uporabnice se lahko odločajo za zamrznitev spolnih celic saj načrtujejo poseg za spremembo spola ali pa bodo v prihodnosti izpostavljeni visokim tveganjem za poškodbe ali smrt (npr. odhod vojakinj na vojna območja) (HFEA, 2014: 22). Do edinstvene situacije pa prihaja tudi pri heterospolnih parih, pri katerih je neplodnost rezultat zgodovine rakavih obolenj. Ta situacija je drugačna, saj so za posledice zdravljenja rakavih obolenj (neplodnost) vedeli dolgo, preden so spoznali partnerja. Velika razlika je tako, ali nekdo že dolga leta ve, da ne bo mogel imeti otrok ali je za to izvedel pred kratkim (VB-E4). V teh primerih so spolne celice zamrznjene zaradi medicinskih razlogov, saj je zaradi zdravstvenega stanja (in/ali zdravljenja) prišlo do nepravilnosti v delovanju reproduktivnega sistema in zmanjšane plodnosti. Odrasli in mladostniki (v adolescenci) morajo o tej zamrznitvi spolnih celic razmišljati že v času zdravljenja (CSIG, 2009: 4). Da bi v prihodnosti lahko imeli svoje biološke otroke tudi tisti, ki se v otroštvu (oziroma pred-pubertetnem obdobju) soočajo z rakavimi (ali drugimi) obolenji nova medicinska tehnologija omogoča shranjevanje njihovega reproduktivnega tkiva (Crawshaw, 2009: 272).

Britanski in nemški svetovalci in svetovalke, ki so sodelovali v raziskavi, se strinjajo, da bi morala biti dodatna psihološka podpora ponujena vsem in bi morala biti obvezna za vse, ki se soočajo z rakavimi obolenji. Ti imajo dva problema – rak ter bodoča neplodnost. Kljub temu je uporabnikom najpogosteje ponujeno le svetovanje o medicinskih vprašanjih (zamrznitev spolnih celic), ki ga izvajajo zdravniki na onkološkem oddelku. V Nemčiji je

³⁵ Svetovalke morajo biti previdne, ko z novimi uporabniki predvidevajo, da bo situacija podobna kot v prejšnjih primerih (VB-E4).

zamrznitev spolnih celic ponujena vsem uporabnikom, ki se soočajo z rakavimi obolenji (odraslim osebam in otrokom) (VB-C15; DE-C1).

Nekateri svetovalci se soočajo s težko situacijo, saj ne vedo, kako uporabnice vprašati, kaj z zamrznjenimi spolnimi celicami storiti, če umrejo. Kljub temu pa pogosto ni pomembno, kako je uporabnikom zastavljeno vprašanje, saj imajo le strokovnjaki največ skrbi glede tega, kako to vprašati. Pomembno je, da se vprašanje zastavi na pozitiven način in da se svetovallec ob tem ne počuti tesnobno. Psihološko-socialna svetovalka iz Združenega kraljestva pravi, da naslednje vprašanje ni v redu zastavljeno: *»Prosim, ne se vznemirite ob tem, kar vas bom vprašal, zavedam se, da je zelo težko vprašanje ..., vendar vas moram vprašati, kaj naj naredimo z vašimi spolnimi celicami v primeru vaše smrti.«* Ta način spraševanja lahko pri uporabnikih vzbudi občutke tesnobe. Pomembno je, da se uporabnikom razloži, da mora svetovallec izpolniti obrazec, ki je pri vseh enak (ne glede na to, ali imajo raka ali ne) in mora zato vedeti, kaj naj storijo s spolnimi celicami v primeru smrti. Tako je bolje vprašati: *»Za prihodnjih 50 let moramo vedeti, kaj storiti z vašimi celicami, če se vam kaj zgodi, na primer vas zbije avtobus.«* Vprašanje je treba normalizirati. Številni uporabniki so po svetovanju celo rekli, da jih je vprašanje pozitivno spodbudilo, saj je strokovnjak pričakoval, da bodo preživel. Mladostniki z diagnozo raka se z vprašanjem smrti ne obremenjujejo, saj v večini verjamejo, da bodo preživel (VB-E20).

Skrb nastaja v primerih, ko mora uporabnik nemudoma pričeti z zdravljenjem, vendar pa mora počakati na zamrznitev spolnih celic. Kljub temu pa v Združenem kraljestvu v povprečju ni treba dolgo čakati na zamrznitev moških spolnih celic in zato ni potrebna odložitev zdravljenja raka. Zamrznitev celic se običajno opravi v nekaj dneh, v primeru hude bolezni lahko še prej. Odločitev za zamrznitev spolnih celic za moške ni težka, še posebej če imajo kontakt s strokovnjakom. Veliko težje je pri ženskah, saj morajo jajčeca punktirati ali zarodek zamrzniti. Mednarodne študije kažejo, da mora biti ženskam takoj po diagnozi ponujeno svetovanje s strani medicinsko-reproduktivnega strokovnjaka. Tudi če se ženska odloči, da ne bo zamrznila spolne celice ali zarodka, ta odločitev predstavlja uspeh in je v korist ženske (in vpliva na kakovost njenega življenja), saj ta ve, da je imela izbiro. Kljub temu se premalo pozornosti namenja mladim dekletom in ženskam in tu je še vedno prostor za izboljšave. Zaskrbljujoče je, da danes še vedno prihaja do primerov, ko so

ženske čakale tedne na zdravljenje in jim je bila možnost zamrznitve celic ponujena tik pred zdravljenjem (VB-E).

Z izjemno težko situacijo se soočajo ženske, ki morajo nadaljevati z jemanjem zdravila Tamoxifen (za zdravljenje raka na dojkah). V času zdravljenja morajo prekiniti z izvajanjem postopkov MRT, kar je za tiste, ki se že soočajo z neplodnostjo dodatna obremenitev. Predhodna zgodovina rakavih obolenj ne predstavlja skrbi in ovir za vstop v postopke, saj so ženske med postopki natančno opazovane (VB-A).

Smernice za psihološko-socialno svetovanje v primeru, ko se uporabniki odločajo za shranjevanje (zamrznitev) svojih spolnih celic, ponujajo strokovne smernice Kanade (CSIG, 2009: 24).

17. Prenehanje uporabe postopkov MRT in raziskovanje alternativ

Prekinitev z izvajanjem postopkov MRT je lahko ena izmed najpogumnejših odločitev, ki jih posameznica sprejeme. Psihološko-socialno svetovanje pa ni pomembno le za tiste, ki po neuspešnih postopkih raziskujejo alternative, temveč tudi za tiste pri katerih so bili postopki uspešni. Dileme, strah, negotovost in tesnoba so pogosto del izkušnje nosečnosti. Po postopkih so za uporabnice lahko pomembni drugi viri podpore ali strokovna pomoč strokovnjakov specializiranih za terapevtsko svetovanje.

Rojstvo Louise Brown je prineslo upanje milijonom neplodnih parov. Zdi se, da so možnosti, ki jih ponujajo reproduktivne tehnologije, brez meja in tako par oziroma posameznik lahko v postopkih vztraja, dokler mu to dopuščajo bančni račun, zdravstveno zavarovanje in razum. Tako ni neobičajno, da so nekateri zaslepljeni z »magičnim razmišljanjem«, glorifikacijo starševstva in kulturo, ki neutrudno spodbuja k uporabi MRT (Zoll in Tsigdinos, 2013: 20). Pogosto problem predstavljajo zdravniki in reproduktivni centri, ki uporabnice spodbujajo k ponovnim poskusom z upi, da bo prihodnjič uspelo. Razvoj MRT uporabnikom ponuja neizčrpne možnosti, saj se z vsakim neuspešnim postopkom ponuja možnost uporabe drugega tipa postopka (darovana ženska celica, darovani zarodki, uporaba nadomestnega materinstva). Zelo redke so diagnoze, ko uporaba postopkov ni več smiselna in so možnosti za uspeh ničelne. Ker k uporabi postopkov pogosto spodbujajo zdravniki, ki jih spoštujejo, se ljudje še težje odločijo za prekinitev (VB-E8; DE-B3). S tem nekateri postanejo »od postopkov odvisni« (angl. *fertility junkies*), saj je celo v skupnosti tistih, ki se soočajo z neplodnostjo, razširjeno prepričanje, da so tisti, ki prenehajo z uporabo postopkov MRT, »šibki« in tako niso dovolj močni (Zoll in Tsigdinos, 2013: 20).

Uporaba postopkov tako lahko traja leta ali celo desetletja in so zato nekateri uporabniki od postopkov popolnoma izčrpani (DE-B3; VB-D8.1). Tisti, ki sami sprejmejo odločitev, da bodo z uporabo postopkov prenehali, se za to najpogosteje odločijo zaradi psiholoških obremenitev (čustven stres) (Serono, 2010). Nekateri so prisiljeni prekiniti z izvajanjem postopkov, saj so ti predragi in jim je zmanjkalo denarja. Kljub temu pa ni veliko britanskih parov, ki bi 10–15 let vztrajali v postopkih (VB-E8). Tudi nemški pari najpogosteje v postopke vstopijo 1,5-krat, zelo redki 6- do 8-krat (DE-C2.2). Nekateri psihološko-socialni svetovalci menijo, da zdravniki ne bi smeli pustiti, da gre nekdo skozi 10 do 15 ciklov (VB-D8.1).

Pari iz postopkov MRT po prvem neuspešnem ciklusu najpogosteje izstopijo zaradi finančnih razlogov, psihičnih (tesnoba, depresija) in fizičnih obremenitev (Mahlstedt *et al.* 1987; Olivius *et al.* 2004, kot navedeno v Klerk idr., 2005: 1333; ESHRE, 2015: 18).

Posamezniki lahko sami poiščejo svetovanje, saj potrebujejo podporo pri odločitvi za prekinitve ali nadaljevanje izvajanja postopkov (ESHRE, 2001: 11). Tisti, ki zaključujejo z neuspešnimi postopki, so izpostavljeni dolgoročnim ali kratkoročnim psihosocialnim tveganjem in je zato pomembno, da jih medicinsko osebje v teh primerih napoti k strokovnjakom, ki izvajajo specializirano psihosocialno oskrbo (ESHRE, 2015: 24). Pomembno je, da je svetovanje uporabnicam na voljo tudi po postopkih, saj se v nasprotnem primeru počutijo popolnoma nepodprte. Če vedo, da se lahko pozneje vrnejo na svetovanje (ali pokličejo preko telefona), se s situacijami lažje soočajo in jih obvladujejo (VB-B3; VB-E2.2).

V psihološko-socialnem svetovanju je treba z uporabniki jasno določiti, kdaj bodo pričeli in kdaj zaključili postopke. Z uporabniki je treba raziskati in odgovoriti na morebitne dileme, koliko postopkov še opraviti, koliko časa v postopkih vztrajati, v katerih primerih uporabiti drugo vrsto postopkov MRT in kdaj z uporabo postopkov dokončno prenehati in morda vstopiti v proces posvojitve (ESHRE, 2001: 25; DE-A5; VB-C10). Psihološko-socialno svetovanje mora zato uporabnikom ponuditi podporo, da postopke prenehajo uporabljati, čeprav so jim ti še vedno na voljo (ESHRE, 2001: 69–71).

V psihološko-socialnem svetovanju je treba raziskati tudi druge pomembne alternative, možnosti, kako priti do starševstva. Govor o alternativah parom omogoča, da prenehajo razmišljati in iskati rešitev le v postopkih, ki so jim še na voljo, in da svojo pozornost usmerijo v iskanje novih pozitivnih resursov in tehnik obvladovanja in začnejo razvijati alternativne scenarije o svojem življenju. Govor o mejah, razvijanje časovnih načrtov ter govor o alternativah (razvijanje plana B, C) potekajo na začetku in tudi skozi celoten proces svetovanja. Čeprav pari o tem pogosto ne želijo govoriti, je pomembno, da to ne ostane tabu tema in se razišče, zakaj o alternativah ne želijo govoriti. Večina bodočih staršev vstopi v projekt »otrok« in si ne predstavljajo, da bi jim v temu procesu spodletelo. Pomembno je, da govor o planu B ne predstavlja neuspeh v prizadevanjih, da bi imeli otroka, temveč le drugo opcijo (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 424; CSIG, 2009: 1; Inhorn in Patrizio, 2015: 13; DE-B; DE-C; DE-A).

Izdelava časovnih načrtov glede uporabe postopkov MRT partnerjema omogoča raziskovanje podobnosti in razlik izdelanih načrtov, ki so neposredno naslovljene na mestu svetovanja. Posameznik začne izrisovati časovni diagram, ki prikazuje zadovoljstvo posameznika od začetka partnerske zveze do danes. Ta zajema vzpone in padce, kot so poroka in krize v partnerskem odnosu. Vsak partner izdelava svoj časovni načrt, ki ju partnerja združita in »uglasita«. Cilj teh načrtov je opredelitev področij, ki so lahko obvladljiva v potencialno neobvladljivi življenjski krizi posameznika. Shematski prikazi, ki prikazujejo prekinitve nosečnosti, rojstvo živega otroka in čas, ko ni prišlo do zanositve, so pomembni del časovnega načrta. Čeprav so časovni načrti lahko tudi na novo izdelani (na primer po prvem neuspešnem postopku MRT), je pomembno, da jasno določijo mejo – po kateri postopkov ne bodo več uporabljali. Uporabniki prikažejo tudi, kako so zadovoljni v partnerskem odnosu brez otrok in kako bodo z otroki v prihodnosti (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 424; DE-A5). Uporabniki z izdelavo časovnega načrta lahko sprejmejo odločitev, da bodo z dopolnitvijo 40. rojstnega dneva (ali pa po tretjem neuspešnem ciklusu ali drugih življenjskih spremembah) prenehali z uporabo MRT ter se odločili za eno izmed alternativ (DE-B3). Tudi nemški zdravniki po vsakem postopku (uspešnem ali neuspešnem) s pari raziskujejo prednosti nadaljevanja uporabe postopkov kot tudi prednosti prekinitve. Lahko pa pride do situacije, ko je po treh neuspešnih postopkih dovolj razlogov, da se s postopki nadaljuje (čeprav je to večinoma odsvetovano) (DE-C2.2). Pomembno je, da svetovalec v primerih, ko so uporabniki fizično in psihično izčrpani, svojo skrb in opažanja z njimi deli in razišče, ali so že razmišljali o tem, da bi z uporabo postopkov prenehali (kaj bi se zgodilo). Pomembno je, da se to uporabnikom le predlaga (VB-D8.1). Psihosocialne svetovalce lahko tu pomembno podprejo zdravniki, ki uporabnikom razložijo, da so možnosti za uspeh tako majhne, da je bolje prenehati z uporabo postopkov (VB-E8). Pomembno je tudi raziskati, ali sta oba partnerja pripravljena prenehati z izvajanjem postopkov in kakšne so razlike med njima. Tu je treba govoriti o pomenih osebne izgube ter pomembnih življenjskih ciljih (ESHRE, 2001: 69-71).

Posamezniki se lahko v primeru neuspešnih postopkov in sprejetja odločitve, da bodo iz postopkov izstopili, soočijo z vprašanjem, kaj je njihov namen v življenju, in kako naj preživijo preostanek življenja (še posebej, ko je bil to njihov edini življenjski cilj)?

Tistim, ki jim s pomočjo postopkov MRT ni uspelo imeti otrok, se lahko težko prilagodijo na to, da bodo njihove želje po starševstvu ostale nezadovoljene. Posledice neplodnosti (kot na primer nizka samopodoba in občutki izolacije) lahko trajajo tudi 20 let po uporabi MRT (Wirtberg *et al.* 2007, kot navedeno v Greil, McQuillan, Lowry in Shreffler, 2011: 87). Ena izmed najtežjih stvari, s katerimi se morajo pari soočiti, je dejstvo, da se jim je čas za biološko starševstvo iztekel s čimer se soočajo z neizogibno realnostjo, da je njihova neplodnost trajna in ne začasna. Svojo situacijo uporabnice pogosto opišejo kot tragedijo, nad katero nimajo popolnoma nobenega vpliva, poročajo o globoki žalosti in žalovanju za otrokom, ki so upali, da ga bodo imeli. Od tu njihovo življenje ni več nikoli enako (VB-C8.1; Daniluk, 2001: 442). Ljudje pogosto ne vedo, kaj v tej točki storiti, saj so bili tako dolgo uporabniki postopkov (VB-C8.1). Psihološko-socialna podpora je izjemno pomembna v primerih, ko se uporabniki odločijo, da bodo z uporabo postopkov MRT prenehali in pričnejo razmišljati o možnih alternativah. Vsi intervjuvani psihološko-socialni svetovalci in svetovalke iz Nemčije in Združenega kraljestva ponujajo in izvajajo svetovanje po postopkih MRT. Kanadske smernice pravijo, da je po zaključku postopkov MRT lahko potrebno interventno svetovanje (krizna intervencija, svetovanje o žalovanju in izgubi, vprašanja, ki zadevajo partnerski odnos) (CSIG, 2009: 6–7). Medicinsko osebje mora tako uporabnice z zaključevanjem neuspešnih postopkov napotiti na psihološko-socialno svetovanje, da se pogovorijo o posledicah te odločitve (ESHRE, 2015: 24).

Kanadske smernice pravijo, da je treba razviti strategije, da uporabniki lahko sklenejo spravo v svojem življenju (CSIG, 2009: 7). Svetovanje uporabnikom ponudi dolgoročno podporo (več kot 6 srečanj), s katero gredo lažje skozi ta prehod. Na tej točki je pomembno svetovanje o tem, kako spremeniti življenjske cilje, razviti nove načrte za življenje in se prilagoditi na novo situacijo (DE-A3; VB-C8.1). Če se psihološko-socialni svetovalci (še posebej tisti zaposleni v reproduktivnih centrih) soočajo s časovno stisko, je pomembno, da uporabnice napotijo k zunanjim svetovalcem, ki lahko ponudijo dolgoročno (večletno) svetovanje. Pomanjkljivost tovrstnega svetovanja je le, da je najpogostejše samoplačniško (v Združenem kraljestvu je v celoti samoplačniško) (VB-C8.1).

Kot smo že omenili, je v psihološko-socialnem svetovanju (vse od vstopa v postopke MRT) treba govoriti o pomembnih alternativah, kot so življenje brez otroka, posvojitev, rejništvo ali meddržavna posvojitev (v Nemčiji je na voljo zelo malo otrok za posvojitev) (ESHRE, 2001: 11; Akizuki in Kai 2008: 2739; Jardine, 2013: 4; DE-C3; VB-A6.2; SLO-

A3). Tudi Kanadske smernice pravijo, da je po zaključku postopkov MRT potrebno odločanje o alternativnih možnostih, kot so življenje brez otroka, vključitev »tretjih« oseb v postopke, posvojitve in rejništvo (CSIG, 2009: str. 6–7).

1. Posvojitve

Z večjo družinsko pluralnostjo, manjšim pomenom biološkega starševstva in dekonstrukcijo pričakovanj v zvezi s tradicionalno spolno identiteto žensk in moških so posvojitve vse pogostejše (Zaviršek, 2012: 76). Leta 2004 so v gospodarsko najrazvitejših državah mednarodne posvojitve dosegle svoj vrh saj je bilo posvojenih kar 45.000 otrok. Raziskovalci so to povezali s kasnejšim načrtovanjem rojstva otrok, neplodnostjo ter pogostejšimi posvojitvami samskih žensk. Po letu 2004 je število posvojitvev začelo upadati na okoli 40.000 otrok letno), kar je povezano z bolj razširjeno uporabo MRT (Juffer, Tieman 2009: 636, Dickens 2009: 599, kot navedeno v Zaviršek, 2012: 52).

Posvojitve predstavljajo pomembno alternativo posameznikom in parom, pri katerih so se postopki izkazali za neuspešne ali neprimerne (VB-B3). V Sloveniji pari, ki se soočajo z neplodnostjo, posvojijo večino otrok (Bevc, Gabruč, Ovsenik in Ovsenik, 2003). Kljub temu pa posvojitve vse pogostejše predstavljajo stvar izbire in ne zadnjo možnost. Mnogi ne posvojijo otrok le zaradi neplodnosti (oz. ker ne morejo imeti svoje), temveč zaradi želje omogočiti otroku »običajno življenje« izven zavodskega okrilja in dolgotrajne revščine (Zaviršek, 2012).

Čeprav se številne uporabnice postopkov MRT s posvojitvijo še vedno soočajo s travmo neplodnosti, so psihosocialne posledice neplodnosti pogosto spregledane in nenaslovljene. Tema o neplodnosti v kontekstu posvojitve v Sloveniji ostaja neprioritetna in nenaslovljena tako v strokovnih diskurzih kot tudi v pogovorih z ljudmi, ki vstopajo v postopek posvojitve (Bevc, Gabruč, Ovsenik in Ovsenik, 2003; VB-B6.2). Ženske se lahko počutijo, da jim je v življenju spodletelo in niso postale prave ženske, saj niso mogle imeti bioloških otrok. Ob tem ženska lahko čuti sram in zadrego. Tako lahko nastane problem, ko je otrok posvojen, vsi so veseli in novim staršem je rečeno le: »Imejte radi otroka.« Pomembno je promovirati zdravo navezanost na otroka, brez sramu in zadreg, kot tudi to, da je pomembna transparentnost in jasnost, kdo je biološka mati in kdo je posvojiteljska mati. Če travma neplodnosti pred posvojitvijo ni rešena, otroci lahko razvijejo resne psihološke

probleme, imajo probleme z identiteto in doživljajo zmedo. In to ne glede na to, ali so odraščali z vedenjem, da so bili posvojeni ali ne (VB-B6.2).

Če se uporabnice v Združenem kraljestvu odločijo za posvojitev otroka, svetovalci priporočajo 7 svetovanj in delo na življenjskem načrtu (VB-B3). Tudi slovenski psihološko-socialni svetovalci pravijo, da je treba v primeru neuspešnih postopkov uporabnikom svetovati o tem, kako potekata posvojitev in rejništvo (SLO-A3).

Problemi lahko nastanejo tudi, ko se posamezniki odločijo za posvojitev in obenem nadaljujejo z uporabo postopkov MRT. Nemčija in Združeno kraljestvo sočasne uporabe MRT in posvojitve ne dopuščata in v postopek posvojitve sprejemata le pare, ki so zaključili z izvajanjem postopkov (VB-E14; DE-A14; DE-B20). Po mnenju nemških svetovalk je uporaba MRT primerna le po rojstvu biološkega otroka ali po končanem postopku posvojitve (DE-B20). Sočasen vstop v postopek posvojitve in postopke ni primeren, saj so postopki za par zelo utrujajoči, posvojitev pa zahteva čas, načrtovanje in popolno predanost. Odločitev za posvojitev otroka zahteva od staršev ogromno energije, saj otrok prehaja iz ene institucije (ali družine) v novo družino. Posvojitvene agencije tako pravijo, da pari, ki nadaljujejo z uporabo postopkov, niso popolnoma predani posvojitvi, saj je njihova energija drugje in s tem niso popolnoma osredotočeni na posvojenega otroka. Par ne sme biti razdvojen ali ambivalenten glede tega, kje bi prišel do otroka (ali preko posvojitve ali preko MRT) (DE-A14; DE-B20). Nekateri svetovalci menijo, da mora biti posvojitev paru prvi in edini cilj. Če par meni, da je boljše imeti biološkega otroka kot posvojenega, ta par ne bi smel posvajati. Kljub jasnim zahtevam agencij v Združenem kraljestvu prihaja do zlorab, saj pari socialnim delavkam zagotovijo, da ne bodo uporabljali postopkov, a jih na koncu vseeno. Kljub zahtevam agencij, uporabniki s tem ne kršijo zakona. Nekateri strokovnjaki zaposleni na reproduktivnih centrih prav tako ne razumejo, zakaj ni dobra sočasna uporaba MRT in postopka posvojitve. Centri lahko menijo, da so zahteve posvojitvenih agencij nepravilne in parom ponudijo tajno izvajanje postopkov MRT (VB-E14).

Britanska svetovalka priporoča branje knjige Nancy Newton Verrier z naslovom »*The primal wound*« (1993), ki govori o ločitvi od biološke matere ob rojstvu.

2. Življenje brez otroka

Uporabniki uporabljajo postopke in se odločajo za posege, ki so vse bolj invazivni in pogosto eksperimentalni in katerih dolgoročne posledice v veliki meri ostajajo neznane. Ko se posamezniki soočijo z dejstvom, da načrtovani otrok ne bo postal resničnost, lahko doživljajo občutke stiske, izgube in žalujejo za otrokom, ki jim ga ni uspelo imeti (Zoll in Tsigdinos, 2013: 20; Daniluk, 2001 in Verhaak, 2003, kot navedeno v Lechner, Bolman in van Dalen, 2007: 288).

Evropske smernice ESHRE (2015) pravijo, da se pari brez otrok pet let, potem ko zaključijo s postopki MRT, soočajo z večjimi težavami kot tisti, ki otroka posvojijo. Tako pogosteje uživajo tablete proti nespečnosti, kadijo in zaužijejo več alkohola. Smernice dodajajo, da lahko ženske, ki postanejo matere ali najdejo druge življenjske cilje, doživljajo manj tesnobe in depresije kot tiste, ki si po 3–5 letih neuspešnih postopkov MRT še vedno zelo želijo otroka.

Pomembno je, da uporabniki razumejo, kako socialna podpora in način soočanja s situacijo vplivata na stisko in stres, ki ga čutijo. Psihosocialne intervencije so tako nujne po obdobju, ko se par sooči z dejstvom, da ne bo mogel imeti otrok. Aktivno soočanje z dejstvom, da ne bodo mogli imeti otrok, in psihološko-socialna podpora lahko pomembno znižata negativne posledice neprostoovoljnega življenja brez otroka (Lechner, Bolman in van Dalen, 2007).

Čeprav uporabniki običajno svetovanja po prekinitvi postopkov ne iščejo, se nekateri (uporabniki in darovalci), na svetovanje vrnejo leta pozneje. Ti (v terapevtskem svetovanju) lahko želijo le spravo v svojem življenju, da bi lahko zaživel polno življenje. Tovrstno svetovanje je lahko celo najpomembnejše, saj se po uporabi postopkov ali darovanju spolne celice uporabnikom in njihovim (novim) partnerjem odpirajo nove dileme in vprašanja (VB-B; VB-A; DE-B).

Pomembno je, kako posamezniki, ki se soočajo z neplodnostjo, definirajo uspešnost. Uspešnost uporabe postopkov MRT ima po medicinskem modelu jasne parametre – uspešnost postopkov – zanositev – rojstvo zdravega otroka. Uporabniki lahko tudi v primerih, ko postopki niso uspešni in ne pride do rojstva otrok, svojo situacijo vidijo kot uspeh. Tako sprejmejo dejstvo, da ne bodo imeli otrok, na svojo situacijo pogledajo iz

druge perspektive in celotno situacijo vidijo kot izkušnjo, skozi katero so na novo oblikovali svoje življenje in dosegli zadovoljstvo v življenju (Crawshaw, 2009: 273; de Parsevale 1992 ter Kemeter 1998, kot navedeno v ESHRE, 2001: 31).

Sedaj vemo, da je prenehanje uporabe postopkov MRT ena izmed najpogumnejših odločitev. S tem uporabnice ohranijo še tisti mali delček sebe, obremenjenega partnerskega odnosa in izčrpanega bančnega računa (Zoll in Tsigdinos, 2013: 20).

17.1. Svetovanje po uspešnih postopkih

Uporabnice je treba podpreti pri prehodu od »neplodne« do »noseče uporabnice«. Nosečnost se psihološko prične veliko prej, preden pride do nje fizično (ESHRE, 2001: 60; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 422).

Številni pari po uspešnih postopkih (z zanositvijo) iščejo psihosocialno podporo in nad številnostjo teh parov so presenečeni tudi psihološko-socialni svetovalci (VB-A2.2). Prehod na starševstvo je pogosto čas poln veselja in navdušenja, lahko pa tudi prinese občutke negotovosti ter obdobje krize in sprememb (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 422). Evropske (ESHRE, 2015) in kanadske smernice CSIG (2009: 7) izpostavljajo, da se ženske po zanositvi s pomočjo postopkov MRT lahko soočajo s stisko. Ženske, ki so zanosile s pomočjo postopkov MRT, lahko med nosečnostjo doživljajo več tesnobe, negotovosti, poročajo o izgubi samozavesti in strahu, da bi prišlo do spontane prekinitve nosečnosti ali da se zarodek ne bi razvijal v redu (skrbi jih za zdravje otroka). Ti strahovi so še posebej pogosti v primerih, ko so imele uporabnice predhodne izkušnje z neuspešnimi cikli in tako vedo, da uspeh z zanositvijo še ni zagotovljen (ESHRE, 2015; VB-B; VB-A). To je pokazala tudi slovenska raziskava, ki je potekala v obdobju 2011–2012. Slovenski uporabniki so tudi ob zanositvi doživljali dvojne občutke, kot so veselje in upanje, ter obenem strah, saj jih je skrbelo, da bo zopet prišlo do prekinitve nosečnosti (Bregar, 2012). Ob vsakem testiranju nosečnosti je tako lahko prisoten strah in ob negativnem testu lahko posameznicam celo odleže, saj to pomeni, da ni skrbi za prekinitev nosečnosti. Ob pozitivnem testu uporabniki tako lahko doživijo še več tesnobe (žalost, da ni prišlo do zanositve, lahko pride pozneje) (VB-A2.2; VB-B10). Z nosečnostjo se prične navezanost na otroka, ki še ni rojen, in se par počasi začne na to novo realnost prilagajati. Pari prav tako že fantazirajo o otroku (kakšen bo) in to se premika proti »realnemu

otroku«, ki pa bo lahko drugačen od teh fantazij (Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 422). Če se plod ne razvija v redu, se pari soočajo s hudimi skrbmi, kaj storiti v tem primeru. Nekateri želijo popolnega otroka in čeprav bi morda želeli prekiniti nosečnost, zakonodaja jasno določa, kdaj prekinitev nosečnosti ni dopustna. Drugi nosečnosti ne želijo prekiniti tudi v primerih, ko se zarodek ne razvija v redu (abnormalnosti). Ti tako želijo, da se vse odvije po naravni poti (VB-A).

Čeprav so prvi tedni nosečnosti za pare najbolj stresni, lahko to obdobje traja skozi celotno nosečnost – vse do rojstva otroka. Nekatere nosečnice se po postopkih IVF ne počutijo kot »običajne noseče ženske« in težko ponotranjijo idejo, da imajo lahko zdravega otroka. Svetovalci morajo uporabnicam pomagati pri normalizaciji občutkov tesnobe, nezaupanja glede nosečnosti, dvoma, ali imajo lahko otroka, ter strahov, ali bodo zmožni biti starši. Svetovanje je na tem mestu zelo pomembno, saj ne vedo, kako se soočiti z nosečnostjo in se prilagoditi na (bodoče) starševstvo. Med nosečnostjo je treba posebno pozornost nameniti uporabnicam, s katerimi so svetovalci delali dolgo časa (CSIG, 2009: 7; ESHRE, 2015: 5 ; ESHRE, 2011: 60-62; DE-A; VB-A; VB-B; VB-C2.2).

Uspešnost postopkov lahko pri uporabnikih vodi do težkih etičnih dilem. Nemški in britanski pari se soočajo z dilemo, kaj storiti z zamrznjenimi zarodki (pog. zamrznjenčki), ki so jih shranili za poznejše postopke, vendar jih ne potrebujejo več (lahko so shranjeni v tujini). Tako lahko pride do situacije, ko par uporabi darovano spolno celico in ima šest čudovitih zarodkov na stopnji blastociste. S prenosom enega se rodi otrok. Nato se par odloči še za en prenos in v tem primeru se rodita dvojčka. Par ima tako tri otroke in družina je popolna. Tu se par sooča z dilemo, kaj storiti s preostalimi štirimi zarodki, ki so še vedno zamrznjeni. Eden izmed partnerjev lahko čuti, da bi moral vsak zamrznjen zarodek dobiti priložnost, saj so to potencialni bratje in sestre že rojenim otrokom. Pari tako ne vedo, ali zarodke zavreči, darovati drugim parom ali podariti v raziskovalne namene (Klinični oddelek za reprodukcijo Ljubljana, 2016d; DE-A10; VB-B8; VB-A10; VB-E10). Nemški pari zamrznjenčke najredkeje podarijo drugim parom (DE-A10). V primeru, da se par odloči zarodke pustiti propasti, se lahko zopet sooči z dilemo, kako to razložiti otrokom, ki so bili prav tako zamrznjenčki. Problem nadštevilnih zarodkov pogosto skrbi tudi vernike rimskokatoliške cerkve, ki si želijo uporabiti postopke MRT. To pari lahko pri sebi racionalizirajo, a zelo težko delijo z drugo starejšo osebo, za katero vedo, da bo na celotno situacijo gledala popolnoma drugače (VB-A).

Pomembno je, da so pari pred odločitvijo za zamrznitev, o teh situacijah vnaprej obveščeni. Kljub obveščenosti temu lahko ne namenjajo veliko pozornosti, saj ob poskusih, da bi imeli čim več zarodkov, dvomijo, da jih bo to doletelo. Vendar pa svetovalke poudarjajo, da do teh situacij pride in takrat nastanejo veliki problemi. V teh primerih je podpora uporabnikov ključnega pomena. Svetovanje mora raziskati tudi, kako ravnati z zarodki, ki lahko parom ostanejo in jih ne želijo uporabiti (CSIG, 2009: 15–16; VB-A10; VB-B8; DE-C8).

17.2. Drugi viri podpore za uporabnice

Uporabnikom pomemben vir podpore nudi tudi literatura ter drugi viri namenjeni izobraževanju in informiranju (knjige, (nepridobitne) organizacije, kratki video posnetki drugih uporabnikov, dokumentarci in podobno).

Pomembna (nepridobitna) organizacija v Združenem kraljestvu je Infertility Network UK (INUK), saj nudi brezplačno podporo, nasvete, razumevanje, informacije (o možnostih financiranja, ki so v Združenem kraljestvu na voljo) in povezovanje vseh posameznic in posameznikov, ki se soočajo s posledicami neplodnosti. Tovrstna organizacija je v Združenem kraljestvu edina, ki na tem področju ponuja tako široko paleto storitev in podpore (INUK, b.d.).

Britanski in nemški strokovnjaki so izpostavili tudi avtorico Petro Thorn, ki je objavila številne angleške in nemške knjige za različne udeležence v postopkih MRT (na primer za samske matere, družine, v katerih sta starša istega spola ali različnega spola). Objavila je tudi knjige posebej za otroke (za primere, ko so bile uporabljene darovane spolne celice ali klasični postopki). Dostop do teh knjig je možen na spletni strani *FamART* (DE-B17; FamART 2017). Nemški svetovalec prav tako predlaga uporabo priročnikov z uporabnimi nasveti, kot na primer priročnik Melysse Ford (2009): »*Navigating the Land of If: Understanding Infertility and Exploring Your Options*«.

Slovenski svetovalci pravijo, da nimajo na voljo veliko literature ali drugih virov, ki bi jih lahko priporočili uporabnikom (oziroma za njih ne vedo). Uporabnikom pogosto

priporočijo knjigi Darje Zaviršek: »*Od krvi do skrbi*« (2012) in »*Notranje in meddržavne posvojitve*« (2012).

Britanski svetovalci se strinjajo, da imajo v Združenem kraljestvu srečo, saj jim je na voljo DC Network. Ta nudi ogromno literature (tudi za otroke) in video posnetkov uporabnikom. Tu govorijo o različnih načinih spočetja, spolnih celicah, spolnih odnosih, IVF, nadomestnem materinstvu in uporabi darovanih spolnih celic. Zanimive so tudi zgodbe najstnikov, ki so bili spočeti s pomočjo darovane spolne celice. Te zgodbe uporabnice darovanih spolnih celic razbremenijo, saj vidijo, da so otroci, spočeti s pomočjo darovane spolne celice, popolnoma normalni. Ti posnetki so tako še posebej uporabni za tiste, ki se med nosečnostjo soočajo z občutki tesnobe (VB-A18; VB-B7; VB-C18). Dober vir informacij psihološko-socialnim svetovalkam nudi tudi izobraževalna organizacija »*Progress Educational Trust* (PET)«. Ta je namenjena vsem, ki skušajo razumeti pomene, izzive in posledice uporabe darovanih spolnih celic ter ne vedo, kako otroku povedati o zgodovini njegovega spočetja. Ta uporabnikom ponuja set treh posnetkov: prvi prikazuje darovalčevo perspektivo, drugi perspektivo prejemnika darovane spolne celice in tretji perspektivo otroka. Ti nudijo brezplačni material, registracijo in spletno izobraževanje. PET pokriva tudi druga področja, ki se navezujejo na neplodnost in postopke MRT. Uporabnikom ponuja ogromno resursov za spolnost in partnerstvo. PET pokriva vse, kar se tiče neplodnosti in MRT, kot tudi objavlja na brezplačnem spletnem portalu Bionews (VB-C18). Za pare je zelo uporabna knjiga Kena Daniels: »*Building a family with the assistance of donor insemination*« (2004) in čeprav govori o uporabi darovanih moških spolnih celicah, je primerna tudi za druge primere (PET, 2017; VB-E17).

Britanski svetovalci uporabljajo različne strategije, ko svetujejo glede drugih pomembnih virov informacij in podpor za uporabnice. Nekatere svetovalke izpostavljajo pomembnost, da se uporabniki sami odločijo, kaj je zanje primerno. Medtem ko te svetovalke uporabnikom pomembne vire podpore predstavijo na splošno in jim ponudijo zelo različen material (in ne specifične knjige), druge priporočajo specifične knjige in jim preko elektronske pošte pošiljajo veliko njim prilagojenega materiala (diagrami, načrti, seznam virov, »obrazec o stiski«).

Britanski in nemški svetovalci prav tako izpostavljajo, da so za uporabnice pomembne zgodbe tistih, ki so šli skozi podobno izkušnjo kot oni. Svetovalci uporabnikom

priporočajo ogled kratkih izkustvenih video posnetkov drugih uporabnikov (na britanskih spletnih straneh), ogled dokumentarcev ali pa jim pošiljajo sezname virov, ki so jih priporočili predhodni uporabniki. Svetovalke istospolnim partnerkam v branje priporočajo knjigo Harlyne Aizley z naslovom: »*Confessions of the Other Mother: Non-Biological Lesbian Moms Tell All*« (2006). Pomembna je tudi literatura o laktaciji, dojenju ter črpanju mleka. Svetovalci morajo z uporabnicami govoriti o navezanosti matere v času nosečnosti, pred rojstvom otroka ter navezanosti drugega starša pred rojstvom.

V primeru nadomestnega materinstva v Združenem kraljestvu nudi pomemben vir informacij spletna stran »*Surrogacy UK*«. Pomembne so tudi spletne strani britanskih nepridobitnih organizacij, kot sta: *Childlessness Overcome Through Surrogacy* (COTS) in *Brilliant Beginnings* (Surrogacy UK, 2017; COTS, 2015; Brilliant Beginnings, 2017).

18. Model psihološko-socialnega svetovanja za Slovenijo

Namen modela je prispevati k visokim standardom psihološko-socialnega svetovanja za ljudi, ki se soočajo z neplodnostjo, zmanjšano plodnostjo ali zaradi drugih osebnih razlogov ne morejo imeti otrok. Model ni v skladu s trenutnim stanjem v Sloveniji in je razvit tudi za primere, ko uporabnice niso upravičene do postopkov OBMP v Sloveniji. Svetovanje je namenjeno vsem, ki se odločajo za uporabo postopkov MRT, so v procesu uporabe postopkov ali pa se soočajo s posledicami po končanih postopkih. S tem je svetovanje na voljo tudi tistim, ki pomoč iščejo v tujini (ali pa so pomoč že poiskali), saj do postopkov MRT v Sloveniji niso upravičeni ali pa so postopki nedovoljeni.

Uporabnice s pomočjo psihološko-socialnih svetovalk in svetovalcev lažje raziščejo svoje misli, čustva, prepričanja in odnose in s tem bolje razumejo posledice in pomene načrtovanih odločitev. Pomembno je, da je svetovanje uporabnicam na voljo skozi celoten proces, kot tudi, ko z uporabo postopkov končajo. Uporabnice lahko potrebujejo dodatno podporo v času, ko doživljajo večje obremenitve (invazivnih postopkov, obdobju čakanja na rezultate, ob neuspešnih zanositvah, prekinitvah nosečnosti in odločanju za prenehanju uporabe postopkov). Z uporabniki je potrebno skleniti jasen dogovor o sodelovanju, govoriti o njihovih pričakovanjih do psihološko-socialnega svetovanja in jih obvestiti o vsebini svetovanja. Svetovalke morajo spoštovati kulturne vrednote sogovornikov in delati v skladu s strokovnim kodeksom etike socialnih delavk in delavcev.

Po priporočilih britanskih, nemških in slovenskih svetovalk in svetovalcev, že razvitih strokovnih smernicah (ESHRE, 2015; ESHRE, 2001; BKiD, 2009; BICA, 2012; CSIG, 2009) in priporočilih drugih strokovnjakov³⁶ je za kakovostno psihološko-socialno svetovanje pomembno, da psihološko-socialni svetovalci in svetovalke z (bodočimi) uporabnicami postopkov MRT govorijo o naslednjih temah:

³⁶ Kot navedeno v: Boivin, Bunting, Collins in Nygren, 2007; Crawshaw 2009; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010; Covington in Hammer Burns, 2006; Inhorn in Patrizio, 2015; Thorn, 2010; BICA, 2013; Hashim, Soliman in Mansour, 2012; Paul idr., 2010; Thorn in Wischmann, 2009; Zaviršek, 2012a; Martins, Peterson, Almeida in Costa, 2011; Scheib in Hastings, 2010.

1. Nudenje osnovnih informacij

1.1 Informacije o zakonodaji, ki ureja področje, ki se nanaša na uporabo postopkov MRT v Sloveniji (ZZNPOB, 2000) in možnosti v tujini

Psihološko-socialne svetovalke morajo govoriti o tem kdo je upravičen do postopkov MRT in kakšne so možnosti v tujini (za samske ženske, istospolne pare). Potrebno je govoriti o čakalnih dobah ter dovoljenih in razpoložljivih postopkih MRT v Sloveniji in v tujini.

Svetovalci morajo govoriti o dostopu do informacij o darovalkah in darovalcih ter ureditvi darovanja spolnih celic (ali zarodkov) in nadomestnega materinstva. Raziskati je potrebno ali so uporabnice naklonjene določenemu tipu darovalca (na primer ne-anonimnemu, visoko izobraženemu, svetlopoltemu), kako je to z zakonom urejeno v Sloveniji in tujini in kakšne so s tem povezane skrbi in tveganja. Svetovalke morajo z uporabnicami govoriti o dolžnostih in pravicah vseh udeleženih v postopkih MRT (kdo postane zakonit starš, plačevanje preživnine, izpodbujanje starševstva).

1.2 Informacije o medicinskih zdravstvenih centrih, ki ponujajo storitve MRT v Sloveniji in tujini

Svetovalke morajo uporabnice informirati v katerih centrih lahko poiščejo pomoč pri zanositvi.

1.3 Informacije o stopnji uspešnosti MRT, kakovosti, varnosti in morebitnih tveganjih, zapletih in posledicah

Uporabniki morajo biti informirani o stopnji uspešnosti MRT, varnosti in morebitnih tveganjih. Raziskovanje in razumevanje posledic in tveganj pred vstopom v postopke MRT je za uporabnice pomembno, saj le v tem primeru lahko sprejmejo odločitev zase in se na postopke pripravijo. Uporabniki se morajo zavedati, da postopki lahko ne bodo uspešni. Pomembno je govoriti o morebitnih posledicah na njihovo življenje če postopki ne bodo uspešni. Govor o tveganjih je zelo pomemben, ko se uporabnice odločajo za uporabo postopkov v tujini (nevarnosti večplodnih nosečnosti in redukcije zarodkov pomanjkljivih standardov, nesporazumi pri prevajanju).

O tveganjih, ki zadevajo medicinska vprašanja morajo svetovati tisti, ki so za to posebej specializirani (na primer genetski svetovalci, zdravniki).

1.4 Informacije o stroških postopkov MRT in možnostih (so)financiranja v Sloveniji in tujini

Uporabnice morajo biti obveščene v katerih primerih so upravičeni do (so)financiranja, kakšni so stroški postopkov MRT v Sloveniji (glede na posamezen center za reprodukcijo) in kakšne so cene postopkov v tujini (za samoplačnike). Potrebno je raziskati ali uporaba postopkov za uporabnice predstavlja hudo finančno obremenitev in kakšne so morebitne posledice vseh stroškov.

1.5 Informacije drugem razpoložljivem svetovanju in podpori

Tip ponujenega svetovanja (individualno, skupinsko, partnersko) je odvisen od uporabnikovih potreb (stiske) in resursov centra za reprodukcijo. Svetovalke morajo v primeru večjih (ali posebnih) potrebah uporabnice napotiti k drugim strokovnjakinjam, ki imajo zanje več časa in jih lahko bolje podprejo ter so za to področje posebej specializirani (svetovalke specializirane za izgubo in žalovanje, partnersko svetovanje, terapevtsko svetovanje, družinsko svetovanje, seksualno terapijo). Pomemben vir podpore za uporabnice lahko predstavljajo delavnice (na primer priprava na starševstvo po uporabi darovane spolne celice), podporne skupine ter svetovanje preko interneta (s pomočjo programa Skype) in telefona.

2. Izkušnja neplodnosti in uporaba postopkov MRT

2.1 Osnovne informacije

Svetovalci morajo pridobiti osnovne informacije kot so starost uporabnic, zgodovina duševnega zdravja in koliko časa načrtujejo rojstvo otrok. Pomembno je raziskati kdaj so začele uporabljati postopke MRT, katere postopke so že izpeljale ter število rojenih in/ali posvojenih otrok/otrok v rejništvu.

2.2 Definiranje življenjskih ciljev, motivacije in pomenov uspešnosti

Raziskovanje želja po otroku in s tem individualnih, odnosnih in socialnih motivov nudi vpogled v posameznikovo željo (oziroma potrebo) po otroku. Z uporabnicami je potrebno raziskati pričakovanja, želje, pomisleke, predsodke, meje in druge skrbi, ki so povezane z uporabo postopkov MRT. Pari lahko raziskujejo in med seboj primerjajo, kaj jih motivira k uporabi MRT in kje so si zastavili meje. Pomembno je da uporabnice dobijo podporo za zastavitvi realističnih ciljev (pričakovanj) in pri sprejemanju odločitev.

Z uporabnicami je prav tako potrebno raziskati zanje pomeni uspešnost. Ali se to navezuje le na rojstvo živega in zdravega otroka ali pa bodo izkušnjo ovrednotili kot uspešno tudi če bodo postopki neuspešni (saj so dali postopkom možnost in na novo oblikovali svoje življenje).

2.3 Govor o mejah in razvijanje časovnih načrtov

Govor o mejah, razvijanje časovnih načrtov in govor o alternativah (razvijanje plana B, C) potekajo skozi celoten proces svetovanja. Z uporabnicami je treba izdelati časovni načrt in raziskati, koliko postopkov imajo namen še izpeljati in kdaj z njimi zaključiti. Časovni načrt prav tako prikazuje doživete izkušnje, zadovoljstvo v partnerskem odnosu in pričakovanja kako bodo živeli, če bodo postopki uspešni in se jim bo rodil otrok.

2.4 Psihološke obremenitve in travma zaradi neplodnosti

Čustven vrtiljak, občutki nemoči, izguba kontrole, tesnoba, izguba samozavesti in proces žalovanja so pogosto del uporabe postopkov MRT. Z uporabnicami je potrebno raziskati kdaj doživijo največ stresa in kako ta obdobja boljše obvladovati.

Raziskati je potrebno koliko časa uporabnice vedo o svoji neplodnosti saj je razlika ali so za svojo neplodnost izvedele pred kratkim ali zanjo vedo že celo življenje. Govor o travmatičnih izkušnjah kot je mrtvorojenost, prekinitev nosečnosti, težak porod in travmatično poporodno obdobje lahko re-travmatizira doživete izgube. Čeprav v psihološko-socialnem svetovanju uporabnice najpogosteje govorijo o izkušnji neplodnosti, jih proces lahko vodi do katerega koli dela njihovega življenja. Neplodnost je lahko rezultat drugih travm, kot so rakava obolenja, posilstva (spolno prenosljive okužbe), skrb za hudo bolnega sorodnika v dobi, ki je primerna za rojevanje otrok (prispevalo k poznemu načrtovanju družine). Govor o travmatičnih dogodkih je pomemben pred uporabo postopkov MRT. V tem primeru je izjemno pomembno svetovanje o posledicah. V primeru travmatičnih izkušenj, lahko zelo pomagajo (simbolni) rituali, ki so za uporabnice zelo terapevtski (pisanje pisma otroku, posaditev drevesa).

2.5 Občutki izgube in žalovanje

Svetovanje o žalovanju in izgubi je pomemben del psihološko-socialnega svetovanja. V primerih ko so udeleženi »tretji« je pomembno govoriti o žalovanju za dejstvom, da par ne bo mogel imeti otroka, ki bo z obema biološko povezan. Govor o žalovanju zaradi propadlih partnerskih zvezah, prekinitvah nosečnosti, izgube zasebnosti z vstopom v

postopke, romantične ideje kako bo otrok spočet, in mrtvorojenosti je prav tako pomemben del svetovanja. Pomembno je da poimenujejo doživete občutke kot žalovanje.

2.6 Težave v partnerski zvezi

Svetovanje mora prispevati k izboljšanju komunikacije med partnerjema z namenom utrditve njunega partnerskega odnosa. Pomembno je, da svetovalke v primerih idiopatske neplodnosti s pari govoriti o subjektivni in dejanski etiologiji neplodnosti. Pomembno je »eksternalizirati« krivdo zaradi neplodnosti in normalizirati njihovo izkušnjo, čustva in krizne situacija s katerimi se pari soočajo. Pomembno je, da celotne krivde za situacijo ne nosi posameznik, ki se sooča z neplodnostjo in da ta sprejme le svoj del odgovornosti za problem, ki je paru skupen. S pari je potrebno govoriti o intimnosti in občutkih, če menijo, da jo v procesu postopkov MRT in z načrtovanimi spolnimi odnosi izgubljajo. Ob večjih potrebah uporabnikov jim je dobro priporočiti svetovanje pri strokovnjaku, ki izvaja seksualno terapijo.

2.7 Strategije obvladovanja in viri podpore

Svetovalke morajo z uporabnicami razviti mehanizme, za boljše obvladovanje problema neplodnosti in uporabe postopkov MRT. Z uporabniki je pomembno raziskati kako živeti bolj izpolnjujoče in polno življenje v času, ko se soočajo s stisko zaradi neplodnosti.

2.8 Skrbi in tveganja

Z uporabnicami je prav pomembno govoriti o tveganjih in posledicah uporabe določenih MRT postopkov zanje, njihove partnerje, družino in bodoče otroke. Namen psihološko-socialnega svetovanja je podpora uporabnic pri raziskovanju občutkov, čustev in posledic, ki so povezane z tveganji. Čeprav govor o tveganjih za uporabnice lahko predstavlja tabu je potrebno o tem govoriti od začetka postopkov MRT.

2.9 Stigmatizacija neplodnosti, izolacija in drugi kolektivni pritiski glede načrtovanja družine

V psihološko-socialnem svetovanju je z uporabnicami potrebno govoriti o občutkih stigmatizacije in drugimi kolektivnimi pritiski glede načrtovanja družine. Pomembno je raziskati ali ti pritiski vplivajo na njihovo odločitev za uporabo postopkov MRT. Govor o stigmatizaciji neplodnosti in stigmatizaciji uporabe postopkov MRT (s pomočjo darovanih spolnih celic, nadomestnih mater) je pomemben del svetovanja. Potrebno je prav tako

govoriti o skrbah, da bodo zaradi soudeležnosti »tretjih« v postopkih otrok in družina stigmatizirana.

2.10 Pomeni biološkega in socialnega starševstva

Načrtovanje družine z darovano spolno celico mora biti željeno s strani obeh partnerjev. Pomembno je da se nameni zadosti časa tej odločitvi, da odločitve par ne sprejme prenašlo. Z uporabniki je potrebno raziskati kako so pripravljeni na uporabo darovanih spolnih celic, ali razumejo pomene biološkega in socialnega starševstva (govor o kompleksnosti družinskih oblik) in kakšna so njihova pričakovanja. V svetovalnem procesu je prav tako potrebno raziskati morebitne ambivalentne občutke, ki pa lahko nastanejo pozneje v nosečnosti. Potrebno je govoriti o morebitnih kasnejših dvomih ali je bila uporaba darovane spolne celice pravilna. Svetovanje prispeva k razumevanju teh odzivov in ponudi podporo pri spoprijemanju z njimi. Svetovalci morajo z uporabnicami krepiti pozitivne podobe do socialnega starševstva.

Z uporabnicami je potrebno raziskati ali imajo z uporabo darovanih spolnih celic določena pričakovanja (»fantazije«) o tem kakšen bo otrok (na primer glede fizičnih karakteristik: barva kože, oči in las). Uporabniki se lahko v tem procesu sprašujejo ali jim bo otrok podoben. Govoriti je prav tako potrebno o skrbah, kako se bo na fizične karakteristike odzval partner in skrbah ali bodo otroka lahko imeli radi.

V primeru situacije, ko sta oba starša biološko povezana s prvim otrokom, medtem ko pri drugem nista, je potrebno govoriti o skrbah, da bosta starša do drugega otroka čutila drugače. Potrebno je prav tako govoriti o skrbah, kakšen odnos bodo imeli otroci med seboj.

2.11 Razkritje v socialnem okolju

Z uporabnicami je potrebno raziskati komu, kako in kdaj povedati o uporabi postopkov OBMP (z darovano spolno celico). Z uporabnicami je potrebno raziskati kaj so prednosti in pomanjkljivosti razkritja in morebitne posledice zanje in bodočega otroka. Raziskani morajo biti pomeni (in morebitni odzivi) uporabe postopkov MRT (na primer darovanja spolne celice za sorodnike in druge pomembne osebe v uporabnikovem življenju (predvsem za brate, sestre in bodoče stare starše). Kljub prednostim razkritja je potrebno pred spodbujanjem uporabnic k razkritju narediti temeljitejšo analizo družinske dinamike, s čimer ne spodbujamo podporo tam, kjer ni na voljo.

2.12 Govor o biološki zgodovini otrok

Z uporabnicami je potrebno raziskati ali bodo razkrile zgodovino spočetja otroku in ali se ob tem soočajo s kakšnimi dilemami in skrbmi. Številni strokovnjaki izpostavljajo prednosti odprtih družinskih odnosov in pravico otrok, da vedo o svoji biološki zgodovini. Z uporabnicami je tako potrebno govoriti o prednostih razkritja in posledicah molka (tveganja za nenačrtovano razkritje). Potrebno je govoriti o priporočilih strokovnjakov, da starši otrokom povedo čim prej, saj je pomembno da starševstvo temelji na iskrenosti od otrokovega zgodnjega otroštva. Raziskati je potrebno morebitne skrbi uporabnic kako bo razkritje vplivalo na psihološki razvoj otroka, družinsko dinamiko in socialno okolje v katerem bo otrok odrasel. Če si otroci želijo spoznati darovalce, je pomembno, da se staršem razloži, da je to nekaj naravnega in ni nujno posledica problematičnih odnosov v družini.

Številni strokovnjaki izpostavljajo, da je potrebno z uporabnicami izdelati načrt kako otroku pripovedovali o njegovi biološki zgodovini. Uporabnicam je pomembno ponuditi druge izobraževalne in informativne vire, ki jim nudijo podporo pri pripovedovanju zgodbe (knjige, zloženke, spletne strani, izpovedi drugih uporabnic in otrok, ki so bili spočeti s pomočjo postopkov MRT, delavnice). Izdelava slikanice ali družinskega albuma lahko majhnemu otroku pomagata približati problem neplodnosti in proces uporabe postopkov MRT.

2.13 Vloga darovalcev

Pomembno je govoriti o prednostih in pomanjkljivostih uporabe spolnih celic ne-anonimnih darovalk in darovalcev. S tem imajo otroci pravico pridobiti podatke o svoji biološki zgodovini kot tudi možnost kontakta z darovalcem ali darovalko. V primeru uporabe spolnih celic anonimnega darovalca ali darovalke je potrebno govoriti o skrbih glede nepoznavanja medicinske, genetske in socialne zgodovine darovalcev. Otroci prav tako nikoli ne bodo mogli dostopati do več osebnih podatkov o darovalcu ali z njim navezati kontakt. Potrebno je govoriti tudi o zapletih v primeru znanih darovalcev (še posebej če so to prijatelji, sorodniki), ki se lahko nanašajo na zasebnost, osebne in družinske meje, pričakovanja, dolžnosti, morebitni spori in nesoglasja ter govor o pričakovanjih darovalcev in darovalk (na primer preživljanje več časa z otrokom, sodelovanje pri vzgoji otroka). Z uporabo darovanih spolnih celic je pomembno ločiti

vlogo darovalcev od staršev. Potrebno je govoriti o pravicah in dolžnostih darovalcev spolnih celic (in drugih so-udeleženi v postopkih). Prav tako je potrebno razviti primerno besedišče, kako bodo poimenovali starše in kako darovalca in s tem jasno ločiti vloge med njimi. To je izjemno pomembno v primerih, ko so v procesu uporabe postopkov MRT soudeleženi sorodniki.

2.14 Neuspešnost postopkov MRT in pomembne alternative postopkom

Svetovanje z uporabnicami, pri katerih so bili postopki neuspešni ali je prišlo do prekinitve nosečnosti je drugačno kot pri tistih, ki v postopke vstopajo prvič. Z uporabnicami je potrebno raziskovati kateri postopki so bili uporabljeni in katere so bile ovire in zapleti v tem procesu. Raziskati je potrebno katere so bile druge obremenitve (finančne). Z uporabnicami je potrebno govoriti katere možnosti so jim še na voljo, kateri postopki so zanje sprejemljivi, koliko postopkov še načrtujejo in kdaj želijo prenehati z uporabo postopkov. Nasloviti je potrebno kakršna koli vprašanja ali dileme uporabnic. Pomembno je raziskati tudi katera so pričakovanja uporabnic.

Z uporabniki je potrebno govoriti o alternativah (plan B, plan C) vse od njihovega prvega obiska do konca. Pomembno je, da se uporabniki zavedajo, da postopki lahko ne bodo uspešni. Potrebno je govoriti o posvojitvi, rejništvu, uporabi postopkov v tujini in življenju brez otroka.

Uporabnice se z neuspešnimi postopki soočijo z realnostjo, da je neplodnost trajna in ne začasna. Z uporabnicami je potrebno raziskovati alternativne možnosti za življenje kot tudi koncepte poslanstev in identitete. Vprašanja identitete in poslanstva so pomembna, saj se nekatere lahko celostno počutijo le kot neplodne. Ker so te uporabnice izpostavljene dolgoročnim ali kratkoročnim psihosocialnim tveganjem je pomembno, da se jim priporoči specializirano psihosocialno oskrbo (terapevtsko svetovanje).

2.15 Svetovanje po uspešnih postopkih MRT

Psihološko-socialno svetovanje lahko po potrebi uporabnic nudi podporo pri prehodu od »neplodne« do »noseče uporabnice. Uporabnice se v tem obdobju pogosto soočajo z občutki negotovosti, strahom pred spontano prekinitvijo nosečnosti, razvojnimi težavami zarodka in splošno skrbjo, da lahko rodijo zdravega otroka. To je pogosto obdobje krize in sprememb in je zato potrebno normalizirati občutke tesnobe, nezaupanja glede nosečnosti,

dvoma da imajo lahko zdravega otroka, ter strahov, ali bodo zmožni biti starši. Uporabnicam je prav tako pomembno ponuditi podporo za pripravo na starševstvo (morebitna napotitev ustreznim strokovnjakom).

V primeru nadštevilnih zamrznjenih zarodkov, je potrebno govoriti kaj s preostalimi storiti in kako govoriti o tem s preostalimi otroci, ki so bili prav tako »zamrznjenčki«.

2.16 Literatura in drugi viri namenjeni izobraževanju in informiranju

Uporabnicam je potrebno ponuditi tudi druge vire v podporo, informiranje in izobraževanje. To so knjige o MRT (za otroke), imena (nepridobitnih) organizacij, kratki video posnetki o izkušnjah uporabnikov, ali otrok spočetih s pomočjo MRT, dokumentarci in podobno.

19. ZAKLJUČEK

Z globalnim upadom rodnosti je reprodukcija vse pogostejše povezana z medicinsko-reproduktivno tehnologijo, ki s komercializacijo in hitrim znanstvenim razvojem biomedicine in genetskega inženiringa postaja vse pogostejša rešitev za ljudi, ki si želijo otroke, vendar jih zaradi neplodnosti, ali drugih osebnih okoliščin ne morejo imeti. Kljub temu pa v 21. stoletju prihaja do globalne neenakosti glede dostopnosti in razvitosti MRT, so postopki dostopni le tistim, ki živijo na območjih, kjer so postopki dostopni in razviti, ustrezajo kriterijem upravičenosti do postopkov in (so)financiranja ali pa so dovolj premožni, da si postopke lahko plačajo. Države na podlagi zgodovinskih, socialnih, političnih, ekonomskih in religioznih tradicij različno urejajo upravičenost do postopkov MRT ter (so)financiranja. V teh primerih so pogosto privilegirani heterospolni pari, ki živijo v zakonski ali zunajzakonski zvezi, s čimer se še danes daje prednost tradicionalni konjugalni obliki družine. Tudi v primeru Združenega kraljestva, ki zelo liberalno ureja dostop do postopkov, redko (so)financira postopke samskim ženskam in istospolnim parom.

Primerjava Nemčije, Slovenije in Združenega kraljestva je pokazala, da ima Slovenija zelo dobro urejeno kritje stroškov, saj upravičencem do postopkov krije največji delež stroškov MRT. Analiza je prav tako pokazala, da imata Slovenija in Združeno kraljestvo urejeno zakonodajo, ki se navezuje na zdravljenje neplodnosti in postopke MRT. Nemčija področja reproduktivnih tehnologij z zakonom nima urejenega in se zato sooča z vse večjimi skrbmi in izzivi. Ne glede na to, da ima Nemčija precej restriktivno reproduktivno politiko (glede dovoljenih postopkov MRT) zasebne reproduktivne centre z namenom zaslužka neprestano iščejo nove načine, kako ponuditi čim več različnih postopkov čim širši populaciji (primeri so-starševstva in darovanja zarodkov). Uporaba postopkov je pogosto povezana z neoliberalnimi ekonomskimi politikami, saj si nekateri postopke lahko privoščijo le na račun zelo velikih odpovedovanj. Uporabniki so prav tako izpostavljeni številnim tveganjem, še posebej v primerih, ko se odločijo za »čezmejno reproduktivno pomoč«. Iskanje reproduktivne pomoči v tujini je pomembna rešitev za številne uporabnice, za katere so postopki v matični državi predragi, nerazpoložljivi, z zakonom nedovoljeni ali pa do njih niso upravičeni. V teh primerih uporabniki v matični državi niso upravičeni do

brezplačnega psihološko-socialnega svetovanja, saj se svetovanje pogosto izvaja kot del zdravstvenih storitev v centrih za reprodukcijo.

Disertacija prikazuje, da želijo centri za reprodukcijo zaradi privatizacije in tržne naravnosti zdravstvenih storitev, hitrega razvoja reproduktivne tehnologije in vse številnejšega povpraševanja po postopkih, ponuditi vse hitrejša in učinkovitejša storitve. To pomembno vpliva na kakovost psihološko-socialnega svetovanja (obseg, pokritost, vsebino), integriranost svetovanja v centru kot tudi to, kdo izvaja psihosocialno podporo (medicinsko osebje zaposleno v reproduktivnem centru ali za to posebej usposobljeni psihološko-socialni svetovalci). Čeprav številni strokovnjaki in strokovne smernice priporočajo, da je svetovanje prilagojeno vsakemu posamezniku in je na voljo skozi celoten proces uporabe postopkov MRT (od prvega obiska centra kot tudi po obdobju, ko uporabniki prenehajo z uporabo postopkov), to pogosto ni realizirano. V Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu je najpogostejše ponujeno le eno brezplačno svetovanje (najpogostejše svetovanje o posledicah) pred vstopom v postopke MRT. Ker je psihološko-socialno svetovanje namenjeno uporabnikom postopkov v centrih za reprodukcijo, se v svetovanju redko znajdejo tisti, ki prenehajo z uporabo postopkov MRT. Svetovalci iz Nemčije in Združenega kraljestva v teh primerih uporabnice najpogostejše napotijo k drugim svetovalcem, ki imajo več časa in so specializirani za specifične potrebe uporabnikov. Svetovanje po postopkih je v Nemčiji in Združenem kraljestvu pogosto samoplačniško in se vedno ponuja v centrih za reprodukcijo ali zunaj njih.

Analiza je pokazala, da je pomembnost psihološko-socialnega svetovanja izpostavljena predvsem v primerih, ko uporaba postopkov prinaša več etičnih vprašanj (uporaba darovane spolne celice ali zarodka, so-starševstvo, nadomestno materinstvo). Tako se svetovanje (v reproduktivnih centrih) v Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu običajno izvaja predvsem z uporabniki postopkov MRT z darovano spolno celico oziroma v primerih, ko uporaba postopkov vodi v netradicionalne oblike družin in kompleksna družinska razmerja. Sodelujoči v raziskavi izpostavljajo, da je treba o alternativah (kot je življenje brez otroka, posvojitev in rejništvo) govoriti skozi celoten proces, od začetka vstopa v postopke do konca. Prav tako se svetovanje redko izvaja s tistimi, ki jim uspe zanositi, čeprav se tudi ti skozi celotno nosečnost soočajo s hudo stisko in zato pogosto iščejo pomoč in podporo. Analiza obsega, vsebine in pokritosti svetovanja v Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu prikazuje, da se svetovanje najpogostejše izvaja z

namenom podpore storitev in ne z namenom podpore uporabnikov, ki so lahko v stiski in potrebujejo podporo ali več informacij. To je zaskrbljujoče, saj se številni uporabniki, skozi celoten proces uporabe postopkov MRT z darovanimi ali lastnimi spolnimi celicami soočajo s stisko, tveganji in drugimi obširnimi in dolgotrajnimi psihičnimi, fizičnimi in socialnimi obremenitvami (ambivalentni občutki, etične dileme, tesnoba, prekinitev nosečnosti), zaradi katerih je psihosocialna oskrba zdravstvenega osebja kot tudi psihološka-socialna podpora strokovno usposobljenih svetovalcev pomembna (ESHRE, 2015; Cousineau in Domar, 2007). Psihološko-socialno svetovanje je pomembno, saj uporabnice podpre pri razvijanju novih strategij za lažje soočanje s stresnimi situacijami v interakciji z drugimi (ESHRE 2001, kot navedeno v Akizuki in Kai, 2008: 2742).

Na načrtovanje družine, dostopnost in uporabo postopkov MRT vplivajo tudi drugi dejavniki, kot so uradna definicija neplodnosti, ozaveščenost o neplodnosti, stigmatizacija neplodnosti (in MRT), družbena sprejetost novih oblik starševstva ter druge socialne in osebne ovire uporabnikov.

Združeno kraljestvo ima v primerjavi s Slovenijo in Nemčijo izjemno liberalno reproduktivno politiko (glede dovoljenih in razpoložljivih postopkov MRT) in so zato tu pogostejše formirane nove oblike (netradicionalnih) družin s kompleksnimi družinskimi razmerji. S številnimi možnostmi, ki jih ponuja nov razvoj biomedicine in genetski inženiring, se zdi, da so MRT brez meja in omogočajo neomejen nadzor nad žensko in moško plodnostjo (Zoll in Tsigdinos, 2013: 20). Tehnološki razvoj MRT omogoča uporabo postopkov in sklepanje sorodstvenih razmerij na način, ki pogosto vzbuja številne etične dileme. Rezultat tega so ambivalentni občutki, ki kažejo na zahtevnost odnosa med medicino, znanostjo in etiko. Prav tako se zdi, da se reproduktivne tehnologije razvijajo hitreje kot mehanizmi, ki jih urejajo.

Čeprav so različne družinske oblike danes vse pogostejše, neplodnost in uporaba MRT (še posebej, ko vodi v ne-genetsko povezanost) v številnih državah ostajata stigmatizirani. Zaradi stigmatizacije neplodnosti in tradicionalnih predstav o reproduktivni vlogi in poslanstvu žensk, uporaba postopkov MRT za nekatere ženske ne predstavlja le vprašanje izbire, ampak zanje predstavlja nujnost. Kljub temu da se z uporabo postopkov MRT biološko in socialno prepleta in ponuja nove možnosti sklepanja sorodstvenih vezi in starševstva, lahko prispevajo k ohranjanju družbenih neenakosti. Z razvojem postopkov

moramo danes spodbujati destigmatizacijo netradicionalnih oblik družin, postopkov MRT in neplodnosti ter obenem zavarovati korist vseh udeleženi. Pomembna je podpora moškim in predvsem ženskam, ki so bili zaradi neplodnosti stigmatizirani, izolirani, preganjani ali celo izgnani.

Disertacija prikazuje, da čeprav je v približno polovici vseh primerov neploden moški, globalno neplodnost ostaja predvsem socialno breme žensk, saj se tako v ekonomsko manj razvitih državah kot tudi v ekonomsko razvitih državah srečujejo s stigmatizacijo, socialno izolacijo in negativnimi odzivi iz okolice. Tu je pomembno izpostaviti, da številne raziskave in drugi dokazi o obremenitvah tistih, ki se soočajo z neplodnostjo in so uporabniki postopkov MRT, skoraj v celoti temeljijo na izkušnjah žensk. S tem je tudi podpora osredotočena in namenjena predvsem ženskam. Kljub temu pa se tudi moški soočajo s številnimi obremenitvami in je zato treba tudi tem nameniti več pozornosti ter jim ponuditi individualno psihološko-socialno podporo.

Področje medicinsko reproduktivne tehnologije je edinstveno, saj ljudem pomaga do otrok na podlagi njihove velike želje (in potrebe) po starševstvu in lahko (kot v primerih posvojitve) vodi v delno ali popolno socialno starševstvo. Kljub temu pa v primerih uporabe postopkov MRT ne pomagamo že rojenim otrokom do varnega družinskega okolja, temveč »ustvarjamo« otroke, da bi zadovoljili potrebe ljudi, ki jih ne morejo imeti. Predvsem svetovalci iz Nemčije izpostavljajo, da bi morala biti skrb glede koristi in pravic bodočih otrok (kot je v primeru posvojitve) višje od avtonomije staršev. Vsi intervjuvani (med raziskavo 2015–2016) so se strinjali, da je koristno, da otrok ve o zgodovini svojega spočetja, vendar pa so nekateri svetovalci iz Združenega kraljestva opozorili, da mora svetovanje tudi na tem področju ostati odprto in prilagojeno situaciji uporabnikov, saj le v tem primeru sprejmejo pravilno odločitev zase in (bodočega) otroka. Nemški svetovalci se s tem ne strinjajo in pravijo, da imajo otroci pravico vedeti o zgodovini njihovega spočetja kot tudi identiteti darovalcev spolne celice. Prav tako izpostavljajo, da to ni več le priporočilo.

Čeprav države skušajo zaščititi pravice ljudi in zmanjšati tveganja na področju reproduktivnih tehnologij, se z razvojem neprestano ponujajo nove možnosti, izzivi in tveganja. Tudi mednarodna primerjava strokovnih smernic in prakse psihološko-socialnih svetovalcev je pokazala, da so pravice udeleženi v postopkih MRT pomembna tema, saj

vsaka država to področje ureja drugače in tako ni univerzalnih priporočil, ki bi na tem področju določale, kaj so pravice otrok, (bodočih) staršev in drugih udeleženih v postopkih MRT. Kljub temu pa se vedno znova vrnemo na ključno vprašanje, kaj je pomembnejše – avtonomija tistih, ki so pripravljeni plačati visoke zneske, da bi izpolnili svojo željo po otroku ali pravice ljudi, ki z altruističnimi ali ne-altruističnimi dejanji skušajo ljudi v tem procesu podpreti (darovalci, nadomestne matere). Z zelo liberalnimi reproduktivnimi politikami (primer Združenega kraljestva) med svetovalci prihaja do etičnih dilem, saj ne vedo, kako v teh situacijah podpreti uporabnice na način, da bi zmanjšali tveganja, konflikte in škodo za vse udeležene v postopkih. V teh primerih sta pomembni supervizija in intervizija.

Mednarodna primerjava priporočil strokovnih smernic, kot tudi primerjava strokovne prakse vodilnih psihološko-socialnih svetovalcev iz Nemčije in Združenega kraljestva (ki so prispevali k oblikovanju strokovnih orodij in smernic v Evropi), je pokazala, da je v psihološko-socialnem svetovanju pomembno govoriti o naslednjih temah: občutkih stigmatizacije; razkritju izkušnje stiske zaradi neplodnosti in uporabe postopkov MRT družini, prijateljem in v delovnem okolju; o tveganjih in posledicah uporabe postopkov MRT; pravicah otrok; drugih pomembnih alternativah kot tudi vlogi drugih soudeleženih v postopkih (darovalci in darovalke spolnih celic, nadomestne matere). V psihološko-socialnem svetovanju je prav tako treba več pozornosti nameniti zavarovanju koristi vseh, ki so udeleženi v postopkih MRT. Čeprav smo v disertaciji opozorili na pomembnost psihološko-socialnega svetovanja darovalcem in darovalkam spolnih celic, je analiza intervjujev pokazala, da se v Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu v večini primerov ne izvaja. Nemčija in Združeno kraljestvo sta v ta namen razvila predvsem teoretična priporočila in smernice. Več pozornosti (in podpore) je treba nameniti tudi razvoju svetovanja za otroke oziroma odrasle, ki so bili spočeti s pomočjo postopkov MRT z darovano spolno celico.

Analiza je pokazala, da sta Nemčija in Združeno kraljestvo dobro podprli psihološko-socialne svetovalce, saj sta razvili supervizijo, intervizijo in tudi objavljata strokovno literaturo ter strokovne smernice (prilagojene posebej za primere neplodnosti in uporabo postopkov MRT). To predstavlja dober zgled za razvoj psihološko-socialnega svetovanja v Sloveniji.

20. PREDLOGI

MRT prinašajo nove spremembe in izzive na področje socialnega dela, ki se mora z reproduktivnimi tehnologijami neprestano razvijati. Potrebno je spodbujati uporabo svetovanja in podporo ponuditi vsem udeleženi v postopkih, ne glede na to ali so postopke uporabili v Sloveniji ali v tujini (samske ženske, samski moški, istospolni pari, različnospolni pari). Psihološko-socialno svetovanje je najpogosteje osredotočeno in namenjeno ženskam in je zato potrebno več pozornosti nameniti tudi podpori moškim. Prav tako je potrebno spodbujati uporabo svetovanja za tiste, ki so v postopkih soudeleženi kot »tretji« (še posebej za darovalce in darovalke spolnih celic).

Potrebno je ponuditi podporo tudi otrokom oziroma odraslim, ki so bili spočeti s pomočjo postopkov MRT in ki bi morda želeli izvedeti več o zgodovini svojega spočetja ali drugih otrocih istega darovalca (v primerih, ko so upravičeni do podatkov o darovalcu ali darovalki spolnih celic).

V Sloveniji bi bilo dobro organizirati podpirne skupine za uporabnike postopkov MRT kot tudi druge posameznice, ki se soočajo s stisko zaradi neizpolnjene želje po otroku. Še posebej se lahko koristne delavnice pod vodstvom strokovnjakinj, namenjene posebej tistim, ki se odločajo za vstop v postopke z darovano spolno celico.

Okolje v katerem se psihološko-socialno svetovanje izvaja pomembno vpliva na vsebino in obseg svetovanja kot tudi dostopnost svetovanja. V Sloveniji je zato pomembno ponuditi dodatne storitve psihološko-socialnega svetovanja zunaj prostorov reproduktivnih centrov. S tem bi bila podpora na voljo tudi tistim uporabnicam, ki niso uporabniki postopkov MRT v centrih (tisti, ki so s postopki zaključili ali postopke samoplačniško uporabili v tujini). Koristno bi bilo razviti in ponuditi svetovanje preko interneta (na primer s pomočjo programa Skype).

V Sloveniji bi bilo tako potrebno obravnavati postopke MRT kot podporo za uresničitev pravic do otrok in ne kot medicinsko intervencijo, s čimer bi pridobili pravico do izbire vsi, ki se soočajo s primarno, sekundarno in socialno neplodnostjo - ne glede na partnerski status in spolno orientiranost. S tem bi sledili priporočilu številnih strokovnjakov in

organizacij, ki izpostavljajo, da morajo biti samske ženske in samski moški ter istospolni pari obravnavani enako kot različnospolni pari. Psihološko socialni svetovalci se morajo zavzemati za enake pravice (potencialnih) uporabnikov in uporabnic MRT, ne glede na spol, hendikep, etničnost in socialni status, kot tudi spodbujati k sprejetosti novih oblik starševstva. Prav tako morajo spodbujati destigmatizacijo neplodnosti in MRT, odprt govor o neplodnosti, pozitiven odnos do postopkov ter informirati javnost o postopkih in stiski zaradi neplodnosti (in neizpolnjene želje po otroku). Pomembno je da države, organizacije in strokovni delavci zavzamejo aktivnejšo vlogo in organizirajo javne dogodke z namenom destigmatizacije neplodnosti. Prav tako je pomembno ozaveščati o problemu neplodnosti in stiski tistih, ki si želijo otroke, vendar jih zaradi neplodnosti, ali drugih osebnih okoliščin ne morejo imeti. Organizirati je potrebno več dogodkov, ki bi ozaveščali o postopkih MRT in spodbujali k darovanju spolnih celic.

Kakovostna psihosocialna podpora uporabnikov je mogoča le z multidisciplinarnim sodelovanjem zaposlenih v centrih za reprodukcijo. Ker imajo prvi stik z uporabniki zaposleni v centrih, mora biti psihosocialna oskrba integrirana v vsakodnevne aktivnosti zdravstvenega osebja. Pomembno je zaposlene v centrih (medicinske sestre, zdravniki, receptorji) podpreti, da razvijejo osnovna znanja o svetovanju in komunikacijskih veščinah (s pomočjo psihološko-socialnih svetovalk). Pomemben prispevek lahko ponudi predstavitev modela psihološko-socialnega svetovanja v slovenskih bolnišnicah (v UKC Ljubljana, UKC Maribor in Splošni bolnišnici Postojna).

S pomanjkanjem znanj in informacij o psihološko-socialnem svetovanju se sooča predvsem Slovenija saj psihološko-socialni svetovalci niso specializirani prav za primere neplodnosti in uporabo postopkov MRT. Slovenski svetovalci se strinjajo, da bi moralo biti psihološko-socialno svetovanje ločeno od klasičnega svetovanja v centru in bi moralo biti specializirano prav za področje neplodnosti in uporabe postopkov MRT (kot je v Nemčiji in Združenem kraljestvu). Zagotoviti je tako treba, da svetovanje izvajajo za to posebej usposobljeni psihološko-socialni svetovalci, oziroma kot jih poimenujeta Združeno kraljestvo in Nemčija – »svetovalci za neplodnost« (angl. *infertility counsellors*). Izboljšati je treba tudi izobraževanje in strokovno usposabljanje svetovalk. Vsako leto bi bilo potrebno organizirati izobraževanja in delavnice (ali se teh udeležiti v tujini), ki bi ponudile pomembno podporo psihološko-socialnim svetovalcem. Ta bi naslovljala novosti in spremembe MRT ter s tem povezana praktična, socialna, psihološka in etična vprašanja.

Pomembno je, da se vzpostavijo intervizijske in supervizijske skupine za psihološko-socialne svetovalce in da se ustanovi združenje svetovalcev specializiranih za neplodnost in uporabo postopkov MRT. Rešitev bi lahko ponudilo tudi sodelovanje z organizacijama kot sta BICA in BKiD, ki zastopata interese, poglede in potrebe svetovalk.

Treba je spodbujati k dobri praksi in razvoju znanj, ki prispevajo k izboljšanju kakovosti storitev psihološko-socialnega svetovanja. Čeprav so psihološko-socialne smernice za svetovalce pomembne, so te le vodilo za strokovno delo psihološko-socialnih svetovalcev. Ti morajo razviti in prilagoditi strokovno svetovanje vsakemu posamezniku in ga kontekstualizirati z upoštevanjem etičnih vodil za prakso socialnih delavcev.

21. SEZNAM VIROV

Abadie, F., Biagi, F., Bontout, O., Caspar, S., Fulvimari, Grzegorzewska, M., Jaksic, K., Jemmotte, S., Kromen, B., Maes, R., Marino, S., Meyermans, E., Pálvölgyi, B., Peschner, J., Piroli, G., Tanay, F., Thomas, M., Vaalavuo, H., Van Rie, T., & Xavier, A. (2016). *Employment and Social Development in Europe 2016*. Annual Review 2016. European Commission (Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate A). Pridobljeno 17. 6. 2017 s <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7952&type=2&furtherPublications=yes>

Aizley, H. (2006). *Confessions of the Other Mother: Non-Biological Lesbian Moms Tell All*. USA: Beacon Press books.

Akizuki, Y. & Kai, I. (2008). Infertile Japanese women's perception of positive and negative social interactions within their social networks. *Human Reproduction*, 23, 12: 2737–2743. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/23/12/2737.full.pdf>

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. Pridobljeno 30. 4. 2015 s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmd/articles/PMC3798433/>

Allison, J. (2011). Conceiving silence: infertility as discursive contradiction in Ireland. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(1), 1–21. Pridobljeno 2. 7. 2015 s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21495491>

Andrews, T. (2015). Awareness of dying remains relevant after fifty years. *The Grounded Theory Review*, 14(2), 3–10. Pridobljeno 2. 3. 2017 s https://www.researchgate.net/publication/294722567_Awareness_of_Dying_Remains_Relavant_after_Fifty_Years

Bahovec, E., Vodopivec, N., & Salecl, T. (2002). 'Slovenia'. V G. Griffin (ur.), *Women's Employment, Women's Studies and Equal Opportunities 1945-2001: Reports from nine European Countries*. Brussels: European Commission: EWSI: University of Hull.

Becker, G. (2002). Deciding Whether to Tell Children about Donor Insemination: An Unresolved Question in the United States. V M., C. Inhorn, & F. van Balen (ur.), *Infertility around the globe: New thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies: A View from the Social Sciences* (str. 119–133). London: University of California Press.

Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 433–438. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&uid=2002-02267-018>

Bevc, V., Gabruč, J., Ovsenik, R., & Ovsenik, M. (2003). Experiencing infertility – social work dilemmas in child adoption procedures. *Collegium antropologicum*, 27(6), 445–460.

Bhalla, N., & Thapliyal, M. (2013). India Seeks to Regulate Its Booming Surrogacy Industry. *Medscape*. Pridobljeno 29. 4. 2017 s http://www.medscape.com/viewarticle/811861?nlid=35152_2043&src=wnl_edit_medn_obgy&uac=149266AJ&spon=16

Bhowon, U. (2013). Role Salience, work –family conflict and satisfaction of dual-earner couples. *Journal of Business Studies Quarterly*, 5(2). Pridobljeno 15. 9. 2014 s http://jbsq.org/wp-content/uploads/2013/12/December_2013_6.pdf

BICA (2012). *Guidelines for Good Practice in Infertility Counselling 3rd Edition*. Pridobljeno 9. 10. 2016 s <http://bica.net/bica-policies-practice-guidelines>

BICA (2013). *The Journal of Fertility Counselling - Gateway Women*. (Winter 2013). Pridobljeno 19. 7. 2017 s <http://gateway-women.com/wp-content/uploads/2014/01/bica-journal-winter-2013.pdf>

- Jardine, L. (2013). A Point of View: IVF and the marketing of hope (str. 16, 17).
- Cresswell, E., & Crawshaw, M. (2013). Emma's story – Why a review of birth registration is needed (str. 18, 19).
- Zoll, M., & Tsigdinos, P. (2013). Selling the Fantasy of Fertility (str. 19, 20).
- Pyne, L. (2013). How I turned my childlessness into a force for good (str. 20, 21).

Billari, F., C., Goisis, A., Liefbroer, A., C., Settersten, R., A., Aassve, A., Hagstad, C., & Speder, Z. (2011). Social age deadlines for the childbearing of women and men. *Human Reproduction* 26(3), 616–622. Pridobljeno 26. 10. 2016 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/26/3/616>

BKiD (2009), Guidelines: Psychosocial Infertility Counselling“ Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID) German Society for Fertility Counselling. Pridobljeno 19. 7. 2017 s http://www.BKiD.de/fileadmin/datensammlung/dateien/BKiD_pic_guidelines.pdf

Blyth, E. (2012). Guidelines for infertility counselling in different countries: Is there an emerging trend? *Human Reproduction*, 27(7), 2046–2057. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://humrep.oxfordjournals.org.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/27/7/2046.full.pdf+html>

Blyth, E., & Landau, R. (2009). *Faith and fertility: Attitudes Towards Reproductive Practices in Different Religions from Ancient to Modern Times*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.:

- Richards, J. (2009). A Roman Catholic Perspective on Fertility Issues: Objective Truths, Moral Absolutes and the Natural Law (str. 35–56).
- Creighton, P. (2009). Anglican faith and reasoning: Wrestling with fertility issues (str. 57–85).
- Iqbal, M., & Noble, R. (2009), Islamic Identity and the Ethics of Assisted Reproduction (str. 86–110).
- Allahbadia, G. N., Allahbadia, S. G. & Arora, S. (2009). Hinduism and Reproduction in Contemporary India: Verdict Learnings (str. 111–136).
- Aderibigbe, T. O. (2009). »Broken Calabashes«: Yoruba Traditional Faith (str. 179–204).
- Washofsky, M. (2009). Faith and Fertility in reform Jewish Thought (str. 225–245).

Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine* 57, 2325–2341.

Boivin, J., & Takefman, J. E. (1995). Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertility and Sterility*, 64(4), 802–810. Pridobljeno 1. 1. 2017 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7672154>

Boivin, J., Bunting, L., Collins J., A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and Treatment seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512. Pridobljeno 14. 11. 2016 s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17376819>

Borko, E., Breznik, R., & Vlaisavljević, V. (2011). Začetki programa zunajtelesne oploditve in prenosa zarodka (IVF-ET) v Sloveniji. *Zdravniški Vestnik*, 80, 9–19. Pridobljeno 14. 11. 2016 s <http://vestnik.sz.d.si/index.php/ZdravVest/article/viewFile/141/33>

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

Brown, S. (2016). 6.5 million IVF babies since Louise Brown. *The blog of ESHRE's magazine- Focus on Reproduction*. Pridobljeno 10. 10. 2016 s <https://focusonreproduction.eu/2016/07/05/6-5-million-ivf-babies-since-louise-brown/>

Brink, E., Dellve, L., Hallberg U., Henning Abrahamsson, K., Klingberg, G., & Wentz, K. (2006). Book Review: Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(3), 188–192. Pridobljeno 24.9.2013 s http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ijqhw.net%2Findex.php%2Fqhw%2Farticle%2Fdownload%2F4932%2F5200&ei=wdhAUtioI4raswb-qYH4CQ&usg=AFQjCNF-2zO17c0PieQjd8s_0Mbq_Webcg&sig2=YUiauTlQFhfgvWe1ykf_lQ&bvm=bv.52434380,d.Yms

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. Pridobljeno 13. 4. 2013 s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23223400>

Burn, S. M. (2011). *Women across cultures: A global perspective*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc (3. izdaja).

Callan, V. J. & Hennessey, J. F. (1988). Emotional aspects and support in in vitro Fertilisation and embryo transfer programs. *Journal of In Vitro Fertilisation and Embryo Transfer*, 5(5), 290–295.

Canadian Fertility and Andrology Society Counselling Special Interest Group (CSIG) (2009), *Assisted Human Reproduction: Counselling Practice Guidelines*. Pridobljeno 20. 5. 2015 s http://www.cfas.ca/images/stories/pdf/CSIG_counselling_practiceguidelines__december_2009_.pdf

Chambers, G. M., Sullivan, E. A., Ishihara, O., Chapman, M. G., & Adamson, G. A. (2009). The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. *Fertility and Sterility*, 91(6), 2281–2294. Pridobljeno 20. 5. 2015 s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19481642>

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: SAGE Publications Ltd.

Chattopadhyay, M. K., & Mehta, R. (2013). The episode of test-tube baby. *Science India*, 16(10), 4–7. Pridobljeno 8. 4. 2015 s http://www.researchgate.net/publication/256109546_Pelican_antiquity

Covington, S., & Hammer Burns, L. (ur.) (2006). *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. New York: Cambridge University Press (2. izdaja):

- Petok, W. D. (2006). The psychology of gender-specific infertility diagnoses (str: 37–60).
- Verhaak, C., & Hammer Burns, L. (2006). Behavioral Medicine Approaches to Infertility Counseling (str: 169–195).

Cousineau, T. M. & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynecology*, 21(2), 293–308. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://www.sciencedirect.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S1521693406001611#>

Coven, V. (2011). *Discourses in Counselling: A counsellor's perspective*. *Journal of Fertility Counselling*, 18, 19–38.

Crawshaw, M. (2009). Assisted conception: threat or opportunity. V Squire, C. (ur.), *The Social Context of Birth* (second edition) (str. 277–294). Oxford: Redcliffe Publishing Ltd.

Crawshaw, M., & Montuschi, O. (2014). It 'did what it said on the tin' – Participant's views of the content and process of donor conception parenthood preparation workshops. *Human Fertility*. 17(1), 11–20.

Culley, L. A., Hudson, N., Rapport, S. K. & Johnson, M. R. D. (2006). British South Asian communities and infertility services. *Human fertility*, 9(1), 37–45.

Culley, L., Hudson, N., Rapport, F., Blyth, E., Norton, W., & Pacey, A. A. (2011). Crossing borders for fertility treatment: motivations, destinations and outcomes of UK fertility travelers. *Human Reproduction*, 26(9), 2373–2381. Pridobljeno 23. 2. 2017 s <https://academic.oup.com/humrep/article/26/9/2373/720722/Crossing-borders-for-fertility-treatment>

Cui, W. (2010). Mother or nothing: the agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 881–882. Pridobljeno 29. 4. 2015 s <http://cdrwww.who.int/bulletin/volumes/88/12/10.01.1210.pdf>

Daniels, K. R. (2004). *Building a Family with the assistance of donor insemination*. Palmerston North: Dunmore Press

Daniluk, J. C. (2001). Reconstructing their lives: a longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 439–449. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://onlinelibrary.wiley.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01991.x/pdf>

Donevska, M., & Trbojevik, S. (2009). The Influence of Global Financial Institutions on the Development of Welfare in South Eastern Europe and Their Impact on Social Work. V Leskošek, V. (ur.), *Theories and methods of social work: Exploring different perspectives*. Ljubljana: Faculty of social work.

ESHRE:

- (2001), Guidelines for counselling in infertility. Pridobljeno 15. 4. 2017 s <https://www.eshre.eu/Specialty-groups/Special-Interest-Groups/Psychology-Counselling/Archive/Guidelines.aspx>
- (2001b). Social determinants of human reproduction. The ESHRE Capri Workshop Group. *Human Reproduction*, 16(7), 1518–1526. Pridobljeno 10. 12. 2012 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/16/7/1518.full.pdf+html?sid=94582b32-6000-4661-bdba-3652e06498b2>
- (2008). Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies (SANCO/2008/C6/051). Pridobljeno 18. 5. 2015 s http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/study_eshre_en.pdf
- (2009). Task force on ethics and law. Pridobljeno 18. 5. 2015 s <http://www.eshre.eu/-/media/emagic%20files/SIGs/Ethics%20and%20Law/Task%20Forces/Task%20Force%2016.pdf>
- (2010). Workshop report. Personalized medicine: individual choices in reproductive health. Gastein: European Health Forum. Pridobljeno 25. 12. 2017 s <https://www.eshre.eu/~media/sitecore-files/Publications/Newsletter/gastein-report.pdf?la=en>
- (2015). Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - a guide for fertility staff. ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group.
- (2017). Fact sheets. Pridobljeno 15.1. 2017 s <https://www.eshre.eu/~media/sitecore-files/Press-room/Resources/1-CBRC.pdf?la=en>

Eržen, I. (2012). Socialno delo v zdravstveni dejavnosti: Standardi in normativi. *Socialno delo* 51(1–3), 15–26.

Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V., & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study. *Human Reproduction*, 17(11), 2986–2994. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/17/11/2986.long>

Fausto-Sterling, A. (2014). *Biološki/družbeni spol: biologija v družbi*. Ljubljana: Založba Krtina.

Ferguson, I. (2009). 'Another Social Work is Possible!' Reclaiming the Radical

Tradition. V Leskošek, V. (ur.), *Theories and methods of social work: Exploring different perspectives* (str. 81–98). Ljubljana: Faculty of social work.

Franklin, S. (1995). Postmodern Procreation: A Cultural Account of Assisted Reproduction. V F. D. Ginsburg, Rapp (ur.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* (str. 323–345). London: University of California Press.

Gamble, N. (2009). Considering the need for a father: the role of clinicians in safeguarding family values in UK fertility treatment. *Reproductive BioMedicine Online*, 19(1), 15–18. Pridobljeno 14. 1. 2017 s
<http://www.natalieGambleassociates.co.uk/uploads/docs/538dd1e82a174.pdf>

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine. Publishing Company.

Glaser, B. G. & Strauss A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick and London: Aldine Transaction.

Gobbi, E. P. (2013). A model of voluntary childlessness. *Journal of Population Economics*, 26, 963–982.

Goffman, E. (2008). *Stigma: Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.

Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K., M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87–94.

Guba, E., G. (1990). *Paradigm dialog*. London, New Delhi: SAGE Publications.

Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker H. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction* 16(2), 374–383. Pridobljeno 22. 10. 2016 s
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11157838>

Griesinger, G., Diedrich, K. & Altgassen, C. (2007). Stronger reduction of assisted reproduction technique treatment cycle numbers in economically weak geographical regions following the German healthcare modernization law in 2004. *Human Reproduction*, 22(11), 3027–3030. Pridobljeno 14.1.2017 s
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17884804>

Harper, J., Kennett, D., & Reisel, D. (2016). The end of donor anonymity: how genetic testing is likely to drive anonymous gamete donation out of business. *Human Reproduction*, 31(6), 1135–1140. Pridobljeno 5. 6. 2016 s
<http://humrep.oxfordjournals.org/content/31/6/1135.full.pdf+html?sid=4b8ba2d1-478d-4649-94a8-c9b4f6d9c80c>

Hashim, S. A., Soliman, S., & Mansour, M. S. E. (2012), Couples Adjustment to Failed Assisted Reproductive Technology after Counseling. *Nature and Science*, 10(6), 61–75.

Healy, K. (2005). *Social work theories in context: Creating Frameworks for Practice*. London: Pelgrave Macmillan.

Healy, K. (2014). *Social work theories in context: Creating Frameworks for Practice (second edition)*. London: Pelgrave Macmillan.

HFEA:

- (2008). Human Fertilisation and Embryology Act (UK Legislation). Pridobljeno 22. 5. 2013 s <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/contents>
- (2009). Warnock Report. Pridobljeno 1. 17. 2017 s <http://www.hfea.gov.uk/2068.html>
- (2013a). Fertility treatment in 2013: trends and figures (4. annual report). Pridobljeno 28. 10. 2016 s http://www.hfea.gov.uk/docs/HFEA_Fertility_Trends_and_Figures_2013.pdf
- (2014). Egg and sperm donation in the UK: 2012–2013. Pridobljeno 16. 11. 2016 s http://hfearchive.uksouth.cloudapp.azure.com/www.hfea.gov.uk/docs/Egg_and_sperm_donation_in_the_UK_2012-2013.pdf
- (2016). Fertility treatment 2014: Trends and figures. Pridobljeno 1. 16. 2017 s http://www.hfea.gov.uk/docs/HFEA_Fertility_treatment_Trends_and_figures_2014.pdf
- (2017). Pridobljeno 16. 1. 2017 s www.hfea.gov.uk

Hoerbst, V. (2009). In the making: assisted reproductive technologies in Mali, West Africa. *Anthropology news*, 50(2), 4–5. Pridobljeno 13. 5. 2015 s <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/lj.1556-3502.2009.50204.x/pdf>

Hoorens, S., Conklin, A., & Tiessen, J. (2008). *Between politics and clinics – the many faces of biomedical policy in Europe: Analysis of drivers and outcomes of Assisted Reproductive Technologies policy*. Vol. I: Synthesis report. Cambridge: RAND Corporation.

House of Commons Science and Technology Committee (2005). *Human Reproductive Technologies and the Law. Fifth Report of Session 2004–05*, Vol. I. London: House of Commons. Pridobljeno 16. 8. 2017 s <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmsctech/7/7i.pdf>

Hudson, N., Culley, L., Rapport, F., Johnson, M., & Bharadwaj, A. (2009). »Public« perceptions of gamete donation: a research review. *Public Understanding of Science*, 18(1), 61–77. Pridobljeno 20. 5. 2015 s <http://pus.sagepub.com/content/18/1/61>

Humer, Ž., & Kuhar, M. (2013). Enakopravnost partnerjev kot proces: Primer partnerske zveze iz Slovenije. *Socialno Delo*, 52(4), 221–235.

Hunter, M., & O'Dea, I. (1997). Menopause: Bodily changes and multiple meanings. V J. Ussher (ur.), *Body talk: The material and discursive regulation of sexuality, madness and reproduction* (str. 10–32). London: Routledge.

Imeson, M., & McMurray, A. (1996). Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 1014–1022. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8933262>

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.

Inhorn, M. C., King, L., Nriagu, J. O., Kobeissi, L., Hammound, N., Awwad, J., Abu-Musa, A. A., & Hannoun, A. B. (2008). Occupational and environmental exposures to heavy metals: risk factors for male infertility in Lebanon? *Reproduction Toxicology*, 25(2), 203–212. Pridobljeno 27. 12. 2017 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18093800>

Jegede, A. S., & Fayemiwo, A., S. (2010). Cultural and Ethical Challenges of Assisted Reproductive Technologies in the Management of Infertility among the Yoruba of Southwestern Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 14(2), 115–127. Pridobljeno 21. 6. 2017 s <http://www.bioline.org.br/pdf?rh10025>

Kadi, S., & Wiesing, U. (2016). The German IVF Register as an Instrument to Document Assisted Reproductive Technologies. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 76(6), 680–684. Pridobljeno 11. 10. 2016 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4922890/>

Kalindi, V., (2009). Indian Transnational Surrogacy and the Disaggregation of Mothering Work. *Anthropology News*, 50(2), 9–12.

Keržan, D. (2008). *Spočetje novih oblik sorodstva*. Novo mesto: Gaga.

Klerk, C. de., Hunfeld, J. A. M., Duivenvoorden, H. J., den Outer, M. A., Fauser, B. C. J. M., Passchier, J., & Macklon, N. S. (2005). Effectiveness of a psychosocial counselling intervention for first-time IVF couples: A randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 20, 1333–1338. Pridobljeno 25. 6. 2012 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/20/5/1333.zelol.pdf>

Kupka, M., Ferraretti, A. P., de Mouzon, J., Erb, K., D'Hooghe, T., Castilla, J. A., Calhaz-Jorge, C., De Geyter, C., Goossens, V., & The European IVF-monitoring (EIM) Consortium (2014). Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 29(0), 2099–2113. Pridobljeno 23.2.2017 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25069504>

Kohler Reissman, C. (1994). *Qualitative Studies in Social Work Research*. London: Sage Publications, Inc.

Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1), 288–294. Pridobljeno 16. 8. 2017 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16920722>

Lee, E., Sheldon, S., & Macvarish, J. (2017). After the ‘need for... A father’: ‘the welfare of the child’ and supportive parenting’ in assisted conception clinics in the UK. *Families, relationships and societies*, 6(1), 71–87.

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. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16963485>

Leke, R. J., Oduma, J. A., Bassol-Mayagoitia, S., Bacha, A. M. & Grigor, K. M. (1993), Regional and geographical variations in infertility: effects on environmental, cultural, and socioeconomic factors. *Environmental Health Perspectives Supplements*, 101(2), 73–80. Pridobljeno 24. 5. 2015 s

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1519926/pdf/envhper00379-0077.pdf>

Leskošek, V. (2002), *Zavrnjena Tradicija: Ženske in ženskost v slovenski zgodovini od 1890 do 1940*. Ljubljana: Založba/*cf., (Lila zbirka).

Leskošek, V. (ur.) (2009). *Theories and methods of social work: Exploring different perspectives*. Ljubljana: Faculty of social work.

Lidz, T. (1968). *The person: His and her development throughout the life cycle*. USA: International Psychotherapy Institute.

Lundberg, F., & Farnham, M. F., (1947). *Modern Woman: The Lost Sex*. Pridobljeno 29. 4. 2017 s <http://sites.middlebury.edu/coldwarculture/files/2013/08/Modern-Woman.pdf>

Lunenfeld, B., & van Steirteghem, A. (2004). Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society: condensed meeting report from the Bertarelli Foundation's second global conference. *Human Reproduction Update*, 10(4), 317–326. Pridobljeno 13. 5. 2015 s <http://humupd.oxfordjournals.org/content/10/4/317.short>

Lüssi, P. (1990). Sistemski nauk o socialnem delu. *Socialno delo*, 29(1/3), 81–94.

Martins, M., V., Peterson, B. D., Almeida, V., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-stress. *Human Reproduction*, 26(8), 2113–2121. Pridobljeno 16. 8. 2017 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/26/8/2113.full.pdf+html?sid=94582b32-6000-4661-bdba-3652e06498b2>

Mergahti, S. T., & Samani, R. O. (2010). *ART using surrogacy and gamete/embryo donation: An Islamic review*. Munich: IICO. Pridobljeno 21. 6. 2017 s http://www.BKiD.de/fileadmin/datensammlung/dateien/iico_course_2010_munich_samani_hammer_burns.pdf

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, 9(12), 1–12. Pridobljeno 20. 5. 2015 s <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.1001356&representation=PDF>

Mladovsky, P. (2006). IVF and reproductive tourism. *Euro Observer: The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 8(4), 5–8. Pridobljeno 26. 5. 2013 s http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/80371/EuroObserver8_4.pdf

Miall, C. (1994). Community constructs of involuntary childlessness: sympathy, stigma and social support. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 31(4), 392–421. Pridobljeno 16. 8. 2017 s <http://onlinelibrary.wiley.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/10.1111/j.1755-618X.1994.tb00828.x/full>

Mills, M., Rindfuss, R. R., McDonald, P., & Velde, E. (2011). Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human Reproduction Update*, 17(6), 848–860. Pridobljeno 26. 8. 2014 s <http://humupd.oxfordjournals.org/content/17/6/848.full.pdf+html>

Mills, M., Tsang, F., Präg, P., Ruggeri, K., Miani, C., & Hoorens, S. (2014). *Gender equality in the workforce: Reconciling work, private and family life in Europe*. European Union: European Commission. Pridobljeno 2. 9. 2014 s http://www.cite.gov.pt/pt/destaques/complementosDestqs/140502_gender_equality_workforce_ssr_en.pdf

Milošević Arnold, V., & Poštrak, M. (2003), *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Študentska založba.

de Mouzon, J., Paul, L., Gosta Nygren, P., Sullivan, E., Zegers-Hochschild, F., Mansour, R., Ishihara, O., & Adamson, D. (2009). World collaborative report on assisted reproductive technology, 2002. *Human Reproduction*, 24(9), 2310–2320. Pridobljeno 21. 12. 2017 s <https://doi.org/10.1093/humrep/dep098>

Munthe, C., & Hartvigsson, T. (2012). The best interest of children and the basis of family policy. The issue of reproductive caring units. V D. Cutas, & S. Chan (ur.), *Families: Beyond the nuclear ideal* (str. 49–63). London: Bloomsbury Publishing Plc.

Murdock, G. P. (1949), *Social structure*. New York: The Macmillan Company.

Nachtigall, R. D. (2006). International disparities in access to infertility services. *Fertility and Sterility*, 85(4), 871–875. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16580367>

Nargund, G. (2016). Involuntary childlessness: extending fertility treatment to single people and same-sex couples. *Bionews*, 877. Pridobljeno 2. 12. 2016 s http://www.bionews.org.uk/page_726809.asp

Neyer, G., & Bernardi, L. (2011). Feminist Perspectives on Motherhood and Reproduction. *Historical Social Research*, 36(2), 162–176.

Newton Verrier, V. (1993), *The primal Wound: Understanding the Adopted Child*. Baltimore: Gateway Press

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

Oddens, B. J., Tonkelaar, I. D., & Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems - a comparative survey. *Human Reproduction*, 14(1), 255–261. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/14/1/255.full.pdf+html>

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. Pridobljeno 17. 11. 2016 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569858/>

Ólafsdóttir, H. S. (2012). *Nordic and Infertile: A study of options and decisions* (Doktorsko delo). Gothenburg: Nordic School of Public Health NHV. Pridobljeno 19. 4. 2013 s <http://www.nhv.se/upload/Biblioteket/Helgas%20PDF.pdf>

Ozbay, F., Johnson, D., Dimoulas, E. I. M. C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From Neurobiology to Clinical Practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40. Pridobljeno 28. 5. 2013 s http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921311/pdf/PE_4_5_35.pdf

Paul, M. S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S., & Malave, A. F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human Reproduction*, 25(1), 133–141. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/25/1/133.full.pdf+html?sid=94582b32-6000-4661-bdba-3652e06498b2>

Petropanagos, A. (2013). *Fertility preservation technologies for women: A feminist ethical analysis* (Doktorsko delo). Canada: Western Ontario University.

Pennings, G., de Mouzon, J., Shenfield, F., Ferraretti, A., P., Mardesic, T., Ruiz, A., & Goossens, V. (2014). Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Human Reproduction*, 29(5), 1076–1089.

Peterson, B., Boivin, J., Norré, J., Smith, C., Thorn, P. & Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 29(3), 243–248.

Pešec, V. (2004). *Vloga žensk v azijskih državah v razvoju: vplivi religije* (Diplomsko delo). Univerza v Ljubljani: Fakulteta za družbene vede.

Pinter, B., Tomaževič, T., Meden-Vrtovec, H., Drobnič, S., Bačer-Kermavner, L., Virant-Klun, I., Kolbezen-Simoniti, M., Hribernik, A., Korošec, S., Geršak, K., % Gradišek, B. (2006). Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi spolnimi celicami na Ginekološki kliniki kliničnega centra v Ljubljani. *Zdravstveni vestnik*, 75, 463–468. Pridobljeno 14. 1. 2018 s <file:///C:/Users/igor/Downloads/2019-5995-1-SM.pdf>

Pogačnik, M. (1984). Socialno delo v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 18(6), 379–409. Pridobljeno 24. 2. 2017 s <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1984.18.4.379>

Raes, I., Ravelingien, A., & Pennings, G. (2013). The right of the donor to information about children conceived from his or her gametes. *Human Reproduction*, 28(3), 560–565. Pridobljeno 20. 9. 2014 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/28/3/560.full.pdf+html>

Ramineni, P., Lekhini Ravi, N., Sindhuri, M., & Venkata Rao, V. (2014). An overview

of the surrogacy process. *World journal of pharmacy and pharmaceutical sciences*, 3(12), 460–468.

Rener, T. (2000). O delu "iz ljubezni". V A. Oakley (ur.), *Gospodinja* (str. 279–298). Ljubljana: Založba /*cf., (Lila zbirka)

Rothman, K. J., Wise, L. A., Sorensen, H. T., Riis, A. H., & Hatch, E. E. (2013). Volitional determinants and age-related decline in fecundability: a general population prospective cohort study in Denmark. *Fertility & Sterility*, 99(7), 1958–1964. Pridobljeno 30. 7. 2014 s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23517858>

Rothmayr, C., Varane, F., Serdiilt, U., Timmermans, A. & Bleiklie, I. (2004). *Comparing policy design across countries: what accounts for variation in ART policy?* V: I. A. Bleiklie, M. L. Goggin, & C. Rothmayr (ur.), *Comparative biomedical policy: governing assisted reproductive technologies* (228–253). London, New York: Routledge.

Rutstein, S. O., & Shah, I. H. (2004). *Infecundity, infertility and childlessness in developing countries: DHS comparative reports No. 9*. Ženeva: ORC Macro and the World Health Organization.

Saleebey, D. (ur.) (2009). *The strengths perspective in social work practice (5th ed.)*. Boston, MA: Pearson Education, Inc.

Savulescu, J. (2002). Deaf lesbians, "designer disability," and the future of medicine. *British Medical Journal*, 325(7367), 771–773. Pridobljeno 24. 11. 2016 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124279/>

Scheib, J. E., & Hastings, P. D. (2010). *Lesbian mothers and their donor-conceived children: Family processes, child development and long-term outcomes*. V D. Funcke, P. Thorn (ur.), *Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern – Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform (Homosexual families – Interdisciplinary perspectives)* (str. 285–318). Germany: transcript Verlag.

Schmidt, L., Christensen, U., & Holstein, B., E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20(4), 1044–1052. Pridobljeno 11. 12. 2012 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/20/4/1044.full.pdf+html?sid=94582b32-6000-4661-bdba-3652e06498b2>

Serono, M. (2010). Fertility - The Real Story Report. Geneva. Pridobljeno 13. 12. 2015 s http://www.fertility.com/merck_Serono_fertility/en/images/Fertility_The_Real_Story_en_tcm223_6346.pdf

Serono, M. (2013). *Over 60% of women aged 35 to 45 in England feel stigmatized for not having had children*. Pridobljeno 22. 10. 2016 s <http://www.infertilitynetworkuk.com/uploaded/Press%20Releases%202013/Serono%20Release.pdf>

Shenfield, F., de Mouzon, J., Pennings, G., Ferraretti, A. P., Nyboe Andersen, A., de Wert, G., & Goossens, V. (2010). Cross border reproductive care in six European countries. *Human Reproduction*, 25(6), 1361–1368. Pridobljeno 26. 5. 2013 s

<http://humrep.oxfoitljournals.org/content/25/6/1361.full.pdf>

Shenfield, F., Pennings, G., de Mouzon, J., Ferraretti, A. P., & Goossens, V. (2011). ESHRE's good practice guide for cross-border reproductive care for centers and practitioners. *Human Reproduction*, 26(7), 1625–1627.

Singer, P. (2004). *Razmislimo znova o življenju in smrti: sesutje naše tradicionalne etike*. Ljubljana: Studia Humanitatis.

Smajdor, A. (2015). Can I be my grandchild's mother? *Bionews*, 793. Pridobljeno 4.6.2016 s http://www.bionews.org.uk/page_504476.asp

Sorenson, C., & Mladovsky P. (2006). *Assisted reproduction technologies in Europe: an overview*. Brussels; Belgium: European Commission. Pridobljeno 14. 4. 2013 s http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDsQFjAC&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FblobServlet%3FdocId%3D3921%26langId%3Den&ei=yKhlUYOSM-aI4ASploCwDA&usg=AFQjCNEyZmEhuz_yn3RH3ZzPlW44DIC3pw&sig2=zaAxR5ttsNkzur_H7wucgw&bvm=bv.44990110,d.bGE

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. Pridobljeno 20. 5. 2015 s http://papers.ssm.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1625699

Spriggs, J. S. (2002). "Saviour siblings". *Journal of Medical Ethics*, 28, 289. Pridobljeno 20. 1. 2017 s <http://jme.bmj.com/content/28/5/289.full>

Staub-Bernasconi, S. (2009). Social Work as a Discipline and Profession. V V. Leskošek (ur.), *Theories and methods of social work: Exploring different perspectives* (str. 9–30). Ljubljana: Faculty of social work.

Steenhuis, H. J., & de Bruijn, E. J. (2006). *Building theories from case study research: the progressive case study*. POMS: Production and Operations Management Society. Pridobljeno 22. 9. 2013 s <http://doc.utwente.nl/73615/>

Stevens, A. (2008). Spanish »saviour sibling« attracts pro-life opposition. *Bionews*, 480. Pridobljeno 30. 5. 2017 s http://www.bionews.org.uk/page_13550.asp

Stone, L. (2006). *Kinship and gender: an introduction* (3 izdaja). USA: Westview Press.

Svitnev, K. (2011). 13 Legal control of surrogacy–international perspectives. V J. G. Schenker (ur.), *Ethical Dilemmas in Assisted Reproductive Technologies* (str. 149–163). Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Šircelj, M. (2006). *Rodnost v Sloveniji od 18. do 21. Stoletja*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije (št. 5). Pridobljeno 30. 5. 2017 s <http://www.stat.si/doc/pub/rodnostvsloveniji.pdf>

Šircelj, M., & Žnidaršič, T. (2005). Otroci in mladina z demografskega vidika. V A. Črnak-Meglič (ur.), *Otroci in mladina v prehodni družbi: analiza položaja v Sloveniji* (str.

39–76). Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad Republike Slovenije za mladino; Maribor: Aristej (Zbirka Juventa).

Takacs, J., & Kuhar, R. (ur.), *Doing families: Gay and lesbian Family practices*. Ljubljana: Peace Institute:

- Danna, D. (2011). Homoparentality in Italy: myth of stigmatisation? (str. 95–115).
- Carbin, M., Harjunen, H., & Kvist, E. (2011). (In)appropriate mothers: policy discourses on fertility treatment for lesbians in Denmark, Finland and Sweden (str. 59–78).
- Kuhar, R., & Takacs, J. (2011). Do families have a sexual orientation? (str 135–149).

Thorn, P., & Wischmann, T. (2009). German guidelines for psychosocial counselling in the area of gamete donation. *Human Fertility*, 12(2), 73–80.

Thorn, P., & Wischmann, T. (2012). German guidelines for psychosocial counselling in the area of “cross border reproductive services”. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 287(3).

Thorn, P. (2010). The Shift from Medical Treatment to Adoption: Exploring Family Building Options. V M. Crawshaw, & R. Balen (ur.), *Adopting after infertility: messages from practice, research and personal experience* (str. 43–54). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Thorn, P. (2011), Fertility treatment in Germany. *Bionews*, 621. Pridobljeno 14. 1. 2017 s http://www.bionews.org.uk/page_104661.asp

Thorn, P., Katzorke, T. & Daniels, K. (2008). Semen donors in Germany: A study exploring motivations and attitudes. *Human Reproduction*, 23(11), 2415–2420. Pridobljeno 14. 1. 2017 s <https://academic.oup.com/humrep/article/23/11/2415/2914062>

Thorn, P. (2016). Cross border medically assisted reproduction from a psychological perspective – legal challenges and the welfare of the child (318–330). Pridobljeno 14. 1. 2018 s <https://ejournals.lib.auth.gr/culres/article/download/4973/4938>

Tong, R. (2009). *Feminist Thought: A more comprehensive introduction* (third edition). Colorado: Westview Press.

Trappe, H. (2017), Assisted Reproductive Technologies in Germany: A Review of the Current Situation. V M. Kreyenfeld, & D. Konietzka (ur.), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences*, Demographic Research Monographs (269–288). Berlin: Springer International Publishing AG.

Ule, M., & Kuhar, M. (2003). *Mladi, družina, starševstvo: Spremembe življenjskih procesov v pozni moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Urh, Š. (2009). Nove tehnologije: Stare ideologije. *Socialno delo*, 48(1–3): 111–121.

Van den Akker, O., B., A. (2005). Coping, quality of life and psychosocial symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Education and Counselling*, 57(2): 183–189.

Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://www.sciencedirect.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S0738399104001703#>

Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmanan, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 422–428. Pridobljeno 11. 11. 2016 s <http://www.sciencedirect.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S0738399110006178#>

Van Hooff, J. (2013). *Modern Couples? Continuity and change in heterosexual relationships*. England: Ashgate Publishing Company.

Verhaak, C. M. (2003). *Emotional impact of unsuccessful Fertility treatment in women* (Doktorsko delo). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.

Verhaak, C., M., Smeenk, J., M., J., Van Minnen, A., Kremer, J., A., M., & Kraaimaat, F., W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20(8), 2253–2260. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://humrep.oxfordjournals.org/content/20/8/2253.full.pdf+html>

Weaver, S. M., Clifford, E., Hay, D. M., & Robinson, J. (1997). Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Education and Counseling*, 31, 7–18. Pridobljeno 26. 5. 2013 s <http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991%2897%2901005-7/abstract>

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: Konično poročilo o opravljenem projektu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Zaviršek, D. (2009). Med krvjo in skrbjo: Socialno starševstvo kot širitev koncepta starševstva v današnjem svetu. *Socialno delo*, 48(1–3), 3–16. Pridobljeno 23. 8. 2014 s <http://web.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6a5e0c1e-662a-4e53-bbaa-d7c22b27c150%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4206>

Zaviršek, D. (2012). *Od krvi do skrbi: socialno starševstvo v globalnem svetu*. Maribor: Aristej.

Zaviršek, D. (2012a). *Notranje in meddržavne posvojitve: od osebnih izkušenj do dobre prakse: razvijanje novih strokovnih kompetenc v socialnem varstvu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Zaviršek, D. & Sobočan, A., M. (2012). *Mavrične družine grejo v šolo: Perspektive otrok, staršev in učiteljic*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.:

- Streib-Brzič, U., Quedflieg, C., Schmitt, I., Gustavson, M., Zaviršek, D., Sobočan, A., M., Pan, M., & Bercht, S. (2012). Mednarodna primerjava o položaju otrok iz mavričnih družin v šoli (2009–2011) (str. 11–34).
- Sobočan, A. M (2012). Starši iz mavričnih družin v Sloveniji (str. 35–50).
- Bercht, S. & Sobočan, A., M. (2012). Poučevanje o družinski raznovrstnosti:

priročnik za učiteljice in učitelje, pedagoginje in pedagoge, šolske svetovalne delavke in delavce, psihologinje in psihologe, socialne delavke in starše (str. 101–127).

Zaviršek, D. (2013). Folikli, transferji, zamrznjenčki: reproduktivne izbire in nove etilne dileme. *ANNALES Series Historia et sociologia*, 23(2), 377–388.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520–1524.

Pridobljeno 9. 4. 2015 s

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2.pdf?ua=1

Wallbank, J. A. (2001). *Challenging motherhood(s)*. England: Prentice Hall.

Wischmann, T. (2013). "Your count is zero" - counselling the infertile man. *Human Fertility*, 16(1), 35–39. Pridobljeno 20. 1. 2015 s

<http://web.b.ebscohost.com/nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b8cd800f-6644-4039-acbf-54382e32be25%40sessionmgr114&vid=0&hid=115>

21.1. Spletni viri

A. Č. (2017). *Istospolni partnerji od danes lahko prosto sklepajo partnerske zveze*. RTV Slovenije. Pridobljeno 16. 8. 2017 s <https://www.rtvlo.si/slovenija/istospolni-partnerji-od-danes-lahko-prosto-sklepajo-partnerske-zveze/415815>

Agency (2015). Mother acts as surrogate for own son's baby. *The Telegraph*. Pridobljeno 4. 6. 2016 s <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/law-and-order/11448725/Mother-acted-as-surrogate-for-own-sons-baby.html>

Ambulatory Safety Monitor (2005), Use discretion in the waiting room. *HCPPro*. Pridobljeno 19.1. 2018 s <http://www.hcpro.com/SAF-45485-858/Use-discretion-in-the-waiting-room.html>

A.V. (2016). Rodil se je prvi otrok z genskim materialom treh staršev. Pridobljeno 22. 11. 2016 s <http://www.rtvlo.si/znanost-in-tehnologija/rodil-se-je-prvi-otrok-z-genskim-materialom-treh-starsev/403790>

Bamat, J. (2011). France's first 'saviour sibling' stirs ethical debate about biotechnology. *France 24*. Pridobljeno 20. 1. 2017 s <http://www.france24.com/en/20110208-france-first-saviour-baby-donor-biotechnology-stem-cell-research-clamart-umut-fryman>

BBC2 Documentary (2015). *The Vikings are Coming* [Video]. Pridobljeno 1. 5. 2017 s <http://www.dailymotion.com/video/x2icn8p>

BICA (2016). *Counsellors*. Pridobljeno 13. 12. 2016 s http://www.bica.net/directory/view?rid=All&distance%5Bpostal_code%5D=&distance%5Bcountry%5D=gb&distance%5Bsearch_distance%5D=&distance%5Bsearch_units%5D=km&field_client_phone_numbers_value=&field_services_offered_value=All

Brilliant Beginnings (2017). *Creating UK families through surrogacy*. Pridobljeno 16. 11. 2017 s www.brilliantbeginnings.co.uk/

CCG (2017). NHS Clinical Commissioners. Pridobljeno 6. 4. 2017 s <https://www.nhscc.org/ccgs/>

CDC (2017). *What is Assisted Reproductive Technology?* U.S. Department of Health & Human Services. Pridobljeno 21.12.2017 s <https://www.cdc.gov/art/whatis.html>

Coparents (2016). <https://www.coparents.com/> (Zadnji dostop do spletne strani dne 16. 1. 2017)

Co-parentMatch (b.d.). Pridobljeno 14. 1. 2018 s <https://www.co-parentmatch.com/Natural-Insemination-NI.aspx>

COTS (2015). Pridobljeno 16. 11. 2017 s www.surrogacy.org.uk

Cryos (2016). *The country made famous for its beer, bacon and lego is now also sending its sperm around the world* [Video]. Lateline. Pridobljeno 1. 5. 2017 s <http://www.abc.net.au/lateline/content/2015/s4410431.htm>

Čuk, J. (2016). Mednarodni dan žensk – dan praznovanja ekonomske, politične in socialne enakopravnosti žensk. Statistični urad RS. Pridobljeno 21. 6. 2017 s <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/5798>

DCN (2017). Pridobljeno 16. 1. 2017 s <http://www.dcnetwork.org/about>

Britten, N. (2011). »Saviour sibling« cures sick older brother. *The Telegraph*. Pridobljeno 30. 5. 2017 s <http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/8499394/Saviour-sibling-cures-sick-older-brother.html>

Embryo adoption (2017). Pridobljeno 17. 1. 2017 s <http://www.embryoadooption.org/>

ESHRE (2012). *5 million babies*. Pridobljeno 11. 11. 2016 s <https://www.eshre.eu/Press-Room/Press-releases/Press-releases-ESHRE-2012/5-million-babies.aspx>

European Commission on sexual orientation law (2014). *Constitutional Court turns down insemination-Ban for lesbian couples - Austria*. Pridobljeno 23. 2. 2017 s <http://www.sexualorientationlaw.eu/11-constitutional-court-turns-down-insemination-ban-for-lesbian-couples>

Eurostat (2016). *Fertility statistics*. Pridobljeno 28. 10. 2016 s http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Fertility_statistics

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2010). *Second European Quality of Life Survey: Family life and work*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Pridobljeno 16. 9. 2014 s <http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDAQFjAC>

<http%3A%2F%2Fwww.eurofound.europa.eu%2Fpubdocs%2F2010%2F02%2Fen%2F1%2FEF1002EN.pdf&ei=KcEgVP7TNeW7ygO4oIGoBw&usg=AFQjCNHvgutMA25IzU4ySslABFoOEiAeTg&sig2=xZaY0U1VL4ElBaqCfwpW-Q>

FamART (2017). Pridobljeno 16. 1. 2017 s <http://www.famart.de/en/bookpetra-thorn>

Fertility clinic abroad (2017). Pridobljeno s <http://www.fertilityclinicsabroad.com/ivf-abroad/ivf-spain/> (Zadnji dostop 17. 1. 2017)

Fertility Fairness (2014). *FAQ*. Pridobljeno 11. 6. 2015 s <http://www.fertilityfairness.co.uk/wp-content/uploads/2015/09/FF-FAQ.doc>

Fertility Fairness (2015). *IVF Infographic*. Pridobljeno 11.6.2015 s http://www.fertilityfairness.co.uk/wp-content/uploads/2015/11/IVF_Infographic.pdf

Fertility Fairness (2016). Pridobljeno 17.1.2016 s https://britishfertilitysociety.org.uk/downloads/ms_26646.pdf

Fertility Europe (2012). *Equality of Access to Medically Assisted Reproduction across Europe*. Pridobljeno 7. 6. 2016 s https://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiPisj5m5bNAhWEVRoKHZT2Co4QFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.adamcr.cz%2Fsoubory%2Ffertility-europes-position-on-equality-of-access-to-medically-assisted-reproduction-may-2012.doc&usg=AFQjCNEu2ZP58AVDStPu6mRoB3AGp5yZrQ&sig2=s7YNwOaYlJlkTJYLAj_arQ

FINRRAGE (2016). Pridobljeno 1. 9. 2017 s <http://www.finrrage.org/>

Gateway women (2016). Pridobljeno 7. 6. 2016 s <http://gateway-women.com/>

Gallagher, P. (2015). RIP IVF? NHS cuts to fertility treatment 'will deny thousands parenthood. *Novice Independent*. Pridobljeno 17. 1.2016 s <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/rip-ivf-nhs-cuts-to-fertility-treatment-will-deny-thousands-parenthood-a6717326.html>

Gamble, N. (2017). *Legalities*. Surrogacy UK: Information support community. Pridobljeno 4. 6. 2016 s <http://www.surrogacyuk.org/legalities>

Government of India (2016). *The Surrogacy (Regulation) Bill*. Ministry of health & family welfare (Department of health research). Pridobljeno 6. 8. 2017 s http://www.dhr.gov.in/sites/default/files/surrogacyregbill_0.pdf

Griessler, E., & Hager, M. (2016). Changing direction: the struggle of regulating assisted reproductive technology in Austria. *Reproductive BioMedicine and Society Online*, 3, 68–76. Pridobljeno 18. 1. 2018 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405661817300059>

Harris, T. (2015). The unseen pain of social infertility. *God conversations*. Pridobljeno

30. 5. 2017 s <http://thesheisproject.org/2015/08/social-infertility/>

HCCH (2014). *A study of legal parentage and the issues arising from international surrogacy arrangements*. Pridobljeno 20. 9. 2014 s http://hcch.net/upload/wop/gap2014pd03c_en.pdf

HFEA (2011). *Family donation*. Pridobljeno 16. 4. 2017 s <http://www.hfea.gov.uk/6191.html>

HFEA (2013b) *HFE Act*. Pridobljeno 17. 1. 2016 s <http://www.hfea.gov.uk/134.html>

HFEA (2013c). *Donor conception*. Pridobljeno 5. 6. 2016 s www.hfea.gov.uk/donor-conception-births.html

HFEA (2016a). *Code of practice: 8th edition*. London: HFEA. Pridobljeno 1. 16. 2017 s http://www.hfea.gov.uk/docs/CoP_2016_Final.pdf

HFEA (2015). *NHS fertility treatment*. Pridobljeno 5. 12. 2016 s <http://www.hfea.gov.uk/fertility-treatment-cost-nhs.html>

IICO (2016). *Infertility counseling organizations*. Pridobljeno 13. 12. 2016 s <http://www.iico-infertilitycounseling.org/1216-2/>

Israel Law Library of Congress (2012). *Israel: Reproduction and Abortion: Law and Policy*. The law library of congress, Global Legal Research Center. Pridobljeno 7. 6. 2016 s <http://www.loc.gov/law/help/il-reproduction-and-abortion/israel-reproduction-and-abortion.pdf>

INUK (b.d.). Pridobljeno s <http://fertilitynetworkuk.org/about/> (Zadnji dostop 5. 12. 2016)

Jones, T. (2017). Germany's Bundestag passes bill on same-sex marriage. *Deutsche Welle*. Pridobljeno 9.1. 2018 s <http://www.dw.com/en/germanys-bundestag-passes-bill-on-same-sex-marriage/a-39483785>

Jourová, M. (2016). *Gender Equality Report*. European Commission. Pridobljeno 17. 6. 2017 s http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/annual-reports/160307_factsheet_gender_equality_2015_final_en.pdf

Invitra:

- (2017a). *Spain*. Pridobljeno 27. 4. 2017 s <https://www.Invitra.com/sperm-donation-in-spain/>
- (2017b). *Czech Republic*. Pridobljeno 27. 4. 2017 s <https://www.Invitra.com/sperm-donation-in-the-czech-republic/>

Klinični oddelek za reprodukcijo Ljubljana:

- (2014a). *Neplodnost*. Pridobljeno 20. 5. 2015 s <http://www.reprodukcija.si/neplodnost/>
- (2016a). *Aspiracija foliklov*. Pridobljeno 24. 6. 2016 s

- <http://www.reprodukcija.si/zunajtelesna-oploditev/aspiracija-foliklov/>
- (2016c). *Cenik*. Pridobljeno 14. 4. 2017 s <http://www.reprodukcija.si/zunajtelesna-oploditev/cenik/>
 - (2016d). *Zamrzovanje*. Pridobljeno 1. 18. 2017 s <http://www.reprodukcija.si/zunajtelesna-oploditev/zamrzovanje/>
 - (2016e). *Uspešnost*. Pridobljeno 11. 10. 2016 s <http://www.reprodukcija.si/zunajtelesna-oploditev/nasi-rezultati/>

KTDRR (2017). Pridobljeno 29. 4. 2017 s <http://ktdrr.org/ktlibrary/guidelines.html>

Levin, A (2011). I know I was born to save Charlie instead of being born just for me: Incredible story of the saviour sibling who sparked an ethical furor. *Mail Online*. Pridobljeno 30. 5. 2017 s <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1389499/I-know-I-born-save-Charlie-instead-born-just-Brotherly-love-saviour-sibling.html>

Life Global group (2017). Slika pridobljena 27. 4. 2017 s <http://www.ivfonline.com/portals/0/SiteAssets/Images/robert-edwards-1978.jpg>

Miani, C., & Hoorens, S. (2014). *Parents at work: men and women participating in the labour force* (Short Statistical Report No. 2). Cambridge: Rand Europe (European Commission). Pridobljeno 15. 9. 2014 s http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/documents/140502_gender_equality_workforce_ssr2_en.pdf

Natalie Gamble Associates (2014). *History of UK surrogacy law*. Pridobljeno 6. 6. 2017 s <http://www.natalieGambleassociates.co.uk/knowledge-centre/history-of-uk-surrogacy-law>

NHS (2017). CCGs. Pridobljeno s <https://www.nhscc.org/ccgs/> (Zadnji dostop 1. 18. 2017)

NICE (2017). Pridobljeno 6. 4. 2017 s <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>

Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo Maribor:

- (2012). Pridobljeno 11. 10. 2016 s <http://www.ukc-mb.si/ivf/zunajtelesna-oploditev/uspesnost-postopkov/>
- (2017). *Cenik*. Pridobljeno 14. 4. 2017 s <http://www.ukc-mb.si/ivf/prakticni-napotki/storitve-za-samoplacnike/>

Olori, I (2015). Woman gives birth to her own son's baby. *Naij.com news*. Pridobljeno 30. 5. 2017 s <https://www.naij.com/396289-woman-gives-birth-to-her-own-sons-baby.html>

Parent-Thirion, A., Vermeylen, G., van Houten, G., Lyly-Yrjänäinen, M., Biletta, I., Cabrita, J., & Niedhammer, I. (2012). *Eurofound project: Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Pridobljeno 16. 9. 2014 s http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.eurofound.europa.eu%2Fpubdocs%2F2011%2F82%2Fen%2F1%2FEF1182EN.pdf&ei=1PAWVlz6FKbmywOmz4HYAw&usq=AFQjCNGjwCFlg4fXdm5ggJvYHNvshcGK_Q&sig2=8vspQwfKg8CbEVLbQq-zqA

PET (2017). Pridobljeno 13. 12. 2016 s <http://www.progress.org.uk/home>

Pink or blue (2017). The early gender test. Pridobljeno 1. 1. 2018 s <http://www.tellmepinkorblue.com/>

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (2014), Pravno-informacijski center (Zadnje neuradno prečiščeno besedilo). Pridobljeno 20. 9. 2014 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3562>

Rajya Sabha TV (2016). *The Big Picture: Proposed surrogacy law: Does it address all concerns?* [Video]. YouTube. Pridobljeno 6. 8. 2017 s https://www.youtube.com/watch?v=qD7EwHlB6HQ&index=1&list=PLf7Htq_07xk_PROdTRjWOuYE9rYI5rYHk

Relph, S. (2015). Woman gives birth to own grandson. *Mirror Online news*. Pridobljeno 30. 5. 2017 s <http://www.mirror.co.uk/news/uk-news/woman-gives-birth-grandson-5268773>

Robinson, J. (2015). Britain's first surrogate mother felt »cheated« after handing over a baby she gave birth to 20 years ago – to a couple she never met. *Mail Online news*. Pridobljeno 30. 5. 2017 s <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2895894/Britain-s-surrogate-mother-felt-cheated-handing-baby-gave-birth-30-years-ago-couple-never-met.html>

Scandinavian Seed Siblings:

- (2012a). Pridobljeno 30. 5. 2017 s <http://www.seedsibling.org/english/>
- (2012b). *Member*. Pridobljeno 5. 6. 2016 s <http://www.seedsibling.org/english/member/>
- (2015). *News 2014–2015*. Pridobljeno 30. 5. 2017 s <http://www.seedsibling.org/english/news/>

Sodja, M (2016). *Resnice in zmote o neplodnosti*. Spletni portal Aktivni.si. Pridobljeno 18. 4. 2017 s <https://www.aktivni.si/zdravje/resnice-in-zmote-o-neplodnosti/>

Surrogacy UK (2017). Pridobljeno 16. 11. 2017 s <http://www.surrogacyuk.org/>

SURS:

- (2014a). *Svetovni dan Prebivalstva 2014*. Statistični urad RS. Pridobljeno 11. 8. 2014 s http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6376
- (2014b). *Materinski dan*. Statistični urad RS. Pridobljeno 23. 8. 2014 s http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=6131

The Agence de la biomédecine (2013). Assisted reproductive technology – France. Pridobljeno 16. 8. 2017 s <https://www.agence-biomedecine.fr/Assisted-reproductive-technology?lang=fr>

Tran, M. (2014). Apple and Facebook offer to freeze eggs for female employees. *Guardian News*. Pridobljeno 26. 12. 2017 s <https://www.theguardian.com/technology/2014/oct/15/apple-facebook-offer-freeze-eggs-female-employees>

Urad za enake možnosti Republike Slovenije (2012). Trg dela in zaposlovanje. Arhivsko spletno mesto. Pridobljeno 24. 8. 2014 s http://www.arhiv.uem.gov.si/si/delovna_podrocja/trg_dela_in_zaposlovanje/

Verma, T. (2017). What are the surrogacy laws in India: Here is everything you need to know. *The Indian express*. Pridobljeno 6. 8. 2017 s <http://indianexpress.com/article/research/karan-johar-surrogate-children-yash-roohi-what-are-the-surrogacy-in-laws-in-india-here-is-everything-you-need-to-know-4555077/>

Weathers, H. (2008). I had a »saviour sibling« to cure my desperately ill son – but now I've found out my newborn daughter can't save his life. *Mail Online*. Pridobljeno 30. 5. 2017 s <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-553249/I-saviour-sibling-cure-desperately-ill-son--Ive-newborn-daughter-save-life.html>

Zaviršek, D. (2011). Od pravice do spolne celice do pravice vedeti. *Dnevnik*, 19.11.2011. Pridobljeno 15. 8. 2017 s http://www.dnevnik.si/objektiv/vec_vsebiin/1042488806

Združenje slovenskih katoliških zdravnikov (2016), Pridobljeno 23. 2. 2017 s <http://www.katoliski-zdravniki.si/oploditev-z-biomedicinsko-pomocjo.html>

Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB) (2000). Ur. l. RS 70/2000. Pridobljeno 17. 1. 2017 s <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200070&stevilka=3307>

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvih otrok» (ZZUUP) (1977). Ur. l. RS 11/1977. Pridobljeno 1. 1. 2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408>

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) (2006). Ur. l. RS 72/2006. Pridobljeno 21. 12. 2017 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>

ZZZS (2015). *Poslovno poročilo za leto 2014*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pridobljeno 12. 4. 2017 s [http://www.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202014_april%202015.pdf](http://www.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202014_april%202015.pdf)

Žnidaršič, M (2016). *Rojeni, Slovenija, 2013*. Statistični urad RS. Pridobljeno 23. 8. 2014 s http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=6337

22. ABSTRACT

The doctoral thesis is about *global* reproductive health problem – infertility, assisted reproductive technology (ART), experience of involuntary childlessness and psychosocial counselling in Slovenia, Germany and United Kingdom. First part of dissertation provides a global overview of primary and secondary infertility (development, success rates, legalization and accessibility of ART) and later focuses more specifically on Germany, Slovenia and the United Kingdom.

Although more and more people are seeking ART globally only few countries have developed professional guidelines for psychosocial (infertility) counseling. Moreover there are none guidelines that are internationally applicable (Blyth, 2012; Hudson, Culley, Rapport, Johnson and Bharadwaj, 2009). So far, there is also little research done on the role of health professionals, who provide parenthood preparation to users of donated gametes (Crawshaw and Montuschi, 2014). Psychosocial counsellors in Slovenia are therefore facing with the lack of information about the content and structure of psychosocial counselling. There is a lack of guidelines and other recommendations to support the professional practice of psychosocial (infertility) counsellors.

The aim of the doctoral dissertation is to demonstrate an overview of the professional practice, experiences and recommendations of psychosocial counsellors from Slovenia, Germany and the United Kingdom. Dissertation additionally incorporates established professional practice guidelines for psychosocial counselling. In final and most important part of the doctoral dissertation experimental model of psychosocial counselling for the Slovenian (future) users of ART procedures is presented. The porpoise of the model is to contribute to high standards of psychosocial counselling to people who are suffering from involuntary childlessness.

Study focuses on Slovenia, Germany and United Kingdom, which legally allow ART procedures as well as widely perform them. Focus on Germany and UK is essential as they have developed legal guidelines for infertility counsellors. In United Kingdom guidelines for psychosocial (infertility) counselling were published by “British Infertility Counselling Association” (BICA) and in Germany by “The counselling Network for Infertility

Germany” (»Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland – also known as BKiD) (BICA, 2012; BKiD, 2009). Study also incorporated European guidelines for psychosocial care in infertility and ART published in 2001 and 2015, by “The European Society of Human Reproduction and Embryology” (ESHRE).

Before analysing psychosocial counselling and formulating appropriate guidelines for the Slovenian context, it is necessary to understand the context in which procedures and counselling is performed. Countries which provide services of reproductive technologies have different cultural, historical, social, political and economic context – and therefore different regulation and legalisation of ART as well as different services of psychosocial counselling. Analysis of these contexts is important as it *significantly influences* coverage, availability and use of ART (as well as public attitudes towards the use of ART) *and hence also on the content and structure of counselling.*

Common question to answer is what are the global infertility prevalence rates? Even though it is certain that infertility is a global problem, there are different estimates how many people are struggling with infertility. Studies use different criteria and infertility definitions of infertility as well as well as infertility is once researched by women and other times by couples. The last study (funded by the Bill & Melinda Gates Foundation) published in 2012 analysed global patterns and trends in infertility prevalence (in 190 countries) and estimated that in 2010, 48.5 million couples worldwide were suffering from infertility (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel and Stevens, 2012; Inhorn and Patrizio, 2015).

Second important question is who is categorised of infertile? Women suffering from primary infertility are those who never managed to become pregnant, had abortion or were never able to attain a live birth. Secondary infertility refers to those, who after (at least one) live birth were unable to get pregnant again, who had abortions or stillbirths (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel and Stevens, 2012).

Pregnancy problems can be due to pathological (diseases), environmental (exposure to heavy metals, industrial chemicals), nutritional (iodine and selenium deficiency) and behavioural reasons. Secondary infertility remains the most common cause of female infertility in the world and is often the result of sexually transmitted infections or other

infections associated with inadequate medical care (at birth or at terminations of pregnancy). Primarily infertility is mainly experienced in developed countries, and secondary infertility in less economically developed countries (Nachtigall, 2006; Leke, Oduma, Bassol-Mayagoitia, Bacha in Grigor, 1993; Inhorn idr., 2008).

New reproductive technologies have changed the prospects for many couples, as the range of available treatments has increased substantially. Reproduction is increasingly associated with ART and with commercialization and rapid scientific development (of biomedicine and genetic engineering), ART is becoming an important solution for many women, men and couples facing involuntary childlessness. It is estimated that from the first IVF baby born in 1978 (in UK) to 2016, more than 6.5 million IVF babies have been born (Brown, 2016)

Dissertation shows that regulation, legalization, development and criteria of eligibility for the funding and reimbursement of ART, varies significantly across different countries. It seems that ART are developing faster than regulatory mechanisms. Slovenia and United Kingdom have well formulated legislation regarding infertility treatment and ART. Germany does not regulate ART sufficiently and is therefore facing with more challenges and concerns. United Kingdom has the most liberal reproductive policy compared to Slovenia and Germany. In United Kingdom single women and same-sex couples can access ART, while in Slovenia only heterosexual couples (married or cohabiting) are eligible to ART procedures. United Kingdom also allows embryo donation, while Slovenia does not. In Germany oocyte donation is forbidden so only sperm donation is allowed (zygote donation is unregulated) (Brigham, Cadier and Chevreul, 2013; ZZNPOB, 2000; Thorn, Katzorke in Daniels, 2008) Different types of families and complex family relationships are therefore more common in United Kingdom.

Slovenia has the highest reimbursement rate for ART treatment compared to Germany and United Kingdom. Even though United Kingdom has a liberal reproductive policy, single women and same-sex couples are seldom reimbursed for procedures ART (*Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja*, 2014, article 37; HFEA, 2014; Trappe, 2017).

Level of coverage and eligibility for ART procedures is often correlated by the definition of infertility and ART (in specific country). If infertility is determined as a disease (illness)

and ART as medical intervention, ART it is more likely to be fully integrated in healthcare system and more likely to be publicly financed. But in these cases it is usually more restrictive about eligibility (usually only heterosexual couples are entitled to ART procedures). If infertility is defined as a consequence of a life style (smoking, drinking alcohol, high body mass index, postponing pregnancy) and ART as means to support the right to have children, same-sex couples and single women are more likely to be entitled to ART procedures - but ART is rarely reimbursed. It seems that more permissive the reproductive policy (in terms of selection of available ART procedures and eligibility), less likely it is publicly financed (Brigham, Cadier and Chevreul, 2013; Serono, 2010; Hoorens, Conklin and Tiessen, 2008; Nargund, 2016; Fertility Fairness, 2014).

Even though infertility is an ongoing global reproductive health problem and ART has expanded significantly across the globe we are facing global inequality in terms of accessibility and development of ART procedures. These are accessible only to those living in the areas where ART is accessible and developed, are meeting the eligibility criteria for procedures and reimbursement, or being wealthy enough to participate in reproduction markets. Even though the latter is known as “reproductive tourism” many don’t see it as tourism and therefore as a choice, but a necessity. Even though it is difficult to estimate the prevalence of cross border reproductive services (CBRS) it seems, it has become increasingly common. Seeking CBRS can also lead to many risks (low standards, multiple pregnancies and misleading information) and is therefore not without danger (Inhorn and Patrizio, 2015; Shenfield, Pennings, de Mouzon, Ferraretti and Goossens, 2011).

To understand the experiences of users who are involuntary childless, deciding to use ART procedures, their coping mechanisms, expectations, dilemmas and worries it is necessary to understand how historical, cultural and spatial contexts affect users beliefs, ideologies and life purposes.

The dissertation explores how cultural, economic and other factors affect family planning and shows how social expectations surrounding gender roles have contributed to gender inequality. Dissertation uses feminist discourse on equality, motherhood and correlation between women’s autonomy and use of ART procedures.

Throughout history, inequalities between men and women were based on biological differences - on the basis of which the society severely separated the roles and biological purpose of men and women. American psychiatrist Theodore Lidz (1968: 623) said that reproductive system of woman has no meaning, if a woman does not give birth and breastfeeds. A woman therefore achieves her biological purpose by conceiving a child. Maternity is a central point in woman's life, which provides meaning and balance into her life. This myth was also supported by anthropologist George P. Murdock in the section "Social Structure. He argued women perform easier tasks (for example collecting fruits, household chores) because this does not hinder pregnancy and breastfeeding. On the contrary men perform more difficult tasks (hunting, chopping trees, setting up a dwelling), because of their superior physical strength (Lidz, 1968; Murdock, 1949). This is a myth, since the roles of men and women vary in different parts of the world. This "natural" division of labour between men and women caused maternity and households to represent the most important missions of women, leaving them confined to the private sphere (Stone, 2006; Leskošek, 2009; Oakley, 2000).

The myth of motherhood has preserved the traditional belief that all women need to be a mothers because they need the child and the child needs them - otherwise they are not real women. This need of women is a result of maternal instinct and the child's needs his/her biological mother because only she can provide the necessary care. Because breastfeeding, pregnancy and childbirth are considered »natural« for women and associated with their womanhood, women using ART procedures may feel like they are losing their "femininity". The infertility experience also has a significant impact on the identity of a user who can't be a mother or a father, since some of them see themselves only as infertile (Lundberg and Farnham, 1947; Oakley, 2000; Zaviršek idr., 2008; Tong, 2009; Neyer and Bernardi, 2011; Paul *et al.* 2010).

Dissertation shows that despite of economic and political changes, gender equality is still not fully accomplished. In many patriarchal societies primary role of women remains motherhood. Childless women are often limited to their reproductive capacities, seen as deviant and stigmatised. In these societies parenting is importantly connected with women's social status as their experience of infertility can lead to "social death". Some feminists worry that for these women ART is no longer means of choice but rather force, as they have no choice but to use them. Despite the fact that dual earner couples represent a

standard in the 21st century, women still spend more time on housework than men. They remain the main carriers of household responsibilities as well as family responsibilities (Petropanagos, 2013; Miall, 1994; Oakley, 2000; Jourová, 2016; Vaalavuo, 2016; Mills *et al.* 2014; Inhorn and Patrizio, 2015)

Guilt for Infertility is often placed on women who due to their career plans and education (and other interests) postpone the birth of the first child. Many experts point out that younger women have greater chances of success, as women's fertility starts to decline in her early 30s - which increases pregnancy problems and ART success rates (Billari *idr.*, 2011). Therefore also eligibility for ART procedures and reimbursement correlates with women's age. This interferes with reproductive rights of women to make free decisions regarding family planning.

Late family planning is not only a personal choice but also a result of economic, sociocultural and political factors as well as interpersonal process between partners, family dynamics and development of individual personality (ESHRE, 2001; Blyth and Landau, 2009). In today's society later family planning is often result of "social infertility". Nowadays people have more experience with unstable and numerous partnerships, and thus difficulties finding a suitable partner (Harris, 2015; Gateway women, 2016; Mills, Rindfuss, McDonald in Velde, 2011).

With the development of ART the time span between conception and birth can be delayed over the years by freezing gametes and embryos. Women today have the opportunity to freeze their gametes in their youth and use them later in adulthood (the birth of the (twin) twins who are born apart). Some companies, such as Apple and Facebook, recognize this kind of women's austerity and even offer them a credit rating for freezing egg cells (Tran, 2014).

Issues regarding motherhood have split feminist movements, as some regarded motherhood as uniting element among women and other issue motherhood is one of the anchor points for discrimination against women (denying women's rights and equality). Even though feminists agree that patriarchy is the culprit for women's oppression, don't agree on the solutions how to end it. Some argue that women's liberalisation can be established with ART. Radical-cultural feminists oppose the use of ART as it separates

wombs and eggs and with this so called fragmentation of motherhood women are losing control over own reproduction (the foetus is becomes the focus of attention). Radical-libertarian feminists argue that women should reject everything that is considered as "feminine" (nurturing, compassion, tenderness), as it was constructed by patriarchy and is devalued. Also they promote the use of ART as it its use empowers women (Stone, 2006; Neyer and Bernardi, 2011; Tong, 2009).

With development of *ART*, *before taken for granted* core concepts of kinship, are no longer self-evident. Today, more often family forms are formed that are outside of the classical heterosexual models of the core family. With the assistance of reproductive technologies more than 6 people can be involved in child's birth and care (donor of gametes, donor of the mitochondria and the surrogate mother who gives birth). By this, reproduction is separated from sexuality, birth of a child and child's parental care

In United Kingdom donation between same-sex siblings and surrogacy arrangement between family members are available and practiced which results in complex family relations (HFEA, 2011). In 2015 the British media reported a case that aroused many ethical dilemmas when woman acted as a gestational surrogate mother for her biological son. Fertility clinic used the donated oocytes and son's sperm which enabled the women becoming a biological mother of the child and at the same time his grandmother (Olori, 2015; Relph, 2015; Agency, 2015).

In many parts of the world, conjugal family is no longer dominant and is losing its power. Even thaw "families of choice" are increasingly being formed, they are still marginalized (Streib-Brzič *et al.* 2012; Zaviršek, 2012; Stone, 2006: 21; Švab, 2010).

Parenthood is not naturally founded on blood ties between parents and children - it is socially constructed and therefore founded on emotional attachment, care and responsibility toward children. Modern diversity of families does not mean that the family is unstable or in a crisis. Family functioning, stability, harmony and open communication have the greatest influence on child's future and development (Wallbank, 2001; Zaviršek, 2012).

In today's society people are pressured to have biological children and at the same time problem of the epidemic of infertility is being highlighted. People are concerned about certain aspects of ART and therefore do not accept its use in all circumstances and contexts. Socially most acceptable are those ART procedures which do not interfere with biological ties. Significantly less support is given to same-sex women, single women and older women who are using ART with donated gametes (Keržan, 2008; Hudson, Culley, Rapport, Johnson and Bharadwaj, 2009; Becker, 2002).

Religion has a significant impact on cultural norms, laws and ideologies, especially those relating to ART. It impacts the use of ART as well as public opinion on reproductive technologies and its users. Many religious systems such as Christianity, Judaism, Islam, Yoruba religion emphasize the biological link between parents and children. The Catholic Church consistently opposes the use of reproductive procedures because the couple is separated from reproduction and intimacy when the child is conceived. On the contrary Jews accept ART because reproduction is referred as a duty of men and women (fulfilling the commandment "be fruitful and multiply"). When ART procedures is acceptable, it is only in cases, when biological link between parents and children is preserved (surrogacy and donation of gametes is therefore not accepted) (Richards, 2009; Blyth and Landau, 2009; Združenje slovenskih katoliških zdravnikov, 2016; Iqbal and Noble, 2009).

Technological development of ART enables family formations and relations in a manner that often addresses ethical dilemmas. Examples of this are "designer babies", "saviour siblings", posthumous use of gametes, co-parenting and surrogacy. ART procedures are also often regarded as unethical, due to the high degree of failure and excessive number of stored "spare" (frozen) embryos for later use, which are destroyed or used for research purposes, if not needed.

Ethical dilemmas regarding acceptable ART procedures are often part of the process for those who are trying to find the best solution for their problem. The dissertation shows how users in various cultural, legal, social and political contexts face ethical dilemmas, challenges, stigmatization, psychological, physical, social and financial burdens as well as challenges in a partner relationship.

It is commonly recognised that the users of reproductive technologies are facing with extensive and long lasting psychological, physical and social burdens. Even though many women worry about the physical pain and discomfort, they often realise psychological burdens are much more difficult. Distress is showing in physical and psychological symptoms (medical problems, anxiety, depression, grief over the loss of the child) and lower quality of life compared to the fertile population. Women often reported infertility experience as the worst crisis of their lives (Emotional stress often fluctuates during the use of ART procedures. Experience of infertility and medical interventions can be traumatic and can challenge user's concept of health, wholeness and physical integrity. Unsuccessful procedures and abortions (spontaneous or induced) can cause sadness, anger, guilt, anxiety and preoccupation. Trauma can be additionally reinforced by the complex loss of desires, identity, reputation and social roles (Petok 2006: 51; Blyth in Landau, 2009; Cousineau in Domar 2007; Van den Akker, 2005: 183; Verhaak, Smeenk, Van Minnen, Kremer in Kraaijmaat, 2005: 2253; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 423; CSIG, 2009: 1–2; Paul *et al.*, 2010). This is also a result of myth of motherhood as for some women, having a child is a quasi-religious experience that gives meaning to their lives. This is associated with the expectations that it will bring them happiness, a feeling of sophistication and a safe adult identity.

Users experience most stress (especially anxiety) during unsuccessful procedures, abortions, stillbirths, follicular aspiration procedure, and while waiting for the results of procedures (Hammarberg, Astbury and Baker, 2001; Boivin in Takefman, 1995; ESHRE, 2015).

Experiences of users undergoing infertility treatment can be best described as never ending “hope-disappointment cycle” or as an “emotional roller-coaster”. Hope is built up between menstrual cycle and after the procedures and dashed with the onset of menstruation and unsuccessful procedures. This can lead towards desperation, after which, hopes of pregnancy emerge again. Couples often report feeling powerless and feeling like nothing in their life is under control because they have given all the power in the hands of the doctors (Imeson in McMurray, 1996: 1018; Van den Broeck, Emery, Wischmann in Thorn, 2010: 424).

In addition to their own fear of failure people find it difficult to deal with other people's disappointment in their failed attempts. Experience of infertility is involved in social structures (families, communities, cultures) and in the context, so it's not only an individual psychological experience, but also a social one. Even though positive social interactions can constitute an additional source of support, many women are confronted with negative attitude toward infertility and ART and being criticized for not having children. These negative social interactions can intensify the user's feelings of social isolation as well as intensify their distress (Akizuki and Kai, 2008: 2737; Culley, Hudson, Rapport and Johnson, 2006: 44; Ozbay, Johnson, Dimoulas, Charney and Southwick, 2007: 35; Miall, 1994: 394–395; Zoll and Tsigdinos, 2013: 20; Covington and Hammer Burns, 2006: 8; Imeson and McMurray, 1996).

Couples' lives can be on a hold, for them to have a baby, and then "start to live". Infertility becomes the main life topic, around which they organize their lives and exclude other important parts of their lives they've previously enjoyed (i.e. sports activities, social gatherings, drinking alcohol, smoking, eating processed food). They can take full control in areas where they can, live in this "vacuum" for ten years (i.e. from 30 to 40 years of age) and during this period completely "lose themselves". This can completely change people's lives and lead to social isolation (Van den Broeck, Emery, Wischmann and Thorn, 2010: 424; Paul *et al.* 2010).

Infertility and ART procedures have an impact on couples' life substantially and can change couples' dynamics and sexuality. Couples can experience relationship problems regarding communication, sexuality and intimacy. Couples lose their intimacy twice, first time by entering the ART procedures and secondly with scheduled *sexual intercourse*, which main purpose is the conception of the child (Van den Broeck, Emery, Wischmann and Thorn, 2010; ESHRE, 2001).

Users can use active or passive coping strategies, which are correlated with intensity of their infertility distress. Combination of different factors which result in high stress can make the experience for the users unmanageable. Social support also importantly influences coping strategies (Verhaak and Hammer Burns, 2006; ESHRE, 2015).

Because infertility, involuntary childlessness and use of ART often resemble in psychological, physical, social and financial burdens, ethical, supportive psychosocial counselling is needed.

The purpose of psychosocial counselling is to provide information that users don't have as well as support them in exploring and understanding the meanings and consequences of biological and social parenthood. Reflection on thoughts, beliefs and feelings contributes to understanding the consequences of their decision making. Psychosocial counselling provides important support when exploring the acceptable solutions, expectations, defining boundaries and learning how to live a more fulfilling life even if confronted with the hardship of infertility. With support for setting realistic goals and developing successful coping mechanisms users are equipped for various ART procedures and probable results.

METHODOLOGY

The present study is a qualitative study and it took place in the period 2015-2016 in Slovenia and United Kingdom. Study is qualitative and follows social constructivist perspective. Constructivist grounded theory developed from an objective grounded theory, first applied in 1965 by Barney Glaser and Anselm Strauss. In the mid-1990s Kathy Charmaz, developed a constructivist grounded theory, and in 2006 published a book titled *"Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through"* (Glaser and Strauss, 1965; Glaser and Strauss, 1967). Kathy Charmaz (2006) points out that the analysis can't be separated from the researcher's interpretation (objectivists believe in an objective ("real") truth of external reality, and therefore researchers seek "objectivity" to explore it). Charmaz supports that combination of a comparative method with researcher's subjective involvement is the basis of a well-grounded theory. Constant comparative method of grounded theory with interpretative and critical approach, offers the development of analytical categories and theories directly from the data. Data collection and analysis was carried out cyclically with constant comparative method.

Constructivist grounded theory method is for this research important, since a grounded theory is always developed directly from data in a given time, culture and situation. Before exploring psychosocial counselling, we have to understand heterogeneous and unique

contexts because they significantly impact the regulation of ART (access, coverage), as well as on the content, scope and coverage of counselling.

Research used secondary data to analyse Slovenian, German and British social, political, cultural and economic contexts in which both ART procedures and psychosocial counselling are implemented. The secondary data included population surveys, opinion polls, government reports, official statistics, guidelines for psychosocial (infertility) counselling, state legislation and other professional and scientific publications. Information regarding the coverage (number of infertility clinics, type of available ART procedures), availability (who can access the procedures and) and use of ART (widespread use of the procedures) was acquired via secondary data. Apart from regulation and legalization study focused on eligibility for the funding and reimbursement, public perceptions on ART and childlessness, political support and campaigns for infertility awareness. I also obtained information about professional guidelines specialized for psychosocial (infertility) counselling via secondary data (ESHRE, 2015; ESHRE, 2001; BKiD, 2009; BICA, 2012).

When analysing psychosocial models, guidelines, ethical dilemmas and counselling routines I interviewed German, Slovenian and British professional psychosocial counsellors, who have relevant expertise in infertility counselling and are specialized in psychosocial infertility counselling. With the purpose of obtaining rich and relevant data the study employed convenience sampling. Before entering the field I have explored which experts have the most expertise in the field of psychosocial counselling and have contributed to the development of professional guidelines in the United Kingdom and Germany.

The first part of the interview focused on structure and scope of psychosocial counselling (the duration of the counselling, time when it is carried out - before, during or/and after; if is it free; type of counselling; for who it is intended and who is using it), the second part on the content of counselling and methods (important topics during counselling) and the third part on expert recommendations, professional development and suggestions for improvement.

STRUCTURE AND SCOPE OF PSYCHOSOCIAL COUNSELLING

Users of psychosocial counselling can be divided into 4 groups: people who can no longer uninterruptedly carry out daily activities because of distress (depression, anxiety); those who need donated gametes, help of a surrogate or are adopting a child; third group are those who seek reproductive assistance because of social infertility (single women, same-sex couples) and the last group are those, who have a history of mental health problems, history of drug addiction or physical, sensory and intellectual disability (ESHRE, 2001). According to the British and Canadian guidelines, counselling should also be offered to those referred as "third" in the ART procedures - gamete and embryo donors, surrogacy (gestational) mothers and to children conceived with assistance of reproductive technology. Counselling others who are part of this process (i.e. donor partners) can be beneficial also (CSIG, 2009; BICA, 2012).

Despite of numerous evidence of extensive and long-lasting psychological, physical, social and financial burdens of those facing with involuntary childlessness, in most countries psychosocial counselling is not fully recognised, underdeveloped, unexplored, unsupported, medicalized and not carried out to an adequate extent. Although users seek professional help because of the trauma which is a result of unfulfilled desire for parenting, assistance is most often sought in fertility clinics and with doctors (and very rarely with psychosocial counsellors). Fertility problems are therefore primarily treated by the medical profession, since treatment and later ART procedures start in fertility clinics (House of Commons Science and Technology Committee, 2005; ESHRE, 2001). Study findings have confirmed that counselling is often carried out as part of health services in fertility clinics. The analysis of the scope, content and coverage of counselling in Slovenia, Germany and the United Kingdom shows that counselling is most often carried out with the purpose to support the services, and not the users. Fertility clinics are trying to offer faster and more efficient services - due to the privatization and commercialisation of health services, rapid development of ART and increasing demand for procedures. This has a significant impact on the quality of psychosocial counselling (scope, coverage, content), the integration of counselling in fertility clinics, as well as on who is provider of counselling (medical staff employed by the fertility clinic or specially trained psychosocial counsellors).

Although many experts as well as professional associations recommend that counselling is tailored to the particular concerns of each individual as well is available throughout all stages of ART treatment, this is often not realized. In Slovenia, Germany and the United Kingdom only one free counselling (implications) is most often provided. It is most often offered to users of ART procedures with donor gametes and carried out before they proceed with the procedures. Additional free counselling sessions are usually provided when ART procedures involve more ethical dilemmas and result in complex family relations (i.e. surrogacy, co-parenting, post-humous use of gametes, saviour siblings) or when single women or same-sex couples enter the procedures at the infertility clinic. Free counselling is usually inaccessible to those seeking CBRS and those who are not eligible to ART procedures. Study also showed that counselling for gamete donors in Slovenia, Germany and the United Kingdom most often is not implemented.

Study findings have showed that counselling environment significant effect accessibility and scope of counselling and also structure and content of counselling. In United Kingdom counsellors still distinguish between information, implications, support and therapeutic counselling even though, Human Fertilisation and Embryology Authority has removed the division from Code of practice in 2010. This division is in favour of fertility clinics and their billing policies. Division enables (prospective) users to know which type of counselling the clinic is providing (free of charge). Implications counselling is usually free of charge (support and therapeutic counselling are not), standardised and therefore not tailored to the needs of each user. Even though types of counselling are often distinguished in infertility medical procedures they are often overlapping in practice (ESHRE, 2001; BICA, 2013: 4; Crawshaw, 2009: 279).

CONTENT OF PSYCHOSOCIAL COUNSELLING AND RECOMMENDATIONS

Comparison of the professional guidelines, as well as comparison of the professional practice of psychosocial counsellors from Germany and the United Kingdom showed that several topics have to be addressed in psychosocial counselling. Counsellors have to inform the users about regulation in legalization of ART in their home country and possibilities abroad (ESHRE, 2001, BKiD, 2012). They have to be informed about quality, safety, success rates, fees and reimbursement of ART procedures (BKiD, 2012). Counsellors have to explore implications of expensive procedures on user's life.

Although countries seek to protect people's rights and reduce risks in reproductive technologies, with fast ART development and new possibilities, risks are continually being presented. Users have to be fully informed and understand the implications of certain ART procedures (i.e. gamete/embryo donation) in order to take the appropriate course of action.

Each counselling session has to be tailored to the needs of individual. In case of specific user needs and limited resources psychosocial counsellors have to recommend to users other types of counselling, support organisations and professionally facilitated groups (sex therapy, couples counselling, group counselling, grief counselling, therapeutic counselling).

Counselling about ending the procedures and alternatives to ART (plan B, C) has to take place from the very first session until the end. Formulation of roadmaps can be also useful. Users have to be aware of the possibility that ART procedures might not be successful, so implications of negative outcome need to be discussed. Alternatives include adoption, foster care, CBRS and childless life.

Motivations, expectations, desires, prejudices and other concerns need to be addressed before ART procedures. Users need support for setting realistic goals, expectations and decision making. Exploring risks and consequences of ART (for them, their partners, family and future children) are also an integral part of counselling. It is important that users define how long they are planning to use the procedures and also set limits. Even though success is usually defined by achieving pregnancy and live birth (free of impairment) new definitions of success have to be explored with the users. Even not having children can be defined as a success, as they have given ART a chance and are now able to see their life from another perspective (CSIG, 2009; ESHRE, 2001).

When couples are faced with unexplained infertility (“idiopathic infertility”), discussion about actual and subjective etiologies is important in the first stages of counselling. Any feelings of guilt surrounding infertility have to be “externalised” (“*being guilty*” is not the same as “*feeling guilty*”) (Van den Broeck, Emery, Wischmann and Thorn, 2010: 423–424). Counsellors emphasize that their experience, feelings and crisis need to be normalised. Couples report that they feel like they are losing their intimacy because they

are involved in ART process and have scheduled sexual intercourse (with a sole purpose to conceive a child). The need for intimacy should also be discussed in psychosocial counseling.

Psychosocial counselors and professional guidelines (BKID, 2012; ESHRE, 2001; CSIG, 2009) underline importance of addressing grief and loss in counselling. Couples may grieve about the loss of a probability to have a biological child related to both parents (when donor gametes/zygotes are used). Bereavement can be also a result of failed partnerships, loss of intimacy, romantic idea about child conception, stillbirths and abortions.

Psychosocial counselling has to address feelings of stigmatization surrounding infertility and ART use (especially when donors or surrogates are involved). Users have to be encouraged to talk about feelings of stigmatization and other collective pressures regarding family planning regarding family planning. It is important to investigate whether these pressures influence their decision to for ART procedures. It is also necessary to talk about concerns that the child and family will be stigmatised because of the use of ART procedures.

When deciding for the procedures with donated gametes users have to understand the meanings of social parenthood. Involvement of so called “third” has to be desired by both partners and shouldn’t be rushed so the couple can make thoughtful decision. Expectations of both partners have to be explored. During the procedures users may develop ambivalent feelings towards the fact that donated gametes were used. Counselling can support users and help them with managing and understanding such feelings. It is important that counsellors reinforce positive images of social parenthood (Thorn and Wischmann, 2009; Zaviršek, 2012a; BKID, 2009; CSIG, 2009). There can be cases when parents share biological connection with the first child, but not with the second. It is important to talk about concerns that they might feel any different about the second child. It is also important to discuss the relationships between children.

Users can fantasize about future children (regarding physical characteristics) and are wondering if the child will have similar characteristics as them (even thaw donor gametes were used) (Van den Broeck, Emery, Wischmann and Thorn, 2010).

Users can be faced with the dilemma whether to inform others in their social network about their infertility problem and use of ART procedures. Counselling has to support the couples when answering the questions who, how and when to tell about the use of ART procedures. Advantages and disadvantages of disclosure have to be explored as well as consequences of their decision for them and the future child. Despite of the advantages of disclosure, thorough analysis of family dynamics has to be investigated, so support is not encouraged where is unavailable.

With possibilities of ART we are facing with a unique situation, because we don't help born children to a safe family environment, rather children are "created" in order to meet the needs of people who can't have them. German counsellor interviewed in the study pointed out, that benefits of the (prospective) parents shouldn't be higher than the rights of children born with the assistance of reproductive procedures. Many experts and professional associations recommend that parents should be encouraged, to be open with their children, about their origins. All interviewed experts agreed that it is useful for the child to know the history of their conception, but at the same time some counsellors stressed that are some cases when disclosure is not beneficial for the couple or for child. German counsellors are disagreeing with this statement and say that children have the right to know about the history of their conception, as well as the identity of gamete donors. Counsellors must provide support to users when questioning how, when and why to tell the child. Advantage and disadvantages of disclosure have to be explored.

Rights and responsibilities of all parties involved in ART procedures is an important topic of psychosocial counselling. Counsellors have to support users to develop appropriate terminology (i.e. donor is never referred as a father) to differentiate the roles between donors and surrogates and parents. This is especially important when donors and surrogates are known (i.e. surrogate is a family member).

Even though birth of Louise Brown has brought hope to millions of infertile couples and others that are childless involuntarily it seems, they are involved in the procedures as long as their sanity, bank account and health insurance allow it. It is not uncommon for some to be blinded by "magical thinking", the glorification of parenting, and culture, which relentlessly encourages use of ART (Zoll and Tsigdinos, 2013). Users can be involved with

the procedures for years or even decades, to extent, that some report being completely physically and emotionally exhausted. After unsuccessful procedures users can be faced with inevitable reality that their infertility is permanent rather temporary. They often describe their situation as a tragedy, beyond which they have absolutely no influence. They also report of feeling deep sadness and grief for the children they hoped to have. From this point forward their life is never again the same (Daniluk, 2001).

Psychosocial counselors and professional guidelines underline the importance of counselling when procedures were successful and the women is pregnant. Counsellors can support women in transition from “infertile” to “pregnant user”. During pregnancy women can worry about spontaneous termination of pregnancy, developmental problems of embryos and general doubt that they can give birth to a healthy baby. Because this is often a period of crisis and change, it is necessary counsellors help to normalise all these feelings and fears of to be parents. It is also important to provide support for parenting preparation. In these cases counsellors can refer the users to other professionals who are specialised in this area (Van den Broeck, Emery, Wischmann and Thorn, 2010; ESHRE, 2015; ESHRE, 2001; CSIG, 2009).

It is important users are offered individual and group counselling as well as provided with other sources of support, information and education. Useful, educational and informative can be also books on ART (for children), (non-profit) organizations and short videos about other user experiences (or children conceived with reproductive assistance and documentaries). Workshops can be especially useful for single women, same-sex couples and heterosexual couples who are considering ART with donor gametes (i.e. preparation for parenthood). In Slovenia support-groups for (prospective) users of ART should be organised. Especially useful can be workshops under the expert guidance, for (prospective) gamete donor users.

CONCLUSION

Infertility is a global health problem affecting millions and despite the fact that ART procedures provide an important solution for the users, global ensuring of safe, affordable and reliable ART services is far from being realized.

Family planning, accessibility and use of ART procedures are often correlated with social and cultural factors (i.e. social stigma of infertility and ART, social acceptance of new forms of parenting, infertility awareness) as well as definition of infertility and definition of ART procedures. Although various types of family and complex family relationships are becoming increasingly common, infertility and ART (in particular in absence of genetic links) remain stigmatized in many countries. In today's society traditional conjugal family is therefore privileged, as married heterosexual couples and couples living in a consensual union are more likely to be eligible for ART procedures and reimbursement.

Although using MRT procedures with donated gametes is an important solution for many ART users, there is a shortage of oocyte donor in many countries (HFEA, 2014; ESHRE, 2010: 2). Governments and organizations should take a more active role in organizing public events to promote gamete donation.

With the development of ART we have to promote de-stigmatization of infertility, ART use and non-traditional families. It is important to support men, and especially women, who have been stigmatized, isolated, prosecuted or even exiled because of their infertility. It is important that governments, organizations and professionals take a more active role and organize events (campaigns) to raise awareness about the hardship of infertility and ART use and promote gamete donation.

With ART development and CBRS new changes and challenges are constantly being presented. Psychosocial counsellors have to keep up to date with the changes and accordingly evolve.

Study has concluded that psychosocial counsellors from Germany and the United Kingdom are well supported by professional associations, developed professional guidelines, intervention and supervision. This is a good example for the development of psychosocial counselling in Slovenia.

In Slovenia, it would therefore be necessary to define ART procedures as means to support the right to have children and not as medical intervention. In this case eligibility for ART procedures isn't based on partnership status and sexual orientation and equal rights regarding access to ART procedures are established. This would follow the

recommendation of a number of experts and organizations who emphasize that single women and single men and same-sex couples should be treated in the same way as heterosexual couples.

New forms of parenting and equal rights (regardless of gender, handicap, ethnicity, social status) of potential users should be promoted by psychosocial counsellors. They should also promote the de-stigmatization of infertility and the art as well as inform the public about ART procedures and infertility (and unfulfilled wish for a child). It is important that governments, organizations and professionals take a more active role and organize public events to raise awareness about the problem of infertility and the hardship of infertility (and involuntarily childlessness) as well as de-stigmatization.

Because infertility is considered as biopsychosocial crisis, psychosocial counseling is an integral part of multidisciplinary approach (Van den Broeck, Emery, Wischmann and Thorn, 2010). Quality psychosocial support is possible only through multi-disciplinary team work. Since ART is housed in clinics, and the first contact with the users is established at the fertility clinics, psychosocial support must be integrated into the day-to-day activities of healthcare professionals. It is important to engage employees in hospitals (nurses, doctors, receptors) to develop basic knowledge about counselling and communication skills (with assistance of psychosocial counsellors).

Good practice and knowledge development of psychosocial counselling should be promoted (and improved) so the highest standards of counselling are met and users can receive comprehensive, specialized and quality support. Although psychosocial guidelines for counsellors are important, counsellors need to develop and tailor counselling to each individual.

It is also necessary that counselling is provided by professionals who are specialised in infertility counselling and ART. In Slovenia counsellors are not specialised from infertility and ART and therefore more attention should be given to professional development and training of counsellors (fertility counselling skills). Counsellors should be well informed about novelties and changes of ART, as well as related practical, social, psychological and ethical issues. To support the professional practice of counsellors in Slovenia, annual training and workshops should be organised (or participated abroad).

To enable and provide the highest standards of psychosocial counselling to people suffering from involuntarily childless, it is important to establish intervention and supervision groups. It is important to establish a professional association for infertility counsellors in Slovenia or connect with the German or British professional associations who represent the interests, views and needs of psychosocial (infertility) counsellors. Every year workgroups should be organised (or visited abroad) to address the practical, psychological, social and ethical issues concerning ART. It is important to improve the professional training and education of psychosocial counsellors.

23. PRILOGE

1. Tabela 1: Primerjava upravičenosti in razpoložljivosti MRT v Sloveniji, Nemčiji in Združenem kraljestvu

Država	samske ženske	istospolni pari	zakonski in zunajzakonski heterospolni pari	nadomestno materinstvo	starostna omejitev za ženske	darovanje jajčnih celic	darovanje semenčič celic	darovanje zarodkov	anonimnost darovalcev	dostop do MRT samo v primeru zdravstvenih težav	Zamrzitev In PGD	Uvoz in izvoz spolnih celic	Kritje stroškov
VB	DA	DA	DA	DA	NE	DA ³⁷	DA	DA	NE	NE	DA ³⁸	DA	delno ³⁹
NEMČIJA	neurejeno ⁴⁰		DA	NE	NE	NE	DA	neurejeno	NE	DA	DA ⁴¹	DA ⁴²	delno ⁴³
SLOVENIJA	NE	NE	DA	NE	DA ⁴⁴	DA ⁴⁵	DA	NE	DA	DA	DA	NE	v celoti ⁴⁶

³⁷ V Združenem kraljestvu lahko vsak darovalec daruje toliko celic, dokler ne pride do rojstva otrok v 10 družinah. Tudi so-starševstvo je v Združenem kraljestvu dovoljeno. V Združenem kraljestvu so darovalci spolnih celic anonimni do otrokovega 18. leta (VB-D3; VB-A20).

³⁸ V Združenem kraljestvu je PGD dovoljen le v primeru raziskovanja razvojnih nepravilnosti pri otroku in ni dovoljen za primere »dizajnerskih otrok«, izbire spola in fizičnih karakteristik (VB-B14; HFEA, 2008, str. 58; Sorenson in Mladovsky, 2006, str. 5). Drugi podatki pridobljeni z vira Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 669, 671; Sorenson in Mladovsky, 2006, str. 6; VB-D20.

³⁹ V Združenem kraljestvu so do kritja upravičeni le mlajši od 40 let in samo v primeru zdravstvenih težav. Število in višina pokritih ciklusov variira in je lokalno različno (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670; VB-E13; VB-D20).

⁴⁰ Kljub temu, da zakonodaja na tem področju ni urejena, ne prepoveduje uporabo postopkov samskim ženskam in istospolnim partnerkam. Številni reproduktivni centri so zadržani glede uporabe darovanih spolnih celic zaradi skrbi, da bi bili darovalci prepoznani kot zakoniti očetje otrokom (Thorn, Katzorke in Daniels, 2008). Drugi podatki o Nemčiji pridobljeni z vira Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 669, 671; DE-C; DE-A; DE-B.

⁴¹ Nemčija: Postopek, kjer je zarodek izbran z namenom, da bo rešil življenje prvega otroka (»rešiteljski otroci«), ni dovoljen (DE-B20).

⁴² V Nemčiji je dovoljen uvoz moških spolnih celic, medtem ko uvoz ženskih spolnih celic in zarodkov ni dovoljen.

⁴³ V Nemčiji so do kritja upravičeni le poročeni pari, kjer je ženska stara od 25 do 40 let in moški od 25 do 50 let. Javna zdravstvena zavarovalnica nudi finančno pomoč za 3 cikle (samo v primeru zdravstvenih težav). Višina kritja stroškov se tako gibljejo med 50-70 odstotkov (redke krijejo 100 odstotkov) in je odvisna od zvezne dežele Nemčije, v kateri par živi (DE-A; DE-B; DE-C; Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670).

⁴⁴ V Sloveniji so do postopkov OBMP upravičene polnoletne, razsodne ženske v starostni dobi, ki je primerna za rojevanje otrok in opravljanje starševskih dolžnosti (ZZNPOB, 2000, 6. člen).

⁴⁵ Vsak darovalec lahko daruje toliko časa, dokler ne pride do rojstva otrok v največ dveh različnih družinah (ZZNPOB, 2000, 29. člen)

2. Tabela 2: Primerjava upravičenosti in razpoložljivosti MRT v ostalih EU državah

Država	samske ženske	istospolni pari	zakonski in zunajzakonski heterospolni pari	nadomestno materinstvo	starostna omejitev za ženske	darovanje jajčnih celic	darovanje semenskih celic	darovanje zarodkov	anonimnost darovalcev in darovalk	dostop do MRT samo v primeru zdravstvenih težav	Zamrzitev in PGD	Uvoz in izvoz spolnih celic	Kritje stroškov
ŠPANIJA	DA	DA	DA	NE	NE ⁴⁷	DA ⁴⁸	DA	DA	DA	NE	DA ⁴⁹	/ ⁵⁰	delno ⁵¹
ČEŠKA	NE	NE	DA	NE ⁵²	<49 let ⁵³	DA	DA	DA	DA ⁵⁴	/	DA	/	v celoti ⁵⁵
ITALIJA	NE	NE	DA	/	DA ⁵⁶	NE	NE	NE	/	DA	NE	NE	delno ⁵⁷
PORTUGALSKA	NE	NE	DA	/	NE	DA	DA	DA	DA	DA	DA ⁵⁸	NE	delno ⁵⁹

⁴⁶ V Sloveniji so do kritja stroškov upravičene so ženske stare od 18. do dopolnjenega 43. leta starosti (1. člen, sprememb in dopolnitev obveznega zdravstvenega zavarovanja). Ženske imajo pravico do OBMP v primeru zdravstvenih težav. ZZZS krije do 6 ciklusov do rojstva prvega otroka in štiri za vsak nadaljnji porod (*Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja*, 2014, 37. člen). Drugi podatki pridobljeni z vira ZZNPOB 2000, 3. člen, 5. člen, 7. člen, 8. člen, 13. člen, 18. člen, 37. člen.

⁴⁷ Španija ne določa starostne omejitve, vendar pa večina reproduktivnih centrov v postopke MRT ne sprejema žensk, ki imajo več kot 50 let (Fertility clinic abroad, 2017). Podatki o prepovedi nadomestnega materinstva so pridobljeni z vira Fertility clinic abroad, 2017. Ostali podatki o Španiji pridobljeni z vira Brigham, Cadier in Chevreul, 2013.

⁴⁸ Španija določa, da se s celicami enega darovalca oziroma darovalke spolnih celic lahko rodi največ šest otrok (Fertility clinic abroad, 2017). Darovanje je prav tako altruistično (povrnjeni so le stroški od 30-50 evrov) kot tudi je anonimno (Invitra, 2017a)

⁴⁹ V Španiji je zamrzitev spolnih celic omejena na 5 let (Sorenson in Mladovsky, 2006, str. 6).

⁵⁰ Oznaka / pomeni, da ni podatka.

⁵¹ V Španiji so do kritja stroškov upravičeni uporabniki, pri katerih je neplodnost rezultat zdravstvenih težav. Španija krije največ 3 cikle (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670).

⁵² Čeprav nadomestno materinstvo na Češkem ni dovoljeno, je istospolnim parom na voljo posvojitev (ESHRE, 2008, str. 24).

⁵³ Na Češkem zakon pravi, da so do postopkov upravičene le ženske v starostni dobi, ki je primerna za rojevanje otrok. To vključuje ženske, ki imajo menstruacijo in so mlajše od 50 let (ESHRE, 2008, str. 24). Ostali podatki pridobljeni z virov: ESHRE, 2008; Shenfield idr., 2010; Fertility Europe, 2012.

⁵⁴ Na Češkem je darovanje spolnih celic altruistično (Invitra, 2017b; Fertility Europe, 2012, str. 12).

⁵⁵ Češka krije do 6 ciklusov (Fertility Europe, 2012, str. 12).

⁵⁶ V Italiji so do postopkov upravičene ženske v starostni dobi, ki je primerna za rojevanje otrok (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 669).

⁵⁷ Italija: pari morajo biti v obdobju rojevanja otrok – upravičeni so samo v primeru zdravstvenih težav. Število kritih ciklusov variira (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670).

⁵⁸ Na Portugalskem so celice in zarodki zamrznjeni do 5 let (Sorenson in Mladovsky, 2006, str. 6). Podatka za PGD ni.

ŠVICA	NE	NE	delno ⁶⁰	/	/	NE	/	/	/	/	delno ⁶¹	NE	/
AVSTRIJA	NE	DA	DA	NE	NE	DA	DA	NE	NE	DA ⁶²	DA ⁶³	NE	delno ⁶⁴
BELGIJA	DA	DA	DA	/	<45 let	DA	DA	DA	DA	NE	DA	/	v celoti ⁶⁵
DANSKA	DA	DA	DA	/	<45 let	DA	DA	NE	DA	NE	DA	NE	v celoti ⁶⁶
FRANCIJA	NE	NE	DA	/	<43 let	DA	DA	DA	DA ⁶⁷	DA	DA	/	v celoti ⁶⁸
FINSKA	DA	DA	DA	/	NE	DA	DA	DA	NE ⁶⁹	NE	DA ⁷⁰	/	delno ⁷¹
ŠVEDSKA	NE	DA	DA	/	DA ⁷²	DA	DA	NE	NE	DA	DA ⁷³	DA	v celoti ⁷⁴

⁵⁹ Portugalska (so)financiranje ne omejuje s starostjo. Do financiranja so upravičeni le tisti, pri kateri so razlogi za neplodnost zdravstveni. Število kritih ciklusov variira (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670). Ostali podatki pridobljeni z virov: Brigham, Cadier in Chevreul, 2013 ter Sorenson in Mladovsky, 2006.

⁶⁰ V Švici do postopkov z darovano spolno celico lahko dostopajo le zakonski pari (Rothmayr, Varane, Serdiilt, Timmerman in Bleiklie, 2004, str. 230; Shenfield idr., 2010, str. 1366).

⁶¹ V Švici je zamrzitev jajčnih celic dovoljena le v zelo zgodnji fazi fertilizacije. PGD ni dovoljen (Sorenson in Mladovsky, 2006, str. 6). Ostali podatki pridobljeni z virov: Rothmayr, Varane, Serdiilt, Timmerman in Bleiklie, 2004 ter Sorenson in Mladovsky, 2006.

⁶² Dostop do postopkov je mogoč le ob medicinskih razlogih, razen v primeru, ko v postopke vstopijo istospolne partnerke (Griessler in Hager, 2016).

⁶³ V Avstriji je zamrzitev spolnih celic dovoljena (Sorenson in Mladovsky, 2006, str. 6). Podatkov o PGD ni.

⁶⁴ Avstrija: do kritja so upravičeni le: - ženske mlajše od 40 let in moški mlajši od 50 let - in samo v primeru zdravstvenih težav. Prav tako pokrijejo največ 4 cikle (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670). Ostali podatki pridobljeni z virov: Brigham, Cadier in Chevreul, 2013; Griessler in Hager, 2016; ESHRE, 2008 ter Sorenson in Mladovsky, 2006.

⁶⁵ Belgija: vendar so do tega kritja upravičeni le pari mlajši od 40 let, v primeru zdravstvenih težav. Belgija krije največ 6 cikle (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670).

⁶⁶ Danska v celoti krije stroške postopkov (Knudsen 1993, kot navedeno v Schmidt, Christensen in Holstein, 2005, str. 1049) tistim, ki so mlajši od 40 let. Danska krije največ 3 cikle (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670). Ostali podatki pridobljeni z vira Sorenson in Mladovsky, 2006.

⁶⁷ V Franciji je dovoljeno le altruistično darovanje spolnih celic. V Franciji je poleg nadomestnega materinstva prepovedana tudi uporaba spolnih celic pokojnega partnerja in družine (The Agence de la biomédecine, 2013).

⁶⁸ Francija v celoti krije stroške postopkov parom mlajšim od 43 let in samo v primeru zdravstvenih težav. Francija krije največ 4 cikle (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670).

⁶⁹ Na Finskem otroci do podatkov o darovalcih lahko dostopajo, ko so stari 18 let (ESHRE, 2008, str. 24). Pred tem so darovalci anonimni (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 671; ESHRE, 2008, str. 24; Shenfield idr., 2010, str. 1366).

⁷⁰ Na Finskem je zamrzitev spolnih celic dovoljena. Celice so po 10 letih uničene (Sorenson in Mladovsky, 2006, str. 5).

⁷¹ Na Finskem kritje variira in ni omejeno s starostjo udeležencev in primeri, ko je neplodnost rezultat zdravstvenih težav (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670). Ostali podatki pridobljeni z vira Brigham, Cadier in Chevreul, 2013; ESHRE, 2008; Ólafsdóttir, 2012.

⁷² Na Švedskem so do postopkov opravljene ženske v starostni dobi, ki je primerna za rojevanje otrok (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 669). Ostali podatki pridobljeni z vira Brigham, Cadier in Chevreul, 2013 ter Sorenson in Mladovsky, 2006.

⁷³ Na Švedskem so celice in zarodki zamrznjeni do 5 let (Sorenson in Mladovsky, 2006, str. 6). Podatka za PGD ni.

⁷⁴ Na Švedskem so do kritja so upravičeni pari v obdobju rojevanja otrok in samo v primeru zdravstvenih težav. Število kritih ciklusov variira (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670).

NORVEŠKA	/	DA	DA	/	/	NE	DA	/	/	/	DA ⁷⁵	NE	/
NIZOZEMSKA	DA	DA	DA	/	<45 let	DA	DA	DA	NE	DA ⁷⁶	DA	/	v celoti ⁷⁷
GRČIJA	DA	DA	DA	/	<50 let	DA	DA	DA	DA	NE	⁷⁸	/	delno ⁷⁹
IZRAEL	DA	DA	DA	DA	<53 let	DA	DA	/	DA	/	DA ⁸⁰	/	v celoti ⁸¹
NOVA ZELANDIJA	DA	DA	DA	DA	/	DA	DA	/	/	/	/	/	/82

⁷⁵ Na Norveškem je zamrzitev dovoljena za dobo 3 let (Sorenson in Mladovsky, 2006, str. 6). Podatkov o PGD ni. Ostali podatki pridobljeni z virov: Shenfield idr., 2010 ter Sorenson in Mladovsky, 2006.

⁷⁶ Nizozemska in Švedska zajemata dve skrajnosti, saj dostop do postopkov omogočata le ob medicinskih razlogih in obenem dostop do postopkov dovoljujeta lezbijkam (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 669).

⁷⁷ Na Nizozemskem so do kritja upravičeni le pari mlajši od 45 let in samo v primeru zdravstvenih težav. Nizozemska krije največ 3 cikle (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670). Ostali podatki pridobljeni z vira Brigham, Cadier in Chevreul, 2013 ter Sorenson in Mladovsky, 2006.

⁷⁸ V Grčiji je zamrzovanje z zakonom neurejeno. Za PGD ni podatkov (Sorenson in Mladovsky, 2006, str. 5).

⁷⁹ V Grčiji so do sofinanciranja upravičeni pari mlajši od 50 let v primeru zdravstvenih težav. Število kritih ciklusov variira (Brigham, Cadier in Chevreul, 2013, str. 670).

⁸⁰ V Izraelu je zamrzitev spolnih celic dovoljena za ženske mlajše od 54 let in tiste, ki so dopolnile 54 let (Israel Law Library of Congress, 2012, str. 4). Prav tako je dovoljen PGD in izbira spola (Sperling, 2010, str. 366). Ostali podatki pridobljeni z virov: Israel Law Library of Congress, 2012 in Sperling, 2010.

⁸¹ Izrael financira neomejeno število ciklusov do rojstva 2 otrok – starostna omejitev ženske je do 45 let (Sperling, 2010, str. 365–367). Izrael je investiral ogromno v zagotavljanje širokega dostopa do reproduktivnih tehnologij (so v celoti plačani s strani države). Vlada je to potrdila in zdravljenje vključila v paket osnovnih zdravstvenih ugodnosti (Israel Law Library of Congress, 2012, str. 22)

⁸² Podatki o Novi Zelandiji pridobljeni z vira Legge, Fitzgerald in Frank 2007.

3. Tabela 3: Verski sistemi, reprodukcija in starševstvo

	MRT in zdravljenje neplodnosti	Darovanje spolnih celic	Zamrznitev spolnih celic in zarodkov	PGD	Medicinske raziskave na zarodkih	Kontracepcija	Umetna prekinitev nosečnosti	Nadomestno materinstvo	»Rešiteljski otroci«
Rimskokatoliška cerkev	NE, saj ločuje zakonca od reprodukcije in intimnosti kot tudi se vmešava v delo boga	NE	NE	DA, dokler je v namene varovanja otrokovega zdravja in ne prekinitev nosečnosti	NE, saj zavrača vrednoto človeškega življenja	NE, saj žali dostojanstvo človeka in družine ⁸³	NE, vsi otroci imajo pravico da jih starši brezpogojno sprejmejo - ne glede na razvoj	NE	NE (otrok ni rojen po svoji vrednosti kot tudi izbor zarodkov neizogibno vodi v uničenje nadštevilnih)
Islam	DA, saj je to v dolžnost do družine in skupnosti	NE (po prepričanju sunitov, otrok premožne deduje po bioloških starših)	DA, če je vzpostavljena zakonska zveza in le v njenem času. Uporaba zamrznjenih spolnih celic mrtvega človeka ni sprejeta - otroci so obravnavani kot nezakonski	DA, če se s tem izogne škodi matere ali prepreči hudo bolezen, ki je povezana s spolom	DA vendar velja le za zarodke ki so bili ustvarjeni v laboratoriju ⁸⁴	DA, če so to diafragma in kondomi, nekateri nasprotujejo uporabi kontracepcijskih tablet	DA, če ogroža zdravje ženske in ob nevarnosti telesne, senzorne ali intelektualne ovire otroka	NE, saj se umešava v rod in ker je oploditev jajčeca ženske, s spolno celico katera ni last njenega moža, videna kot prešuštniška unija	/

⁸³ Vsi podatki o Rimsko-katoliški cerkvi so pridobljeni z vira Richards, 2009.

⁸⁴ Podatki o islamu pridobljeni z virov: Iqbal in Noble, 2009; Washofsky, 2009 ter Mergahti in Samani, 2010.

				otroka					
Judaizem	DA, vendar pa je popolnom a sprejeto le če vodi v genetsko povezanost staršev z otrokom	NE (ortodoksni judaizem) ⁸⁵	DA (če so bili ustvarjeni v laboratoriju)	DA (če ni z namenom prekinitve nosečnosti zaradi spola)	DA (raziskave na zarodkih in uničenje zarodkov je dovoljeno, če so bili zarodki ustvarjeni v laboratoriju)	DA	Ne, saj zarodek predstavlja pravno osebo. DA, le če je ogroženo življenje ženske	NE, saj je materinstvo vzpostavljeno z rojstvom otroka in ne biološko povezanostjo (versko prepričanje se deduje po ženski, ki otroka rodi)	DA (če je otrok ljubljen in spoštovan)
Joruba religija	NE ⁸⁶	NE	/	/	/	NE vendar se izvaja v tajnosti	NE	/	/
Hinduizem	DA	/	/	NE ⁸⁷	DA, saj raziskave predstavljajo razvoj moderne Indije in NE, saj ni dovoljeno poškodovati čuteča bitja in ni sprejeto uničenje zarodkov	NE, po tradicionalnemu hinduizmu je spočetje in rojstvo otroka dar bogov	DA po reformnemu hinduizmu in NE po tradicionalnemu hinduizmu	DA	/

⁸⁵ Podatki o judaizmu pridobljeni z vira Washofsky, 2009.

⁸⁶ Podatki o religiji joruba pridobljeni z virov: Jegede in Fayemiwo, 2010 ter Aderibigbe, 2009.

⁸⁷ Izbira spola je povzročila nacionalno krizo v Indiji, kjer mobilne poceni ultrazvočne klinike potujejo po deželi in testirajo noseče ženske. Kljub prepovedi testa za določitev spola otroka, je veliko povpraševanje ultrazvočno testiranje za določitev spola otroka potisnila na črni trg. Podatki o hinduizmu pridobljeni z virov: Allahbadia, Allahbadia in Arora, 2009; Washofsky, 2009; Pešec, 2004.

4. Smernice za intervju

Vse smernice za intervju so bile prilagojene vsakemu svetovalcu in svetovalki, glede na njihovo strokovno izobrazbo s specializacijo.

4.1 Smernice za intervju z britanskimi in nemškimi svetovalci in svetovalkami

1. For whom is the counselling designed intended, intended for and who is the end user of the counselling services?
2. How much time do you dedicate to every user of psychosocial counselling?
 - 2.1. How many meetings do you consider optimal?
 - 2.2. Do you offer counselling before, during and / or after ART procedures?
 - 2.2.1. Some authors believe that counselling is also necessary after the completion of the ART. What do you think?
3. What are you discussing during the counselling? Which topics need to be addressed during the counselling?
 - 3.1. What are the frequently asked questions of the individuals who attend counselling?
4. Which life-changing experiences are common to the people who are consumers of ART procedures?
5. How do people talk about their life story? What do they often point out?
6. The literature points out that people are still stigmatized because of their infertility. What do you think is the situation in your country?
 - 6.1 Many are facing the dilemma, whether to disclose the use of ART procedures to the relatives (and others in their social network)? What is your experience with this, and what do you advise? Can you describe some examples?
 - 6.2. Many are facing the dilemma of whether to tell the child about the background to their conception (especially when procedures result in non-biological ties)? What are the future parents inclined to and what do you advise?
7. Some experts say that users can develop ambivalent feelings about the fact that donated gametes were used. Do you have such cases and can you provide some examples for me?
8. How to handle the question of possible complications and risks resulted from use of ART?
 - 8.1 What are the most traumatic experiences of people? How to approach and manage the process of grieving?
9. What do you think people who come to you, need the most?

10. What are the most common dilemmas of the users? What are the main concerns of those who are using ART?
11. Are you familiar with German guidelines BKID, UK guidelines and ESHRE guidelines for professional psychosocial counselling? Are they useful for your professional practice? What do you think about them?
 - 11.1 Has anything changed since the last guidelines were accepted and put into professional practice of counsellors? What do you think about the new ESHRE 2015 guidelines?
 - 11.2 Would you like to point out something that is vital, and not covered in guidelines?
 - 11.3 Are you familiar with screening tool SCREEN IVF and what do you think about it?
12. British counsellors clearly distinguish between implications, support and therapeutic counselling. What is your opinion about this?
13. Some say that if the infertility is defined as a disease than the coverage of the ART expenses is more likely to be covered. What is the situation in your country?
14. Which ethical dilemmas are appearing in your professional work?
15. In the field of psychosocial counselling, there are different views about who should provide the counselling services. What is your opinion?
 - 15.1 What are your thoughts about multidisciplinary cooperation (at the clinic)?
16. Do you think it's necessary to improve something in the field of psychosocial counselling?
17. If a student wanted to learn about psychosocial counselling, which literature would you recommend? What is so important in this literature?
18. Which literature (or other sources of support and information) would you recommend to users?
19. Are you cooperating with someone else in the field of psychosocial counselling (governmental organization, NGO, psychosocial counsellors and other professionals)?
20. Would you like to point out something else that we didn't cover in this interview but it is important?

DEMOGRAPHIC DATA

- a) City and State
- b) Name of the organization where you provide the counselling services
- c) Gender
- e) Name of the education or professional/academic title

f) How many years of professional experience do you have in the field of psychosocial counselling for those facing fertility problems?

g) I might need additional information after this interview, can I contact you?

h) Do you wish to be informed about results of the research?

E-mail of the counsellor: _____

4.2 Smernice za intervju s slovenskimi svetovalci

1. Komu je svetovanje namenjeno? Kdo se pa udeležuje svetovanja?
2. Kolikšen je časovni obseg svetovanja, ki ga namenite posamezniku oziroma paru?
 - 2.1. Koliko srečanj se vam zdi optimalno za posameznika oziroma par?
 - 2.2. Ali nudite svetovanje pred, med ali/in po postopkih MRT?
 - 2.2.1. Nekateri avtorji v tujini menijo, da je potrebno svetovanje tudi po končanih postopkih MRT. Kaj vi menite?
3. O čem se pogovarjate med svetovanjem? Katere teme odpirate znotraj svetovanja?
 - 3.1. Katera so pogosta vprašanja posameznikov, ki se udeležijo svetovanja?
 - 3.2. S katerimi življenjskimi spremembami se pari podobno soočajo od vstopa v postopke MRT?
4. Kako ljudje tekom svetovanja govorijo o svoji življenjski izkušnji? Kaj pogosto izpostavljajo?
5. Strokovna literatura govori o stigmatizaciji tistih, ki se soočajo z neplodnostjo. Kako pa menite, da je s tem v slovenskem prostoru?
 - 5.1. Mnogi se soočajo z dilemo ali razkriti uporabo postopkov MRT svojcem in drugim v njihovi socialni mreži? Kako o tem svetovati in kakšne so vaše izkušnje s tem? Lahko opišete kakšen primer?
 - 5.2. Kot veste, se številne uporabnice soočajo z dilemo ali otroku povedati o uporabi postopkov MRT. Kako o tem svetovati in čemu so starši pogosto naklonjeni?
6. Kako ravnati z vprašanjem morebitnih zapletov in tveganj?
 - 6.1. Kaj so po vašem mnenju najbolj travmatične situacije? Kako pristopite in ravnate s procesom žalovanja?
7. Kaj menite, da uporabnice, ki prihajajo k vam na svetovanje, najbolj potrebujejo?
8. S katerimi dilemami se uporabniki najbolj ukvarjajo in kaj jih najbolj skrbi. Ali lahko opišete en primer?
9. Katere etične dileme se pojavljajo pri vašem strokovnem delu?
10. Menite, da bi bilo potrebno na področju psihosocialnega svetovanja kaj izboljšati?

- 10.1. Tekom študija sem naletela na strokovne smernice za psihološko-socialne svetovalce. Ali poznate strokovne smernice Britancev in Nemcev in kaj menite glede njih?
11. Če bi študent hotel spoznati področje psihološko-socialnega svetovanja za uporabnike MRT, katero literaturo bi mu priporočali? Kaj je tako pomembnega v tej literaturi?
12. Katero literaturo (ali druge vire podpore, informacij) bi priporočali uporabnikom?
13. Na področju psihološko-socialnega svetovanja obstajajo različna stališča kdo naj svetuje uporabnicam postopkov OBMP. Kakšno je vaše mnenje?
14. S kom na področju psihološko-socialnega svetovanja še sodelujete (vladne organizacije, nevladno organizacije, psihološko-socialnimi svetovalci in drugimi strokovnjaki)?
15. Bi morda izpostavili še kaj, kar je ključnega pomena in v tem intervjuju ni bilo omenjeno? Morda še kakšno izstopajočo zgodbo?

DEMOGRAFSKI PODATKI

- a) Mesto in država:
- b) Ime organizacije na kateri izvajate psihološko-socialno svetovanje:
- c) Spol:
- e) Naziv *izobrazbe oziroma strokovni/znanstveni naslov*:
- f) Koliko let delovnih izkušenj imate na področju svetovanja za pare oziroma posameznike z izkušnjo neplodnosti ali zmanjšane plodnosti?
- g) Morda bom kasneje potrebovala še kakšne dodatne podatke, ali vas lahko kontaktiram?
- h) Ali želite biti obveščeni o rezultatih raziskave?

Elektronski naslov svetovalca: _____

STVARNO KAZALO

" rešiteljski otroci", 70, 71

"deviško rojstvo", 44

»reproduktivni turizem«, 22, 73, 125, 148, 149, 153, 166

BICA, 58, 114, 115, 121, 129, 130, 170

BKiD, 161, 162, 168

časovni načrt, 184

darovane spolne celice, 9, 20, 21, 27, 34, 40, 44, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 74, 83, 89, 90,
95, 107, 125, 127, 136, 139, 141, 143, 149, 151, 152, 153, 155, 157, 158, 159, 160, 161,
162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 190, 191, 192, 199

darovanje zarodkov, 49

dizajnerski otroci, 11, 69, 70

družbeni status, 25

feministični diskurzi, 25, 33, 37

heteronormativnost, 42

hinduizem, 24, 28, 35, 36, 68, 69

idiopatska neplodnost, 94, 142, 143, 198

islam, 28, 36, 50, 51, 68, 69, 73, 77

istospolni pari, 15, 19, 40, 45, 46, 47, 49, 72, 76, 78, 79, 125, 143, 151, 154, 164, 166, 170,
171, 179

judaizem, 28, 36, 50, 52, 68, 72

kampanja, 27

konstruktivistična utemeljena teorija, 55, 56, 57, 61

kontracepcija, 7, 26, 35, 36

krščanstvo, 28, 45, 50, 69, 72, 73

ljudje z ovirami, 36, 68, 69, 70, 149

mit o materinstvu, 32

mrtvorojenost, 4, 37, 83, 119, 137, 144

nadomestno materinstvo, 34, 43, 50, 52, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 107, 125, 127, 139, 149,
167, 172, 192, 193

neenakosti med spoloma, 28, 29, 33, 34, 48

posmrtna uporaba spolnih celic, 76, 77

posvojitev, 43, 133, 185, 186, 187, 204

prekinitev nosečnosti, 6, 29, 35, 36, 37, 39, 69, 70, 81, 83, 87, 96, 101, 119, 130, 137, 142, 144, 145, 148, 184, 189, 190, 194

primarna neplodnost, 3, 4, 5, 97

psihološko-socialno svetovanje, 2, 63, 77, 88, 91, 92, 93, 95, 100, 103, 104, 105, 106, 111, 112, 113, 114, 115, 120, 121, 122, 123, 126, 127, 128, 129, 136, 137, 138, 139, 142, 147, 148, 149, 154, 158, 160, 161, 169, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 198, 204, 207, 264

reproduktivna zdravstvena neenakost, 203

rešiteljski otroci, 71

rituali, 30, 145, 197

samske ženske, 40, 44, 45, 47, 48, 72, 76, 78, 125, 143, 151, 154, 160, 166, 172, 195, 254, 255

sekundarna neplodnost, 3, 4, 5, 6, 71, 157, 164

semenski koktajl, 51

semenskih koktajl, 51

socialna neplodnost, 40, 88

socialna smrt, 24

spolno prenosljive okužbe, 6, 24, 84

stigmatizacija, 22, 23, 24, 26, 40, 41, 44, 46, 50, 52, 53, 82, 91, 132, 153, 157, 161

travma, 81, 82, 83, 136, 140, 143, 144, 145, 148, 161, 187, 197

IMENSKO KAZALO

Addams	160
Aizley	193
Bharadwaj	48
Billari	39
Blyth	10
Brown	7, 8, 182
Butler	42
Charmaz	55, 56, 57, 62
Christensen	88
Cotton	75
Cresswell	167
Culley	48
Daniels	54, 192
Day	57, 88, 133
Delaney	28
Epstein	135
Firestone	33
Franklin	68
Gamble	75
Gates	4
Geoffrey Edwards	7, 73
Glaser	55, 56, 57, 62
Goffman	53, 85
Golombok	159
Hirsch	102
Holstein	88
Hudson	48
Hunter	23
Johnson	48
Kuhar	54
Laderman	28

Landau	11
Lee	47
Lidz	28
Locke	77
Mitchell.....	34
Murdock	29
Newton Verrier	187
O'Dea	23
Ogburn.....	11
Pyne	87
Rabinow.....	43
Rapport	48
Raymond.....	33
Reid.....	135
Rich.....	34
Rubin	34
Saleebey.....	108
Savulescu	70
Schmidt.....	88
Sembuya	24
Stacy	54
Staub-Bernasconi.....	135
Steptoe	7, 73
Stone	28, 33, 34, 42
Strauss.....	55, 56, 57, 62
Streib-Brzič.....	42
Sturgeon.....	86
Takacs	54
Thorn	54, 146, 191
Tong.....	33, 34
Wilbush.....	23
Zaviršek	43, 192, 239