

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Ajda Kličič

**Pomen socialnih opor in pozitivne samopodobe v
postopku zunajtelesne oploditve**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2025

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Ajda Kličič

**Pomen socialnih opor in pozitivne samopodobe v
postopku zunajtelesne oploditve**

Diplomsko delo

Mentorica: prof. dr. Vesna Leskošek

Ljubljana, 2025

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem prof. dr. Vesni Leskošek za vso oporo, usmerjanje in pomoč pri pisanju diplomskega dela.

Iskreno se zahvaljujem tudi vsem udeleženkam v raziskavi, brez vas mi ne bi uspelo.

Pomen socialnih opor in pozitivne samopodobe v postopku zunajtelesne oploditve

Povzetek diplomskega dela

Diplomsko delo se osredotoča na vlogo in pomen socialne opore in samopodobe pri ženskah, ki se soočajo z neplodnostjo in s postopki zunajtelesne oploditve. V ospredju raziskave je psihološko doživljanje celotnega postopka in kakšen je njegov vpliv na samopodobo žensk. Cilj diplomskega dela je raziskati vlogo socialne opore, pri čemer me zanima, čigavo in katere vrste pomoči potrebujejo. Lažje spopadanje z izzivi, povezanimi z neplodnostjo, predstavlja skrb zase kot pomemben vir samopomoči in ohranjanja pozitivne samopodobe. Del raziskave se osredotoča na vlogo socialnega dela pri obravnavi neplodnosti in kako socialni delavci s svojim znanjem in pristopi prispevajo k celostni podpori žensk v postopku zunajtelesne oploditve. V raziskavi sem uporabila neslučajnostni priročni vzorec osmih žensk z izkušnjo zunajtelesne oploditve. Zbiranje podatkov je potekalo z ustnim in s pisnim spraševanjem, zbrano gradivo pa sem obdelala na kvalitativen način z osnim in odprtim kodiranjem. Glavni izsledki raziskave so, da ženske v postopku zunajtelesne oploditve dobijo premalo socialne opore in bi si te želele več. Od medicinskega osebja si želijo več informacij, razumevanja, časa in prijaznih besed. Socialne delavke v obravnavo niso vključene. Kot glavne potrebe navedejo večjo informiranost o celotnem postopku, podporo partnerja in družine ter razumevanje okolice, ki pogosto prispeva k slabemu počutju z neprimernimi komentarji in nezaželenimi nasveti. Skrbi zase pripisujejo velik pomen in ima ključno vlogo pri spopadanju s stresom, povezanim z neplodnostjo.

Ključne besede: neplodnost, zunajtelesna oploditev, socialno delo, socialna opora, samopodoba

The importance of social support and positive self-image in the process of in vitro fertilization.

Graduation Thesis Abstract

This graduation thesis focuses on the role and importance of social support and self-esteem in women facing infertility and in vitro fertilization. The study examines the psychological experience of the entire process and the impact it has on women's self-image. The aim of this study is to research the role of social support, with particular interest in the types of help women need and from whom they seek this support. Self-care plays an important source in facing these challenges. Part of the study examines the role of social work in addressing infertility, focusing on how social workers, through their knowledge and approaches, contribute to the holistic support of women undergoing IVF. The research was conducted using a non-probability convenience sample of eight women with experience of IVF. The data collection was carried out through both oral and written interviews; the material was analysed qualitatively using open and axial coding. The main findings indicate that women receive insufficient social support and would welcome more of it. They expressed a need for more information, understanding, time and kind words by medical staff. Social workers are not included in the treatment process. The main needs they identified in the process of IVF are improved access to information, support by their partner and family, and the understanding from the broader social environment, which often contributes to distress through inappropriate comments and unsolicited advice. Self-care was highlighted as a crucial resource, playing a key role in managing the stress associated with infertility.

Keywords: infertility, in vitro fertilization, social work, social support, self-esteem

KAZALO VSEBINE

1. TEORETIČNI UVOD	1
1.1. Samopodoba	1
1.1.1. Opredelitev samopodobe	1
1.1.2. Temeljni vidiki samopodobe.....	2
1.1.3. Samospoštovanje	3
1.2. Biološka reprodukcija.....	4
1.2.1. Dojemanje lastnega telesa kot reproduktivno sredstvo.....	5
1.2.2. Reproductivno zdravje.....	7
1.3. Težave z biološko reprodukcijo in neplodnost.....	9
1.3.1. Neplodnost pri ženskah.....	10
1.3.2. Neplodnost pri moških.....	12
1.3.3. Soočanje para z neplodnostjo.....	13
1.3.4. Tehnike zanositve z medicinsko pomočjo	14
1.3.4.1. Zunanajtelesna oploditev ali postopek IVF.....	15
1.4. Doživljanje in spoprijemanje s celotnim procesom zunajtelesne oploditve.....	17
1.4.1. Vloga socialne podpore v postopkih zunajtelesne oploditve.....	18
1.5. Vloga socialnega dela pri obravnavi neplodnosti.....	19
2. FORMULACIJA PROBLEMA	23
2.1. Raziskovalna vprašanja	23
3. METODOLOGIJA.....	25
3.1. Vrsta raziskave	25
3.2. Merski instrument in viri podatkov	25
3.3. Opredelitev enot raziskovanja	26
3.4. Zbiranje podatkov.....	26
3.5. Obdelava in analiza podatkov	26
4. REZULTATI.....	29
4.1. Družbeno okolje	29
4.2. Dojemanje sebe	31
4.3. Reproductivno zdravje	32
4.4. Doživljanje neplodnosti.....	34
4.5. Izkušnja zunajtelesne oploditve.....	35
4.6. Načini skrbi zase	38
5. RAZPRAVA	40
5.1. Omejitve raziskave	44
6. SKLEPI.....	45
7. PREDLOGI.....	46
8. VIRI IN LITERATURA	48

9. PRILOGE	55
9.1. Merski instrumenti	55
9.1.1. Merski instrument 1	55
9.2. Merski instrument 2.....	57
9.3. Osnovno kodiranje	61
9.4. Odprto kodiranje.....	81

1. TEORETIČNI UVOD

1.1. Samopodoba

1.1.1. Opredelitev samopodobe

Kadar govorimo o dojemanju samega sebe oziroma svojega telesa, se nanašamo tudi na samopodobo. Da bi pojem bolje razumeli, ga je potrebno opredeliti. Samopodobo je James (1980, kot navedeno v Zeigler-Hill, 2013) opredelil kot občutek pozitivnega samospoštovanja. Ta se razvije, kadar posameznik uspešno dosega pomembne cilje, ki si jih je zastavil v življenju. Samopodoba predstavlja eno temeljnih področij osebnosti, ki se razvija skozi celotno življenje (Marčič in Kobal Grum, 2009). Samopodoba predstavlja organizirano vsoto karakteristik, potez, podob, verovanj, za katere je značilno, da:

1. si jih posameznik pripisuje samemu sebi,
2. tvorijo referenčni okvir, s katerimi posameznik uravnava in usmerja svoje ravnanje,
3. so v tesni povezavi z obstoječim vrednostnim sistemom posameznika,
4. so pod nenehnim vplivom delovanja obrambnih mehanizmov (Kobal, 2000, str. 25).

Poimenovanja samopodobe niso enotna. V Združenih državah Amerike ta pojem razumejo kot *self-concept*, v državah Evrope pa kot *self-image*. *Self-concept* se navezuje na zavestno in pojmovno razumevanje sebe, vključuje tudi logične in racionalne vidike. *Self-image* pa poudarja nezavedne, čustvene plati. S slovensko besedo »samopodoba« lahko različni opredelitvi zajamemo v eno, saj ima ta beseda dvojni pomen. »Samo« predstavlja »self«, medtem ko »podoba« predstavlja »concept« in »image« (Kobal, 2000).

Samopodobi lahko pripišemo prispodobo nekakšnega notranjega stebra, ki predstavlja temelj dojemanja samega sebe in sveta okrog nas. Naš »notranji steber« sestavljajo zavestna in nezavedna prepričanja o samem sebi, ki se gradijo naše celotno življenje (Einsiedler, 2015, str. 7). Gre za dialektični spoj zavestnega in nezavednega, znotraj katerega nezavedno nadzoruje obrambne mehanizme, ki *jazu* (ego) omogočajo nadzor *onega* (*id*), ki preprečuje vdor nezaželenih vsebin (Kobal, 2000). *Ego* ohranja ravnovesje med zahtevami okolja ter iz zavestnega področja izriva tiste nagonske težnje, ki so v prehudem nasprotju z zahtevami okolja. Tako se oblikuje *id*, ki ga sestavljajo nezavedni nagoni, ki so izrinjeni, potlačeni iz naše zavesti. Prav tako pa se razvije še *supergo* ali *nadjaz*, ki vsebuje najnujnejše zapovedi okolja (Musek, 1977, str. 87).

Predstave o samem sebi in njihovo vrednotenje se tesno povezujejo s posameznikovo identiteto, ki jo Kobal (2000) opredeli kot dinamičen proces razlikovanja in zaznavanja samega sebe kot ločenega od drugih. Na razvoj identitete vplivajo psihosocialni procesi samopresojanja, ki potekajo na dveh predvsem nezavednih ravneh. Prva raven zajema posameznikovo vrednotenje samega sebe v skladu s sodbami, ki jih doživlja in misli, da jih imajo drugi o njem. Druga raven pa zajema ocenjevanje ocen, ki naj bi jih imeli drugi o njem. Na obeh ravneh so prisotni trije primerjalni vidiki, ki jih uporabljajo drugi za presojanje posameznika in jih posameznik uporablja za presojanje drugih. Primerjalni vidiki so sestavljeni iz:

- primerjave sebe z drugim,
- primerjave sebe z drugimi člani skupine ter
- primerjave sebe z idealno samopredstavo (Erikson, 1980).

1.1.2. Temeljni vidiki samopodobe

Kot šest ključnih področij samopodobe Youngs (2000) našteje:

- telesno varnost,
- čustveno varnost,
- identiteto,
- pripadnost,
- kompetentnost,
- poslanstvo.

Občutek fizične varnosti izvzema bojazen, da bi nam nekdo povzročil bolečino. Kadar občutimo fizično varnost, se lahko učimo zaupanja, odprtosti. Drugi pomemben vidik predstavlja čustvena varnost, ko oseba ne čuti strahu, da bi jo nekdo poniževal (Youngs, 2000). Kadar izpolnimo pogoja fizične in čustvene varnosti, čas lahko posvetimo razvijanju identitete, ki zajema lastna videnja, pričakovanja ter videnja in pričakovanja drugih. Pomemben vidik predstavlja pripadnost, ki se nanaša na potrebo po prijateljstvu vrstnikov. Ta zajema naše videnje in vrednotenje tega, kako nas dojemajo drugi (Youngs, 2000). Naslednje področje samopodobe predstavlja kompetentnost, ki vsebuje občutek sposobnosti, ki vpliva na učinkovitost. Pozitivno stališče, verovanje, da nam nekaj lahko uspe, vodi v boljšo samopodobo in večje samozaupanje pri doseganju ciljev. Zadnji element samopodobe je poslanstvo, ki se tesno povezuje z občutkom smiselnosti v življenju. Zavedanje, da ima smisel in je nekam usmerjeno, nam daje moč in deluje kot gonilo v smeri zelenih ciljev (Youngs, 2000).

Tako kot Youngs tudi Humphreys (2002) našteje šest temeljnih področij samopodobe, ki jih poimenuje kot: telesni jaz (nanaša se na fizične lastnosti našega telesa); čustveni jaz (čustvena povezanost ipd.); intelektualni jaz (um, bistrost); vedenjski jaz (vrednotenje vedenja v družbi); socialni jaz (samovrednotenje); ustvarjalni jaz (različnost, prilagodljivost).

1.1.3. Samospoštovanje

Vrednostni vidik samopodobe se nanaša na področja, o katerih ima posameznik že oblikovane vrednostne sodbe (Lamovec, 1994). Samospoštovanje je vrednostni vidik samopodobe, ki ga delimo na pozitivno stališče ali visoko samospoštovanje in negativno stališče do samega sebe. Visoko samospoštovanje je opredeljeno kot posameznikovo pozitivno sprejemanje samega sebe takšnega, kot je, zadovoljstvo posameznika samega s sabo. Negativno stališče do samega sebe pa zajema neodobravanje svojih lastnosti, nesprejemanje samega sebe ipd. (Rosenberg, 1965, kot navedeno v Lamovec, 1994).

Za osebe z visokim samospoštovanjem se sklepa, da imajo pozitivna pričakovanja do sebe, so bolj prepričane v lastne sposobnosti in bolj suverene v izvajanju raznih nalog ter vlog (Marčič in Kobal Grum, 2009). Zanje velja, da so na splošno bolj zadovoljne z življenjem ter da doživljajo več pozitivnih emocij. Kljub temu da visoko samospoštovanje povezujemo z družbeno zaželenim vedenjem, obstajajo tudi negativne posledice visokega samospoštovanja, saj raziskave kažejo, da lahko povzročajo škodo drugim, saj so za posameznike z visokim samospoštovanjem značilna tudi agresivna nagnjenja (Kobal Grum in Avsec, 2007).

Samospoštovanje v mladostništvu Rosenberg (1965, kot navedeno v Lamovec, 1994) opredeli kot nihajoč proces, ki pa sčasoma postane bolj stabilen in do neke mere neodvisen od okolja. Dejavniki samospoštovanja se nanašajo na vrednostne sodbe o samem sebi, zato je pomembno, da upoštevamo le tiste dimenzije, ki so za osebo osrednjega pomena (Lamovec, 1994). Splošno samospoštovanje lahko delimo na akademsko in neakademsko. Ti dve kategoriji pa se potem delita še naprej. Akademsko samospoštovanje delimo na naslednja podpodročja: materni jezik, zgodovina, matematika, znanost itn. Neakademsko samospoštovanje pa delimo na socialno, emocionalno ter telesno. Pod socialno samospoštovanje uvrščamo vrstnike in pomembne druge. Slednje lahko poleg posameznih emocionalnih stanj prav tako uvrstimo k emocionalnemu samospoštovanju. Pod telesno samospoštovanje pa uvrščamo telesne dejavnosti ter zunanji videz (Lamovec, 1994).

1.2. Biološka reprodukcija

Kadar govorimo o lastnem dojetanju telesa, ne moremo mimo njegove temeljne biološke funkcije – reprodukcije. Poznavanje reprodukcije kot biološkega pojava nam omogoči boljše razumevanje prepleta telesnih, psiholoških in družbenih dejavnikov, ki vplivajo na žensko doživljanje telesa. Razumevanje reprodukcije v širšem kontekstu nam omogoča vpogled v to, kako medicinski posegi in družbene predstave o plodnosti oblikujejo telesno izkušnjo ženske v postopku zunajtelesne oploditve.

Razvoj človeka se začne z oploditvijo, do katere pride, če so izpolnjeni vsi pogoji, ki jih zahteva mehanizem oploditve. V najširšem pomenu morata biti izpolnjena pogoja ženskega jajčeca in moške semenčice (Tekavčič, 1982). »Razmnoževanje človeka (humana reprodukcija) je proces, pri katerem združitve ženske in moške gamete omogoča razvoj novega organizma. O spolnem razmnoževanju govorimo, ko se jedri dveh gamet združita in iz tega nastane nov organizem.« (Klun - Virant, Meden - Vrtovec in Tomaževič, 2002, str. 42). V ožji okvir potrebnih pogojev pa uvrščamo: ploditveno sposobnost obeh partnerjev; zrelo jajčece ženske; neoviran prehod skozi jajcevod; pripravljenost maternične sluznice za ugnezdenje oplojenega jajčeca; zadostno število normalno gibljivih, zrelih, moških semenčic (Tekavčič, 1982).

Ženska ima v telesu približno 150.000 nedozorelih jajčec, ki so spravljene v posebnih mehurčkih – foliklih. Ti od pubertete naprej rastejo in se razvijajo, pri spolno zreli ženski se razvije vsaj en folikel na mesec. Ta raste, se razvija in ob ovulaciji počne ter izloči dozorelo jajčece. Kadar pride do izliva semenske tekočine v nožnico, ki vsebuje povprečno 300 milijonov živih in dobro gibljivih semenčic, se pomika proti materničnemu ustju, ki v času ovulacije in pred njo producira sluzast izcedek. Slednji je lužnat (pH izcedka je večji od 7), kar semenčica privlači, da se zaženejo proti njemu in z njegovo pomočjo priplavajo v maternico. Ko premagajo oviri materničnega ustja in vratu, se poženejo v naslednjo oviro, ki jo predstavljata zožena prehoda dela maternice levo in desno, kjer se začneta oba jajceveda. Plovba proti toku predstavlja zahtevno nalogo, zato je ob izbrizgu semenske tekočine zares potrebno ogromno število semenčic. Mnoge na dolgi poti premagovanja ovir propadejo, le najmočnejše uspešno pridejo do oddaljenega konca jajceveda, kjer naletijo na zrelo jajčece, pripravljeno na oploditev. Le eni (ali v izjemah dvema ali trem) izmed mnogih obkrožujočih semenčic uspe prodreti v jajčece, kjer se slednje malce izboči (sprejemni griček). Površina jajčeca se na tem mestu spremeni tako, da nobena druga semenčica ne more prodreti vanj (Tekavčič, 1982).

1.2.1. Dojemanje lastnega telesa kot reproduktivno sredstvo

Tekavčič (1982) opredeli spolni nagon kot naravno silo, ki obstaja v vsakem človeku od njegovega rojstva, primerja jo s prasilo, ki ohranja razmnoževanje. V ženskem telesu naj bi se začel prebujati v zgodnji dobi adolescence. Kljub morebitnim mitom, da ženske spolnega nagona nimajo, danes vemo, da ga ženske imajo in je enak moškemu. Razlike obstajajo le v tem, kdaj se spolni nagon prebudi in kako se manifestira (Tekavčič, 1982).

Na dojemanje lastnega telesa kot reproduktivnega sredstva vpliva več dejavnikov, Tekavčič (1982, str. 31) navaja: *»Ne smemo pozabiti, da je patriarhalni duh, katerega ostanke čutimo še danes, vzgajal žensko le za dom in materinstvo. Spolnost je bila dopustna le moškemu, ženska pa je bila le bitje, ki na svet prinaša potomce.«* Od tod lahko sklepamo, da se je v kontekstu reprodukcije žensko telo dojemalo kot sredstvo za doseganje širšega družbenega cilja – materinstva. Prav tako so sporočila, ki jih ženske prejemajo glede spolnosti in materinstva zelo ambivalentna – na eni strani je spolnost zelo stigmatizirana, prejemajo opozorilna sporočila, da ne bi prezgodaj zanosile, po drugi strani pa družba pričakuje, da ženska ne bo doživljala psihičnih ali fizičnih ovir, ko naj bi otroka imela (Klun, 2009, str. 43).

Materinstvo dojamemo kot družbeni konstrukt, saj danes vemo, da je to nekaj priučenega, saj so tako ženske kot moški enako sposobni biti dobri starši. Ženska spolna vloga se utemeljuje z biološkimi dejavniki, saj so skozi zgodovino materinstvo predstavljali kot žensko »naravno« vlogo (nosečnost, rojevanje itd.). Danes pa se zavedamo, da na to, kako ženska dojema lastno spolno vlogo in svoje telo, vpliva več dejavnikov. Eden izmed pomembnejših dejavnikov predstavlja socializacija, ki že od zgodnjega otroštva ženske izpostavlja družbenim normam, pričakovanjem in predstavam o materinstvu kot eni izmed temeljnih vlog ženskosti. To se kaže kot:

- manipulacija, ki se lahko manifestira na različne načine, npr. da mati več časa posveča oblačenju hčerke v »ženskam primerna« oblačila,
- usmerjanje deklice v igro z dojenčki, s punčkami, igre, ki vsebujejo gospodinjska opravila,
- verbalno apeliranje,
- različne aktivnosti, ki so nudene deklicam in dečkom (npr. vzpodbujanje deklic, da se ukvarjajo z gospodinjskimi deli) (Oakley, 2000).

Hkrati na izoblikovanje mnenja o lastnem telesu kot reproduktivnem sredstvu vplivajo tudi razni miti o materinstvu, ki slednjega prikazujejo kot naravno, univerzalno in izpolnjujočo vlogo vsake ženske. Slednji je zelo vpet v zavest ženske, kar spoprijemanje z neplodnostjo

naredi veliko bolj boleče (Klun, 2009). Takšni miti strukturirajo pričakovanja o tem, kako naj bi žensko telo delovalo in določajo vrednost ženske skozi njeno sposobnost rojevanja.

Trije miti o materinstvu, ki jih navede Oakley (2000), so:

1. »Ženske potrebujejo svojega otroka.«
2. »Ženska mora biti mati.«
3. »Otrok potrebuje svojo mater.«

Kljub temu da te mite lahko razblinimo s preprosto razlago, so globoko zakoreninjeni v prepričanju družbe in imajo silovit vpliv na to, kako ženska dojame sama sebe in lastno telo.

Prvi mit se nanaša na navidezni biološki gon, ki žensko usmerja v materinstvo in povečuje prepričanje, da bi vsaka ženska ta gon morala imeti. Toda kot sem že navedla, je materinstvo nekaj priučenega, saj se ga lahko nauči vsaka ženska, četudi nima svojega biološkega otroka. Sklepamo torej, da ni biološka podlaga tista, ki je temelj »dobremu« materinstvu, temveč čustvena vez, ki jo ženska vzpostavi z otrokom (Oakley, 2000).

Drugi mit predpostavlja, da ženska zares postane ženska, kadar postane tudi mama. Razne teorije namigujejo na to, da ženska, ki nima otrok, ne more biti ženstvena, saj z zavračanjem materinstva zavrača svojo naravo. A danes vemo, da je ženstvenost prav tako kot materinstvo družbeni konstrukt ter da vsaka ženska na svoj način definira, kaj pomeni biti ženstvena.

Tretji mit pa sam po sebi vsebuje tri predpostavke, ki so: otrok potrebuje svojo biološko mater; otrok za preživetje in v kontekstu skrbi potrebuje mater bolj kot kogarkoli drugega; za otroka je potrebno skrbeti v odnosu zgolj dveh oseb. Ta mit natančno opredeli vlogo matere, hkrati pa izpostavlja, da otroci, ki so prikrajšani za mater, utrpijo čustvene in psihične bolečine (Oakley, 2000). Ta mit tako izključi vse druge oblike družine, v katerih imajo npr. posvojene otroke ali pa družine z istospolnimi partnerji, in sklepa, da je le mama tista, ki lahko otroku zagotavlja primerno okolje za odraščanje.

Ni pa samo socializacija tista, ki vpliva na dožemanje materinstva in lastnega telesa, temveč razna prepričanja, ki jih na ženske posredujejo država, razne nevladne formalne in neformalne skupine (npr. verske skupine) (Yuval-Davis, 2009). Država z raznimi političnimi ukrepanji spodbuja ženske v materinstvo, kot na primer v Izraelu, kjer so judinje spodbudili, da imajo čim več otrok z raznimi ugodnostmi, ukrepi (otroški dodatki itn.). Yuval-Davis (2009) ta fenomen poimenuje »ljudje kot moč«, znotraj katerega država prihodnost nacije vidi v nenehni rasti in

posledično spodbuja ženske reprodukativne sposobnosti. Pritisk na ženske, da imajo čim več otrok, lahko dojamemo tudi kot nacionalno strategijo za reševanje nacionalnih katastrof.

1.2.2. Reprodukativno zdravje

Kadar govorimo o reprodukativnem zdravju, se ne nanašamo samo na človekovo biološko zmožnost reprodukcije. Borko in Žebeljan (2006, str. 214) ga opredelita kot: »Reprodukativno zdravje zagotavljajo pravica do zadovoljnega in varnega spolnega življenja, pravica do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, pravica do enake dostopnosti do znanja o načrtovanju družine in varovanju reprodukativnega zdravja ne glede na spol, pravica do varnih in učinkovitih metod za načrtovanje družine, pravica do zdravstvenih storitev, ki zagotavljajo ženskam varno nosečnost in porod ter učinkovito preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, ki povzročajo prezgodnjo obolevnost in umrljivost.«

V Sloveniji je reprodukativno zdravje opredeljeno v več zakonih, ki omogočajo uporabo kontracepcije, sterilizacije, umetne prekinitve nosečnosti in ugotavljanje in zdravljenje neplodnosti (Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, 1977).

Reprodukativno zdravje zajema pravico posameznika do odločanja o svoji spolnosti, načrtovanju družine ter varnega dostopa do ustrezne zdravstvene oskrbe. Vendar pa reprodukativno zdravje ne predstavlja samo posameznikove pravice do samoodločanja in medicinske kategorije, temveč je tudi rezultat številnih zunanjih dejavnikov. Človek je del okolja, ki ga obdaja in vpliva nanj, zato čedalje več govorimo o škodljivem vplivu okolja na reprodukativno zdravje. Okolje lahko negativno vpliva na človekove reprodukativne organe in njihovo delovanje. Ti negativni vplivi se lahko kažejo kot naslednje bolezni: težave pri oploditvi in zanositvi, prirojene nepravilnosti spolnih organov, slabša kakovost semena, raka mod pri moških in rak na dojkah pri ženskah (Klun - Virant, Meden - Vrtovec in Tomaževič, 2002).

Negro-Vilar (1993, str. 60) okolje opredeli kot zunanje dejavnike, ki na reprodukativna tkiva vplivajo prek različnih receptorjev. Sem uvršča fizične, kemične, biološke, vedenjske in socioekonomske dejavnike. Okoljski signali se pretvorijo v kemijske signale in vplivajo na učinkovanje nevroendokrinega sistema, ki nadzoruje reprodukativne funkcije in spolno vedenje.

Na nepravilen razvoj in poseg v hormonski sistem lahko vplivajo mnoge kemične snovi, ki jih najdemo v okolju, za katere imamo premalo podatkov o toksičnosti. Takim snovem lahko

rečemo kseno-estrogeni ali endokrinomoteče snovi (v nadaljevanju EDS). Snovi EDS na hormonski razvoj vplivajo različno, razne raziskave kažejo, da lahko predstavljajo resen in razširjen vpliv na reproduktivno zdravje (Klun - Virant, Meden - Vrtovec in Tomaževič, 2002).

Številne študije so pokazale visoko povezanost med izpostavljenostjo pesticidom in negativnim vplivom na reproduktivno zdravje. Te se pri ženskah kažejo predvsem kot povečano tveganje za razvoj sindroma policističnih jajčnikov, disfunkcija jajčnikov (posledično motnje ovulacije), dolgih menstrualnih ciklov, izostalih menstruacij, zapoznele menopavze (Wang, Ma in Liu, 2025). Izpostavljenost snovem EDS je največja v fetalnem obdobju življenja, v kolikor pa se nadaljuje po rojstvu, lahko predstavlja večjo grožnjo za trajne razvojne nepravilnosti in neplodnost. Fetalno obdobje Wu (2024) opredeli kot občutljiv čas, v katerem je genom še bolj občutljiv na okoljske vplive, toksine in psihološki stres, ki lahko negativno vplivajo na reproduktivne težave v poznejšem življenju. Snovi EDS v okolju najdemo kot naravni ali antropogeni izvor – vključujejo naravne fitoestrogene (pojavljajo se v rastlinah, tudi zelenjavi), sintetične steroidne hormone (npr. kontracepcijske tabletko), pesticide in sestavine plastičnih mas (Klun - Virant, Meden - Vrtovec in Tomaževič, 2002).

Pogosto se izpostavljenost snovem EDS v fetalnem obdobju povezuje z nepravilnostmi genitalnega trakta in določenimi vrstami raka (Klun - Virant, Meden - Vrtovec in Tomaževič, 2002). Izpostavljenost snovem EDS še posebej slabo vpliva na dečke, ki lahko kot posledico doživijo nepravilno oblikovanje penisa, poslabšano kakovost semena in raka mod. Na razvojne anomalije opozarja tudi Wu (2024), ki s tem pojavom povezuje okoljske dejavnike. Poslabšano kakovost semena opazimo tudi v Sloveniji; zanj še ne vedo točnega razloga, a sklepajo, da je posledica onesnaženosti okolja (pesticidi ipd.) ter nezdravega načina življenja (kajenje, stres, alkohol) (Klun - Virant, Meden - Vrtovec in Tomaževič, 2002). Negativni vplivi okolja na kakovost semena se lahko kažejo neposredno kot poslabšana kakovost semena ali pa posredno kot podaljšanje časa za zanositev partnerice, zastoj razvoja zarodka in večja možnost obolevnosti potomcev za rakavimi boleznimi (Klun - Virant, Meden - Vrtovec in Tomaževič, 2002). Hkrati snovi EDS negativno vplivajo na razvoj rakavih bolezni pri ženskah. Izpostavljenost kseno-estrogenom lahko negativno vpliva na pravilen razvoj prsi in na kasnejša obolenja. Reprodukativno zdravje pa lahko ogrozijo tudi različni dejavniki in snovi, ki posredno vplivajo na sisteme in tkiva, ključna za njegovo uravnavanje (Negro-Vilar (1993)).

Na plodnost prav tako vpliva hrana, ki jo zaužijemo in je danes prepojena z raznimi hormoni za večjo težo in razvoj živali. Klun - Virant, Meden - Vrtovec in Tomaževič (2002, str. 94)

navajajo, da naj bi se hormonski pripravki v živalskem mesu kopičili v človeškem organizmu in tako rušili hormonski sistem. Poleg substanc, ki jim je izpostavljeno človeško telo, imajo negativen vpliv na plodnost tudi drugi škodljivi dejavniki okolja. Mednje uvrščamo sevanje, kajenje matere, kajenje očeta idr. (Klun - Virant, Meden - Vrtovec in Tomaževič, 2002). Deyhoul, Mohamaddoost in Hosseini (2017, str. 25) kot pomembne faktorje, ki vplivajo na neplodnost, naštejejo uživanje alkohola in kajenje, uporabo mobilnih telefonov, debelost, motnje in bolezni reproduktivnega sistema, starost, spolno nasilje, stres in kronične bolezni.

1.3. Težave z biološko reprodukcijo in neplodnost

Kot že navedeno, obstajajo številni dejavniki, ki negativno vplivajo na človekovo zmožnost reprodukcije. A kdaj govorimo o neplodnosti in težavah z reprodukcijo? Vlaisavljević (2006, str. 307) neplodnost opredeli kot nezmožnost zanositve po enem letu rednih spolnih odnosov brez uporabe kontracepcije.

Izrazi, kot so sterilnost, infertilnost in subfertilnost, se pogosto uporabljajo v povezavi z neplodnostjo, vendar njihov pomen ni povsem enak (Ograjenšek, 1989). Subfertilnost in neplodnost sta izmenljiva izraza, za katera velja, da ima par kakršnokoli obliko zmanjšane plodnosti. Infertilnost se nanaša na določeno časovno obdobje, ko je par neploden, sterilnost pa predstavlja trajno neplodnost (Vander Borgh in Wyns, 2018).

Možnost zanositve posameznega para je odvisna od številnih okoliščin, ki določajo oploditveno sposobnost vsakega posameznika. Vsak posameznik v odnos prinaša določene značilnosti, ki vplivajo na možnost zanositve v posameznem menstrualnem ciklusu (fekundabilnost). Na podlagi tega lahko posameznika opredelimo kot plodnega, manj plodnega ali neplodnega (Vlaisavljević 2006, str. 307).

V okviru opredeljevanja neplodnosti upoštevamo več vidikov, eden izmed njih je starostno obdobje, v katerem sta partnerja lahko plodna, slednje večinoma nastopi po puberteti. Pri ženskah pa poznamo tudi obdobja, ko je manj plodna (premenopavza) in ko je neplodna (menopavza) (Vlaisavljević, 2006). Vzrok za neplodnost lahko tiči v enem izmed partnerjev ali pa v obeh. Neplodnost delimo na prvotno (primarno) in drugotno (sekundarna). Prvotna neplodnost pomeni, da ženska nikoli ni zanosila, moški partner pa še ni oplodil nobene partnerke. O drugotni neplodnosti pa govorimo, kadar ženska ne more ponovno zanositi, moški pa je partnerko že oplodil (Vlaisavljević, 2006).

Pri ženski kot razloge za neplodnost Vlaisavljević (2006, str. 312) navede:

- genitalni izvor neplodnosti (v nožnici, maternici, materničnemu vratu, jajcevodu, jajčnikih),
- ekstragenitalni izvor (bolezni endokrinih žlez in druge bolezni) ter
- psihogeni izvori neplodnosti.

Pri moškem so razlogi za neplodnost enaki, vendar se nanašajo na moške spolne ude in moške spolne hormone.

Na dojemanje neplodnosti v širšem družbenem kontekstu vplivajo tudi škodljivi miti, ki dodatno obremenijo osebo ali par, ki se sooča s tovrstnimi težavami. Pogosto velja prepričanje, da moški nimajo težav z neplodnostjo in da je to problem žensk. Seveda temu ni tako, saj vemo, da je pri 30 % vseh primerov neplodnosti vzrok neplodnosti pri ženskah. Enak odstotek velja tudi za moške (Stvarnik, 2019). Vlaisavljević (2006, str. 318) navaja: *»Prizadeti par vedno obravnavamo kot celoto, saj je neplodnost seštevek fertilnosti moža in žene.«*

Naslednje škodljivo prepričanje se nanaša na prepričanje, da večini žensk ni težko zanositi. Več dejavnikov je tistih, ki vplivajo na to, ali bo ženska lahko zanosila, in zagotovo ni res, da lahko zanosi vsaka ženska. Točnih podatkov o tem, koliko je neplodnih parov v Sloveniji, ni. Toda stroka ocenjuje, da je obseg primerljiv z evropskimi državami, kar pomeni, da ima težave s plodnostjo vsak sedmi par (Stvarnik, 2019).

Pogosto velja tudi verovanje, da pari, ki so neplodni, ne bodo doživeli zadovoljstva in izpolnjenosti v življenju. Čeprav je soočanje z neplodnostjo zelo čustveno prežet čas, ju ta edinstvena izkušnja lahko poveže na poseben način. Kljub temu da gre za eno največjih življenjskih preizkušenj, se večina parov postopoma prebije skozi to obdobje in razvije nov pogled na življenje. Pogosto spoznajo nov smisel in uvidijo, da je življenje vredno ne glede na to, ali vključuje starševstvo ali ne (Stvarnik, 2019).

1.3.1. Neplodnost pri ženskah

Vzrokov za neplodnost pri ženskah je več, kot prvega Vlaisavljević (2006) navaja neplodnost zaradi nepravilne funkcije jajčnikov in jajcevodov, kar v ožjem pomenu pomeni:

- Motnje ovulacije, ki se nanašajo na endokrine motnje, fizične motnje (premajhna ali prevelika telesna teža), motnje jajčnikov ter endometrioza.
- Motnje v transportu jajčeca in sperme, kar je lahko posledica brazgotinskega tkiva po morebitnih abdominalnih operacijah (spremembe gibanja jajčnikov, jajcevodov in

maternice) ter poškodb na materničnem vratu. Lahko pa se navezuje na slabo kvaliteto jajčeca ali semena.

- Motnje v implantaciji; lahko se pojavijo ob prirojenih anomalijah maternice ter miomih (Anwar in Anwar, 2016, str. 2).

V drugo kategorijo vzrokov neplodnosti pri ženskah se uvrščajo zapleti pri potovanju spolnih celic (gamet). Med te vzroke uvrščamo:

- Nepravilnost nožnice, ki neplodnost povzročajo le, če onemogočajo in ovirajo spolni odnos.
- Okvarjena funkcija cervikalnega kanala, ki je precej redka, a je izredno pomembna funkcija cervikalne sluzi, ki lahko onemogoča ustrezno delovanje semenčice.
- Bolezenske spremembe na maternici, ki ovirajo vgnezditev semenčice v maternico (Vlaisavljević, 2006).

Vlaisavljević (2006) navede še vzroke za neplodnost, ki so v spolnih celicah in pomenijo, da kljub temu da se jajčna celica in semenčica srečajo, ne pride do njihove združitve. Kot zadnji vzrok neplodnosti pri ženskah pa navede še psihogene vzroke, ki se nanašajo na čustvene odzive ob neuspešnem prizadevanju za spočetje otroka.

Friščić in Kušević (2013) navajata, da psihogeni vzroki na žensko plodnost vplivajo na treh ravneh – na površinski, globlji in najgloblji ravni. V površinsko raven uvrščamo razne motnje ovulacije, ki spremljajo čustvene obremenitve, kot so stres, žalovanje ali motnje hranjenja. Globlja raven se prepleta z nezavednimi dejavniki, kot so: občutki krivde (povezani s prejšnjimi dogodki, npr. spontani splav ali miselnost, da je nosečnost ovira pri uspehu v karieri), družinska zgodovina (npr. smrt ženske ob porodu) in zgodbe o težkih porodih (Friščić in Kušević, 2013, str. 100). Najgloblja raven pa se navezuje na psihološki razvoj posameznika.

Pri govoru o neplodnosti se ne smemo ozirati samo na biološke vzroke, temveč tudi na širši družbeni kontekst, v katerem se interpretira neplodnost. Spol namreč pomembno vpliva na to, kako se posameznik sooča s to izkušnjo. Zgodnje raziskave o povezavi med stresom, depresijo in neplodnostjo niso odkrile posebnih razlik med plodnimi in neplodnimi ženskami. Vendar so kasnejše, bolj poglobljene raziskave pokazale, da je med 122 intervjuvanimi ženskami kar 40 % kazalo znake tesnobe, depresije in stresa, še preden so obiskale kliniko za oploditev. Dodatno zapletenost pri preučevanju teh povezav pa predstavlja tudi hormonska terapija, ki jo ženske prejmejo za zdravljenje neplodnosti. Slednja namreč povzroči nezaželene stranske učinke (tesnoba, neprijetni občutki, psihične obremenitve); tako raziskovalci niso prepričani, ali

ženske, podvržene postopkom oploditve, doživljajo psihične stiske kot posledico neplodnosti ali pa so te težave del stranskih učinkov zdravljenja (Rooney in Domar, 2018).

Malina in Pooley (2017) opisujeta, da je doživljanje neplodnosti drugačno za moškega in žensko. Ženska družbena vloga je namreč pogosto pomembno vezana na materinstvo. Pogostejše so večje čustvene reakcije, hkrati pa so ženske bolj podvržene stresom, ki se navezujejo na neplodnost. Oba partnerja lahko spremlja občutek krivde, ker ne moreta zadovoljiti potrebe drugega partnerja.

»Medtem ko je zdravljenje zelo stresno za oba partnerja, obstaja velika kvalitativna razlika v intenziteti in stopnji stresa, ki ga vsak od partnerjev ob tem doživlja. Če nekoliko generaliziramo, lahko rečemo, da se pri ženskah pogosteje pojavijo občutki anksioznosti vezani na njihov menstrualni cikel in na plodne dneve v mesecu. Prav vsak mesec izkusijo budno pričakovanje mesečnega perila. Ob nastopu menstruacije izkusijo žalost, globoko razočaranje in še večjo nesigurnost vezano na zmožnost zanositve.« (Stvarnik, 2018b).

1.3.2. Neplodnost pri moških

Kadar govorimo o neplodnosti pri moških, se nanašamo na neplodnost, povezano s funkcijo semenčic, in psihogene vzroke neplodnosti (Vlaisavljević, 2006). Prav tako Starc (2008) vzroke moške neplodnosti deli na vzroke v modih in vzroke na ravni možganov. Pod neplodnost, ki je povezana s funkcijo semenčic, uvrščamo:

- odsotnost obeh mod (testisov) ali odsotnost semenčic v modih,
- okvaro zorenja in sproščanje semenčic v izvodila in
- motnje v ejakulaciji (Vlaisavljević, 2006).

Sharma (2017) navaja, da lahko vzroke za moško neplodnost razdelimo na genetske in negenetske. O slednjih lahko govorimo, kadar je moški neploden zaradi izpostavljenosti boleznim, ki posredno ali neposredno vplivajo na plodnost. Genetski vzroki neplodnosti se nanašajo na anomalije kromosomov, mikrolecije na kromosomu Y (izguba dela kromosoma), mutacije genov in polimorfizem genov (prisotnost več različnih oblik istega gena) (Ferlin, Arredi in Foresta, 2006). Razne raziskave kažejo, da tako kot ženske tudi moški trpijo ob izkušnji neplodnosti. Ta bolečina se pri moških večinoma izraža kot nižja samopodoba, povečana tesnoba (predvsem vezana na spolno vlogo), sram, razvrednotenje, stigma itn. (Stvarnik, 2018a).

1.3.3. Soočanje para z neplodnostjo

Ob prvem srečanju z diagnozo sta pogosta občutka nejevernosti in zanikanja. Par ne more verjeti, da se je to zgodilo njima. Kadar so jim predstavljene alternativne možnosti zdravljenja, pa na izbiro teh poti vplivajo starost, stopnja izobrazbe ter dohodek (Malina in Pooley, 2017). Pogosto se pojavi tudi šok, saj ljudje odraščajo s prepričanjem, da je biološka reprodukcija odločitev posameznika, zato neplodnost par doživi kot nepričakovano krizo (Hobbrook, 1990). Na to, ali se bo par odločil za zunajtelesno oploditev, vpliva tudi družbeni pogled na starševstvo in kako družba dojema zakone brez otrok – to vpliva na večanje občutka izgube, sramu, čustveno krizo (Malina in Pooley, 2017). V družbi pogosto prevladuje prepričanje, da je za izpolnitev partnerstva nujno starševstvo, zato pari brez otrok lahko čutijo, da je njihov odnos ogrožen (Pasch in Sullivan, 2017). Kadar par pride do odkritja, da do zanositve ne bo prišlo po ortodoksni poti, se odloči, da poišče medicinsko pomoč. V postopku poskušanja zanositve z medicinsko pomočjo gre večina parov čez 6 faz soočanja z oploditvijo z biomedicinsko pomočjo (v nadaljevanju OBMP), ki so med seboj zabrisane in za katere ni nujno, da jih doživi vsak par (Pogačnik, 2019).

Za prvo in drugo fazo je značilno zavedanje, da je zanositev problem. V teh začetnih fazah je partnerski odnos sproščen, partnerja uživata v odnosu in sta polna upanja. Ko vidita, da njuna poizkušanja spočetja ne delujejo, se začneta zavedati, da imata težave na tem področju. Z vsakim mesecem, ko ženska ne zanosi, je skrb naraščajoča. Pari za odločitev iskanja pomoči potrebujejo različno dolgo časa, nekateri to storijo že po enem mesecu, nekateri po enem letu, nekateri pa pomoči sploh ne poiščejo ali pa to storijo pred ženskim 43. rojstnim dnevom, ki predstavlja starostno omejitev za OBMP. Kadar se odločijo za medicinsko pomoč, se spoznajo z zdravnikom in pričnejo odkrivati, zakaj ne pride do zanositve. Odkritje lahko predstavlja šok ali pa olajšanje. Za ti fazi je značilno, da par doživlja težave s spolnostjo in spolni odnosi niso več, kar so bili (Pogačnik, 2019). Spolni odnosi tako postanejo obveznost, nekaj mehanskega, nespontanega, pogost je tudi občutek pomanjkanja sle (McDaniel, Hepworth in Doherty, 1992, kot navedeno v Ridenour, Yorgason in Peterson, 2008). Naslednja faza obsega medicinsko zdravljenje para, kjer se vse vrti okoli problema neplodnosti in želje po otroku. Vse druge aktivnosti niso tako pomembne, ves čas pa se izmenjujeta občutek upanja in razočaranja. Par čuti upanje v vsakem novem postopku, kadar pa je ta neuspešen, sledi občutek razočaranja.

Ti postopki so fizično in psihično zelo naporni in lahko veliko terjajo od para (Pogačnik, 2019). Zdravljenje neplodnosti pogosto predstavlja velik poseg v najbolj intimne vidike partnerstva,

zato je doživljanje neplodnosti in zdravljenja odvisno od posameznega para. Zaradi stresa, nezadovoljstva in napetosti v odnosu lahko par doživlja oddaljevanje in prelom odnosa, nekateri pari pa lahko postanejo bolj povezani (Pasch in Sullivan, 2017). Več avtorjev uspešnost partnerjev pri soočanju s stresom, ki ga prinaša neplodnost, pripisuje kakovosti njihove komunikacije. Brez odprte in iskrene komunikacije lahko razvijejo negativne strategije spopadanja, ki še dodatno obremenijo njihov odnos (Higgins, 1990, kot navedeno v Ridenour, Yorgason in Peterson, 2008). Kot pomembne vidike uspešne komunikacije Ridenour, Yorgason in Peterson (2008) navedejo: odprto čustveno deljenje (partnerja sta si v oporo in se zaneseta drug na drugega), samoevalvacija zakona (partnerja redno preverjata stanje zakona z drugim partnerjem) ter skupno sprejemanje odločitev.

Barbič (2008, str. 102) navaja: »Neplodnost je za par velika stresna izkušnja in preizkušnja ter vir ponavljajočega in kroničnega stresa. Najprej vsak mesec, ko se veliko pričakovanj sprevrže v veliko razočaranje. Nato sledijo stresne preiskave, izidi, zdravljenja, upanja, razočaranja, obdobja obupa in veliki čustveni in finančni napor ter odrekanja.«

Četrta faza predstavlja izbiro alternativnih možnih zdravljenj, kot je na primer umetna oploditev. Ta faza je za par polna upanja (Pogačnik, 2019). Predzadnja faza je faza rešitve, ko se par, ki tudi s pomočjo medicine ni pridobil otroka, sooči z neplodnostjo in žaluje za otrokom, ki ga nikoli ni bilo. V tej fazi par zaključi z zdravljenjem in se pogosto odloči za posvojitev, rejništvo ali življenje brez otrok. Značilno je tudi, da si par v tej fazi postavi nove cilje (Pogačnik, 2019). Šesta in tudi zadnja faza je prepojena z zapuščino neplodnosti, ki se kaže kot dolgoročne posledice neplodnosti – žalost, težave v odnosu, spolnosti, komunikaciji itn. (Pogačnik, 2019).

1.3.4. Tehnike zanositve z medicinsko pomočjo

Poznamo več tehnik zanositve z medicinsko pomočjo. Vlaisavljević (2006) našteje sprožitev ovulacije ter metode oploditve z biomedicinsko pomočjo. Za vsako motnjo ovulacije se najde primerna oblika zdravljenja. Ko je učinkovito sprožena, postopek nadaljujejo, saj se verjetnost zanositve večja. Sprožitev ovulacije povzročajo z različnimi zdravili:

- klomifen citrat,
- gonadotropini,
- humani hormonski gonadotropin (Vlaisavljević, 2006).

Med metode oploditve z biomedicinsko pomočjo uvrščamo:

- osemenitev ali inseminacijo,
- asistirano reproduktivno tehnologijo (ART),
- in vitro fertilizacijo (IVF),
- vnos semenčice v citoplazmo jajčne celice,
- druge manj pogostne tehnike ART,
- druge postopke, povezane z reproduktivno tehnologijo (zamrzovanje semenčic, zamrzovanje zarodkov, nadomestno materinstvo) (Vlaisavljević, 2006).

1.3.4.1. Zunajtelesna oploditev ali postopek IVF

Zunajtelesna oploditev velja za eno izmed najstarejših oblik asistirane reproduktivne tehnologije (Vlaisavljević, 2006). Lahko jo poimenujemo tudi in vitro fertilizacija (IVF), značilno pa je, da znotraj tega postopka ustvarijo najboljše pogoje za združitev gamet (Klun - Virant, Meden - Vrtovec in Tomaževič, 2002). Vidic (2002, str. 428) zunajtelesno oploditev opredeli kot: »*Oploditev človekove jajčne celice v hranilni raztopini zunaj telesa (in vitro).*«

Dejavniki, ki vplivajo na uspešnost postopka, so starost partnerja, kakovost ovulacije in spermiogeneze, splošno telesno in duševno zdravstveno stanje partnerjev in ginekološki status pri ženski (Meden - Vrtovec in Hren - Vencelj, 1989, str. 343).

Postopek zunajtelesne oploditve poteka v naslednjih fazah:

1. Spodbujanje jajčnikov s hormoni

Postopek se prične s spodbujanjem rasti jajčnih celic v jajčniku, znotraj te faze ženska prejema vsakodnevne hormonske injekcije (hormon hipofize – gonadotropini). S slednjimi dosežejo rast več foliklov hkrati in zrelost več jajčnih celic (v okviru spontanega ciklusa pa zraste samo ena) (Univerzitetni klinični center Ljubljana, b. d.).

2. Ultrazvočna kontrola rasti foliklov in 3. zorenje jajčnih celic – stop injekcija

Ženska v tej fazi hodi na redne vaginalne ultrazvočne preglede, s katerimi ugotavljajo število in rast foliklov, v katerih rastejo jajčne celice. Ko rastoči folikli dosežejo optimalno velikost, prejme ženska »stop injekcijo«, ki povzroči dokončno dozorevanje jajčnih celic (Univerzitetni klinični center Ljubljana, b. d.).

3. Ultrazvočno vodena punkcija jajčnikov in oddaja semena

Dva dni po prejemu »stop injekcije« se opravi aspiracija foliklov, s katero se pridobijo jajčne celice. Na ta dan partner odda seme. Aspiracija foliklov poteka tako, da ženska pol ure pred posegom pridobi protibolečinska zdravila in zdravila za pomiritev. Postopek velja za nekoliko bolečega, zato je dobro, če se ženska nanj pripravi psihično. Sprva zdravnik umije zunanje spolovilo in v nožnico injicira lokalni anestetik, nato si z ultrazvočno sondo ogleda maternico. Pod nadzorom ultrazvoka aspirira, izprazni čim več foliklov, ki jih premakne v epruvete. Slednje se sproti odnašajo v laboratorij, kjer embriologi natančno preverijo tekočino in izolirajo jajčne celice. Po posegu mora ženska vsaj pol ure počakati v opazovalnici, kasneje pa pridobi še pisno obvestilo o nadaljnjem zdravljenju in številu aspiriranih jajčnih celic (Univerzitetni klinični center Ljubljana, b. d.).

4. Priprava jajčnih celic in semena v laboratoriju, oploditev in gojenje zarodkov

Izolirane jajčne celice sperejo z gojiščem in jih shranijo v inkubatorju, v katerem veljajo podobni pogoji kot v telesu. Sočasno partner odda seme, ki ga pregledajo in pripravijo za oploditev. Seme glede na kakovost različno pripravijo, preprostejšemu načinu priprave rečemo »swim up«, kjer v vzorec semena dodajo gojišče in po približno tridesetih minutah najboljše semenčice priplavajo na vrh. V primeru semena slabše kakovosti seme pripravijo s centrifugiranjem. Pripravljene semenčice nato kultivirajo z jajčno celico (klasična metoda zunajtelesne oploditve – IVF) ali pa jih uporabijo za oploditev z metodo neposrednega vnosa semenčice v jajčno celico (Univerzitetni klinični center Ljubljana, b. d.).

5. Prenos zarodka v maternico

V kolikor se celice pravilno oplodijo in razvijajo, v maternico prenesejo po največ dva zarodka hkrati. Prenos zarodka se lahko opravi drugi, tretji ali peti dan po punkciji jajčnika. Če v postopku pridobijo več kot dva zarodka, lahko druge zamrznejo in jih v maternico prenesejo kasneje v spontanem ali blago spodbujenem ciklusu. Pred posegom je par seznanjen s kvaliteto zarodkov in z morebitnimi možnostmi zamrzovanja. Postopek izgleda tako, da ženski preko tankega katetra, vstavljenega v maternico, prenesejo en ali dva zarodka (Univerzitetni klinični center Ljubljana, b. d.).

6. Podpora lutealne faze

Po punkciji več jajčnih celic je delovanje rumenega telesa, ki je potreben za pripravo sluznice maternice za vgnezditev zarodka, pogosto nezadostno. Delovanje zato podpirajo z

vaginaletami, ki jih ženska prejema od dneva punkcije in dodatnih 14 dni ali do menstruacije (Univerzitetni klinični center Ljubljana, b. d.).

1.4. Doživljanje in spoprijemanje s celotnim procesom zunajtelesne oploditve

Soočanje z zunajtelesno oploditvijo na žensko vpliva vsaj v treh dimenzijah – telesni, identitetni in čustveni. Na dojetje lastnega telesa vpliva predvsem to, da tudi ko vzrok neplodnosti ne izhaja iz ženske, ona ostaja predmet zdravljenja in vseh medicinskih posegov, ki predstavljajo velik poseg v njeno zasebnost (Haelyon, 2010). Prav tako postopki zunajtelesne oploditve pri ženskah povzročajo zmedo v identiteti, saj podkrepijo njeno željo po materinstvu, a hkrati ves čas izpostavljajo njeno nezmožnost postati mama. To protislovje lahko vodi v stres, socialno izključenost in razne frustracije (Haelyon, 2010). Ženska v teh postopkih čuti veliko fizične bolečine (posegi itn.), soočanje z njo pa je lahko vir čustvenih preizkušenj. Spozna pa se tudi z raznimi čustvi, ki jih do tedaj še ni čutila, kot so občutki nelagodja ob srečevanju z zdravstvenim osebjem, obžalovanje, hrepenenje, tesnoba.

Da bi se ženske lahko spoprijele z bolečino in s tegobami, ki jih čutijo ob diagnozi neplodnosti in zdravljenja, razvijejo različne strategije spoprijemanja. Jahromi in Ramezanli (2015) navajata dve glavni kategoriji spoprijemanja, to sta strategiji čustvenega spoprijemanja in strategije, osredotočene na reševanje problema. Znotraj strategij čustvenega spoprijemanja ženske poskušajo ublažiti čustvene posledice stresnega dogodka. V okviru strategij, osredotočenih na reševanje problema, pa si ženska prizadeva za dinamične procese, ki odstranijo ali spremenijo vir stresa (Jahromi in Ramezanli, 2015). Haelyon (2010) opisuje raziskavo, v kateri je opravljala pogovore s 30 ženskami, ki jim je bila postavljena diagnoza neplodnosti. Raziskovanje je razdelila v dve fazi – faza poskušanja naravnega spočetja in faza po pridobljeni diagnozi.

Za prvo fazo je bilo značilno, da so ženske za neuspešne poskuse nosečnosti krivile sebe, saj so verjele, da problem izhaja iz njih samih. To jim je povzročalo stres, saj so tako izgubljale nadzor nad svojim telesom (Haelyon, 2010). Koci (2019, str. 14) opisuje izkušnje ob administriranju injekcij, ki spodbujajo rast foliklov: »Bolelo me je to, da nisem bila dovolj dobra, da bi zanosila po naravni poti...«

Fazo, ko so ženske pridobile diagnozo, je Haelyon (2010) razdelila na dodatni kategoriji spoprijemanja z zunajtelesno oploditvijo. Za prvo kategorijo je bilo značilno, da so bile ženske zelo ubogljive in so se rutinsko držale postopkov zdravljenja. Predvsem so povelečevale

biološko materinstvo in verjele, da je to cilj, za katerega bi naredile vse, žrtvovale vse. Zanje je bilo značilno, da so se želele zdraviti, dokler niso prišle do cilja ali pa dokler zdravnik ne »obupa« nad njimi. Svojo predanost cilju so pogosto dokazovale z namernim ločevanjem same sebe od svojega telesa, saj so tako tudi lažje preživele fizične bolečine. Da bi lažje dosegle cilj brez dodatnih zapletov, so pogosto utišale svoj glas. Verjele so, da dokler ne bodo noseče, ne bodo dovolj ženstvene, privlačne (Haelyon, 2010).

Druge udeleženke v raziskavi pa so se konstantno pogajale s svojimi partnerji, sorodniki, z medicinskim osebjem. Zanje je bilo značilno, da niso tako povečevale vloge biološkega starševstva, temveč so bile odprte tudi za alternativne metode starševstva. Da bi pridobile vsaj nekakšen nadzor nad svojim telesom, so se želele čim več izobraziti o postopku ZTO. To je pripomoglo k boljšemu občutku avtonomije in nepopolnega zanašanja na nekoga drugega. Ženske znotraj te kategorije so pogosto prevzele druge identitete brez dajanja prednosti materinstvu in identiteti matere (Haelyon, 2010). Ženske se v tem procesu pogosto srečujejo z žalovanjem, a neplodnost lahko doživljajo kot izgubo na več načinov:

- izguba plodnosti in reproduktivne sposobnosti,
- izguba možnosti uresničevanja v vlogi starševstva (Volgsten, Svanberg in Olsson, 2010, kot navedeno v Mitrović, 2023, str. 111),
- simbolična izguba sanj in prihodnosti,
- fizična izguba nadzora nad lastnim telesom (Hooyman in Kramer, kot navedeno v Mitrović, 2023, str. 111).

1.4.1. Vloga socialne podpore v postopkih zunajtelesne oploditve

Socialna podpora predstavlja posameznikovo dožemanje razpoložljivosti virov pomoči, ki jih nudijo drugi ljudje z namenom lažjega spopadanja z različnimi življenjskimi situacijami (House, 1981, kot navedeno v Dimitra M. Montgomery, Lennox Terrion in Crighton, 2024). Delimo jo na zaznano ter dejansko socialno podporo, ki jo posameznik prejme (Yan, Ma, Xu in Lv, 2025). Zaznana socialna podpora se navezuje na posameznikovo doživljanje, da mu je potencialna pomoč na voljo, medtem ko dejanska socialna podpora predstavlja konkretne oblike pomoči (Taylor, 2007). Dejansko socialno podporo lahko opredelimo kot funkcionalni vidik socialne opore in jo dodatno razčlenimo na tri osnovne komponente: čustveno, instrumentalno in informacijsko podporo (Helgeson, 2003). Čustvena podpora pomeni, da ima oseba ob sebi ljudi, ki jo znajo poslušati, nuditi oporo, izraziti sočutje. Instrumentalna podpora zajema pomoč pri opravilih, opravkih, posojanje denarja. Informacijska podpora pa pomeni

podajanje informacij (Helgeson, 2003, str. 25). Medtem ko je čustvena podpora skoraj vedno zaželen, enako ne velja za informativno podporo, saj pogosto deluje kot nezaželen nasvet. Zelo pomembno je, kdo nudi informacijsko podporo – nasveti zdravstvenega osebja so pogosto dojeti kot strokovni in dobrodošli, medtem ko lahko enaki nasveti prijateljev, družine ipd. delujejo vsiljujoče ali obremenjujoče (Helgeson, 2003). Ženske pogosto poročajo o težavah pri komuniciranju o neplodnosti z družinskimi člani in s širšo socialno mrežo, njihove potrebe po čustveni opori so pogosto nezadovoljene (Steuber in Haunani Solomon, 2008). Pogosto jih lahko vsiljeni nasveti in komentarji prizadenejo (High in Steuber, 2014).

Socialna podpora ima pomembno vlogo pri spoprijemanju z neplodnostjo in v postopkih OBMP, saj lahko prispeva k zmanjšanju stresa in tesnobe, ki spremljata te postopke (Villines, 2022). Pomembno lahko nastopi pri zmanjševanju stresa ter predstavlja varovalni dejavnik pred stisko, povezano z neplodnostjo (Hasanpour, Mirghafourvand in Kochaksarayie, 2014). Razne raziskave so pokazale, da je socialna podpora pomemben zaščitni dejavnik za duševno in telesno zdravje, še posebej prispeva k ohranjanju posameznikovega duševnega zdravja (Umberson in Karas Montez, 2010). Pogoste vire socialne podpore predstavljajo partner, družina, svetovalec, prijatelji in podporne skupine (High in Steuber, 2014). Zelo pomemben vir socialne podpore predstavljajo podporne skupine ter podpora ljudi s podobno oziroma enako izkušnjo. Slednja prispeva k boljšemu čustvenemu počutju, krepi občutek pripadnosti in hkrati lahko nudi informacije o zdravstvenih postopkih (Dimitra M. Montgomery, Lennox Terrior in Crighton, 2024).

Na dožemanje socialne podpore vplivajo različni dejavniki, kot so spol, stil navezanosti ter stopnja ciničnega pogleda na svet (Helgeson, 2003, str. 30). Ženske imajo pogosto več razpoložljivih virov socialne podpore kot moški, a hkrati večkrat nudijo podporo, kar jih lahko izčrpa (Helgeson, 2003). Na kakovost prejete podpore pogosto vpliva tudi način razkritja informacij o življenjskih situacijah – na primer ali posameznica svojo izkušnjo neplodnosti razkrije prostovoljno ali pa je k razkritju prisiljena zaradi okoliščin, kot so zdravstveni pregledi (Steuber in High, 2015).

1.5. Vloga socialnega dela pri obravnavi neplodnosti

V širšem kontekstu zdravstvene oskrbe se vloga socialne delavke pogosto nanaša na vzpostavitev stika z izvornim, domačim okoljem (Eržen, 2012, str. 15). Socialna delavka pogosto deluje kot most med strokovnimi delavci in uporabniki, saj strokovno terminologijo

(diagnoze, postopke zdravljenja) uporabniku predstavi na njemu razumljiv način (Eržen, 2012). V okviru obravnave neplodnosti je vloga socialne delavke vezana na psihološko-socialno svetovanje, ki je uporabnikom dostopna v reproduktivnih centrih (Bregar, 2018).

22. člen zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (2000) navaja:

»Preden podata zakonca ali zunajzakonska partnerja pisno privolitev v postopek OBMP, ju mora zdravnik poučiti o postopku OBMP, z možnostjo za uspeh, morebitnimi posledicami in nevarnostmi postopka za žensko, moškega in otroka ter jima svetovati. Zdravnik ju obvesti, v kakšne namene se zbirajo in obdelujejo njuni osebni podatki, ter jima pojasni, da se varujejo kot poklicna skrivnost po prvem odstavku 18. člena tega zakona. Po potrebi napoti zdravnik zakonca ali zunajzakonska partnerja na psihološko-socialno svetovanje o nameravani OBMP.«

V Sloveniji psihološko-socialno svetovanje izvajajo socialne delavke ali psihologi. Namen svetovanja je nudenje opore in podajanje informacij, ki jih uporabniki še nimajo. V okviru svetovanja je pomembno posvetiti pozornost čustvenim, psihosocialnim, odnosnim in etičnim posledicam OBMP (Bregar, 2018, str. 121).

Socialno delo lahko delimo na splošno in specializirano socialno delo (Milošević Arnold in Poštrak, 2003). Specializirano znanje, ki ga ima socialna delavka v zdravstvenem okviru, je poznavanje diagnoz, medicinskih pripomočkov, potek zdravljenja in okrevanja in možnosti zdravstvene oskrbe (Zlodej, 2018, str. 232). Socialna delavka mora obvladati osnove socialnega dela ter imeti specifična znanja, povezana s področjem reproduktivne medicine (Zaviršek, 2012).

Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo se začnejo na predlog zdravnika, nadaljujejo pa se le ob pridobitvi soglasja strokovnega posvetovalnega telesa centra OBMP in z dovoljenjem Državne komisije za OBMP. Strokovno posvetovalno telo sestavljajo zdravnik, strokovnjak s področja embriologije, socialni delavec ter pravnik (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo, 2000). Zato je izjemno pomembno, da se socialni delavci zavedajo svojih etičnih dilem na področju človeške reprodukcije (Zaviršek, 2012).

Socialni delavci se pri obravnavi neplodnosti zlasti srečujejo s pari, ki se odločijo za oploditev z biomedicinsko pomočjo z darovanimi spolnimi celicami, saj 24. člen Zakona o zdravljenju

neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (2000), navaja, da se par pred postopkom mora vključiti v psihosocialno svetovanje. Slednje pa je bolj informativne narave, kjer so paru predstavljene pravice in dolžnosti ter druge oblike starševstva. V kolikor par med postopkom potrebuje nadaljnje psihosocialno svetovanje, je upravičen do pregleda pri kliničnem psihologu. Dostop do te obravnave je omogočen na podlagi napotnice osebnega zdravnika (zaposlen na kliniki za neplodnost). Po oceni Kliničnega oddelka za reprodukcijo (2011) so socialni delavci med letoma 2007 in 2010 opravili od 35 do 45 pogovorov v kontekstu oploditve z biomedicinsko pomočjo. Uporabnike teh storitev lahko razdelimo v 4 skupine. V prvo skupino uvrščamo ljudi, ki se težko spopadajo s stresom, povezanim z zdravljenjem in diagnozo, in jih ta ovira pri vsakdanjih opravilih. Drugo in tretjo skupino predstavljajo ljudje, ki potrebujejo darovane spolne celice in v zdravljenje niso vključeni zaradi zdravstvenih razlogov, temveč zaradi socialnih okoliščin (npr. istospolni partnerji). V četrto skupino uvrščamo ljudi, ki imajo zgodovino duševnih težav (ESHRE, 2001, kot navedeno v Bregar, 2018, str. 122).

Čeprav so v Sloveniji v okviru neplodnosti vzpostavljeni sistemi psihosocialnega svetovanja, na tem področju prevladuje medicinski model, kar posameznike pogosto ovira pri dostopu do ustrezne psihološke in psihosocialne podpore med postopki ter omejuje dostop do pogovora o morebitnih dilemah in dvomih v varnem okolju, ki jih ne omejuje in ogroža (Zaviršek, 2012). Ženske, ki so prestale več neuspešnih postopkov OBMP, so izpostavile, da je strokovna podpora s strani osebja na klinikah pomanjkljiva. Izrazile so željo po več informacij o postopku in na splošno več sočutja (Urh, 2009). Strokovno svetovanje lahko ženski pripomore pri čustveni razbremenitvi in nudi oporo pri sprejemanju reproduktivnih odločitev (Ličer, 2012, str. 63).

Reid (1977, kot navedeno v Holbrook, 1990) izpostavlja potrebno po večji izurjenosti socialnih delavk na področju posvojitve, neplodnosti in sodobnih reproduktivnih tehnologij. Greenfeld, Diamond, Breslin in DeCherney (1986, kot navedeno v Bergart, 2000) poudarjajo pomen prilagodljivosti socialnega dela, s čimer lahko ženski zagotavljajo podporo v obliki izobraževanja, psihosocialne podpore ali klinične obravnave.

V postopku OBMP ženske pogosto potrebujejo pomoč pri spoprijemanju z močnimi čustvi, kot so osebni neuspeh, občutek nezadostnosti, žalovanja, krivde, občutek izgube nadzora (Bergart, 2000, str. 63). Socialni delavci lahko ženskam nudijo oporo v obliki individualnega svetovanja, pri čemer priznavajo, da so takšna čustva pogosta, popolnoma razumljiva in jih doživlja veliko žensk, ki so vključene v postopke OBMP (Bergart, 2000). Prav tako lahko nudijo oporo paru

ter sodelujejo z medicinskimi strokovnjaki, ki jih podučijo o psihosocialnih potrebah uporabnic z namenom individualizacije procesa zdravljenja (Bergart, 2000, str. 63). Lowy (1997) navaja smernice, ki socialnim delavcem lahko pridejo prav pri delu z neplodnimi ženskami. V prvo kategorijo dela uvršča razumevanje neplodnosti, ki omogoča večje dojetje, kaj ženski pomeni neplodnost v socialnem, medicinskem in čustvenem okolju (Lowy, 1997, str. 164).

Znotraj prve kategorije dela z neplodnimi ženskami predstavi metode dela, ki socialnim delavcem in uporabnicam lahko služijo kot vodilo pri spoprijemanju z neplodnostjo. Predstavi metodo Olshanskyja (1987, kot navedeno v Lowy, 1997, str. 164), kjer socialna delavka ženski nudi oporo pri sprejemanju, raziskovanju in predelovanju svoje identitete kot neplodne osebe. Mahlstedt (1985, kot navedeno v Lowy, 1997, str. 165) predstavi koncept »vlakla smrti«, kjer je ženski lahko v oporo njegova prisposoba, saj omogoča številne opise, ki so primerni za občutke, povezane z neplodnostjo. Na primer vzpon vlakla lahko ponazarja napore, ki so povezani z zdravljenjem neplodnosti, spust lahko simbolizira občutke izgube nadzora, ki so prisotni v obdobju OBMP. Ta koncept večplastnih izgub lahko ženski prinese občutek potrditve in večjega razumevanja (Mahlstedt, 1985, kot navedeno v Lowy, 1997, str. 165).

V drugo kategorijo smernic dela uvršča prepoznavanje vedenj, ki so ključnega pomena pri učinkovitem spoprijemanju s problemom (Lowy, 1997, str. 166). Znotraj te kategorije socialna delavka in uporabnica skupaj raziskujeta nove, učinkovite strategije spoprijemanja s problemom in kako jih prenesti na svojo življenjsko situacijo (Lowy, 1997).

Tretjo kategorijo poimenuje zagotavljanje ustrezne podpore, kjer socialna delavka uporabnici nudi oporo pri uporabi čustveno usmerjenih strategij za doseg osebne razrešitve neplodnosti (Lowy, 1997, str. 167). V tej kategoriji je pomembno zavedanje, da ima vsaka oseba svoj časovni okvir za razreševanje težav ter da je to popolnoma sprejemljivo. Ženska se v tej kategoriji osredotoča na prihodnost in druge vidike svojega življenja (Lowy, 1997).

Smernice za socialno delo v okviru neplodnosti navaja tudi Bergart (2000, str. 64):

- Socialne delavke naj vzpostavijo stik s parom, še posebej, ko so postopki OBMP neuspešni.
- Paru je potrebno nuditi pomoč, da prepoznajo svoje meje in te določijo v okviru dogovora v partnerski zvezi.
- Socialne delavke morajo oceniti, kateri način podpore je najprimernejši za par – izobraževanje, podpora ali svetovanje.
- Socialne delavke naj nudijo pomoč parom in posameznikom.
- Socialne delavke naj o potrebah uporabnikov podučijo medicinsko osebje.

2. FORMULACIJA PROBLEMA

V Sloveniji ima težave z zanositvijo vsak šesti do sedmi par (Neplodnost, 2011, kot navedeno v Zaviršek, 2012, str. 42). Postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo je za mnoge najtežja preizkušnja v življenju, tako jo opredeli kar 48 % žensk, ki gre čez ta postopek. Kljub temu da je neplodnost zdravstveno stanje, je potencialno lahko vir resnejših čustvenih in psiholoških posledic (Malina in Pooley, 2017). Številne raziskave so pokazale, da si ženske v postopku zunajtelesne oploditve želijo in potrebujejo več podpore svojih partnerjev, prijateljev, družine in strokovnega osebja (High in Steuber, 2014), saj so pogosto prisotni občutki krivde, jeze, žalosti, napetosti, depresije in izgube (Malina in Pooley, 2017). Prav tako pa izkušnja neplodnosti lahko negativno vpliva na samopodobo ženske (Zayed in El-Hadidy, 2020).

Zunajtelesna oploditev obsežno posega v telo ženske, tako fizično kot psihično. Že pred samim začetkom postopka mora ženska prestati vrsto ginekoloških pregledov, ki pogosto prinašajo dodatno nelagodje. Sam postopek ZTO pa v različnih fazah zahteva, da si ženska administrira hormonske injekcije, opravlja redne ginekološke preglede, punkcijo jajčec ter prestane postopek prenosa zarodka v maternico. Ti postopki so lahko zelo fizično boleči in predstavljajo čustven napor. Čeprav je zunajtelesna oploditev lahko zelo nagrajujoča, saj omogoča uresničitev želje po materinstvu, ostaja tudi vir bolečin, negotovosti in morebitnih neuspehov.

Za izvedbo raziskave na temo zunajtelesne oploditve sem se odločila, ker menim, da gre za izjemno zahteven in čustveno obremenjujoč proces, ki lahko pomembno vpliva na samopodobo žensk. Ob pregledu literature sem opazila, da ženske pogosto prejmejo premalo podpore, zlasti s strani socialnih delavcev, ki bi lahko imeli ključno vlogo pri spopadanju z izzivi neplodnosti in s postopki zunajtelesne oploditve. V okviru raziskave želim raziskati, kakšno vlogo ima socialno delo pri postopkih zunajtelesne oploditve ter katero vrsto podpore ženske potrebujejo. Poleg tega me zanima, kako zunajtelesna oploditev vpliva na samopodobo žensk ter kako v postopkih poskrbijo za svoje dobro počutje.

2.1. Raziskovalna vprašanja

Na podlagi osnovnega razmisleka in pregleda obstoječe literature sem si zastavila naslednja raziskovalna vprašanja:

RV1: Katere vidike zunajtelesne oploditve ženske ocenjujejo kot najzahtevnejše?

RV2: Na katerih področjih zunajtelesne oploditve bi ženske potrebovale več podpore?

RV3: Kako v postopku zunajtelesne oploditve ženske skrbijo zase in kakšen pomen in ima ta skrb za dobro samopodobo?

RV4: Kakšna je vloga socialne delavke v postopkih zunajtelesne oploditve?

3. METODOLOGIJA

3.1. Vrsta raziskave

Izvedla sem kvalitativno raziskavo, saj osnovno izkustveno gradivo predstavljajo besedni opisi, ki se navezujejo na izkušnjo zunajtelesne oploditve (Mesec, 2009). Raziskava je empirična, saj predstavlja novo, neposredno izkustveno gradivo (Mesec, 2009). Zbrano gradivo sem obdelala na besedni način ter z odprtim in osnim kodiranjem.

3.2. Merski instrument in viri podatkov

Za zbiranje podatkov sem uporabila dva merska instrumenta – smernice za delno standardiziran intervju ter vprašalnik z odprtimi vprašanji. Za dva merska instrumenta sem se odločila zaradi različnih namenov pridobivanja podatkov. Intervju je imel namen poglobljenega razumevanja celotnega procesa zunajtelesne oploditve vključno z vsemi postopki. Vprašalnik pa je bil namenjen razumevanju različnih izkušenj žensk glede tem, ki sem jih opredelila v raziskovalnih vprašanjih.

Vodilo za intervju in vprašalnik sem sestavila po prebiranju literature in določitve, katere teme so najpomembnejše. Vodilo za intervju je sestavljeno iz treh glavnih tem, ki se nanašajo na življenje pred zunajtelesno oploditvijo, med zunajtelesno oploditvijo in po zunajtelesni oploditvi. Vprašalnik je sestavljen iz sedmih tem in podvprašanj. Glavne teme predstavljajo življenje v primarni družini, obdobje poskušanja zanositve in iskanja pomoči, dožemanje lastnega telesa in samopodobe v postopkih, vlogo strokovnjakov in socialne delavke, opredelitev najtežjih delov postopka ter skrb zase. Vsa vprašanja so odprtega tipa, brez vnaprej ponujenih odgovorov, s čimer sem omogočila, da so lahko sogovornice odprto, brez omejitev izrazile svoje mnenje, predstave, izkušnje.

Vodilo za intervju ter vprašalnik obsegata približno dve strani natipkanega besedila. Za boljše razumevanje izkušenj udeleženke, s katero sem izvedla intervju, sem pridobila tudi njene dnevniške zapise, ki jih je vodila med potekom zunajtelesne oploditve. V dnevniških zapisih me je predvsem zanimalo njeno počutje ter kako je doživljala posamezne postopke.

3.3. Opredelitev enot raziskovanja

V raziskavi populacijo predstavljajo vse ženske, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in imajo izkušnjo zunajtelesne oploditve (IVF).

Enote raziskave predstavlja osem posameznic z izkušnjo zunajtelesne oploditve. Za način vzorčenja sem izbrala neslučajnostni priročni vzorec, saj je bila raziskava izvedena z osebami, ki so bile najbolj dostopne (Mesec, 2009). Izvedla sem priložnostno vzorčenje, saj sem udeleženke v raziskavi k sodelovanju povabila preko skupine Facebook, namenjene ženskam z izkušnjo oploditve z biomedicinsko pomočjo.

3.4. Zbiranje podatkov

Intervju sem opravila 22. 10. 2024 ob 17-ih na domu sogovornice, trajal je približno tri ure. Poleg intervjuja sem pridobila dnevniške zapiske, ki jih je udeleženka vodila med celotnim procesom oploditve. Dnevniške zapiske mi je posredovala intervjuvanka z dovoljenem za obdelavo in prikaz. Drugim udeleženkam sem vprašalnik poslala po e-pošti.

Pred začetkom zbiranja podatkov sem od udeleženk pridobila pisno soglasje za sodelovanje v raziskavi. V soglasju so opredeljeni namen raziskave ter pomembne informacije o zagotavljanju anonimnosti in zaupnosti podatkov ter pravici do umika iz raziskave.

Pri udeleženci, s katero sem izvedla intervju, sem pred začetkom pridobila dovoljenje za snemanje pogovora, saj je to omogočilo pozornejše poslušanje in osredotočenost na pogovor. Zvočne posnetke sem kasneje uporabila za prepis intervjuja v besedilno obliko. Uporabila sem jih zgolj za študijske namene ter jih po prepisu v besedilno obliko izbrisala.

3.5. Obdelava in analiza podatkov

Pridobljene podatke sem obdelala na kvalitativen način. Dnevniške zapiske sem analizirala, tako da sem najprej določila teme in nato s postopkom osnega in odprtega kodiranja vsebinsko razdelila ter izluščila pojme, ki so bili relevantni za raziskavo.

Tudi intervju in izpolnjene vprašalnike sem analizirala s kodiranjem. Relevantne dele intervjuja sem primerno označila in oštevilčila, s čimer sem pridobila enote kodiranja. Enako sem storila pri drugih udeleženkah, ki so na vprašanja odgovorile pisno. Označene dele besedila sem vnesla v tabelo odprtega kodiranja in enotam pripisala določene pojme (kode) ter določila primerno

kategorijo in temo. Zatem sem opravila še osno kodiranje, kjer sem podatke iz tabele združila po temah.

Primer odprtega kodiranja:

KODA	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
D23	Počutila sem se, kot da sem zapravila dodatno pol leta, učinka pa čisto nobenega.	Razočaranje nad zapravljenim časom	Obdobje pokušanja naravnega spočetja	Reprodukativno zdravje
D24	V tej fazi sem iskreno napol obupala, sprejela sem dejstvo, da naravno pač ne bo šlo.	Prilagoditev pričakovanj	Sprejemanje alternativnih načinov nosečnosti	Reprodukativno zdravje
D25	Počutiš se izjemo razočarano sam nad sabo, kakor da drugi lahko živijo, ti pa ne	Razočaranje nad sabo	Počutje v obdobju prizadevanja za otroka	Doživljanje neplodnosti
E20	Dobiš občutek, da si številka, da se s teboj postopa kot z drugimi, čeprav si seveda drugačen.	Neoseben pristop v zdravstvenem sistemu	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve
E21	Nič posebnega.	Minimalistična podpora ginekologinje	Obravnava ginekologinje	Reprodukativno zdravje
E22	Večjo podporo sem čutila sedaj, ko sem se odločila za zdravljenje na Češkem.	Večja podpora medicinskega osebja v tujini	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve

Primer osnega kodiranja

- Pogovor o neplodnosti
 - Transparentnost in podpora v postopku umetne oploditve (A53, A276)
 - Pogovor o nosečnosti (A54)
 - Iskanje podpore (A167)
 - Transparentnost in podpora v postopku umetne oploditve (A276)
 - Odkrito in iskreno o zunajtelesni oploditvi (A296)
 - Neprimerni komentarji (D52, D59, E39, E59, G27, H69)
 - Izogibanje pogovorom o neplodnosti (D58)
 - Molk o neplodnosti (E58, I18)
 - Sočustvovanje ljudi (G1)
 - Opolnomočenje drugih žensk (G58)
 - Naraščanje odprtosti s časom (H48)
 - Odprto o neplodnosti (H58)
 - Pomanjkanje odprtega diskurza o neplodnosti (H71)

- Obžalovanje molka o neplodnosti (I32)
- Večja odkritost o neplodnosti (I43)
- Čustvena ranljivost ob pogovoru o zanositvi (J22)

4. REZULTATI

4.1. Družbeno okolje

Družbeno okolje respondentk sestavljajo njihovi partnerji, prijatelji, znanci in družina. Pomembno vlogo ima primarna družina, kjer so vprašanke dobile zgled za družinsko življenje in predstave o materinstvu. Vprašanke A, D in E v otroštvu niso čutile pritiska, da bi nekoč morale postati matere. *»Ne, to se mi ne zdi, da bi se pričakovalo od mene, da bi nujno imela družino. To ne.«* (A20) *»Vzgojene smo bile v tem, da najprej izobrazba, potem hiša, šele nato partner in otroci.«* (D2)

Vprašanka A je poudarila, da se ji je želja po lastni družini razvila zaradi dobrega zgleda primarne družine. Vprašanki D in E pa sta bili vzgojeni v prepričanju, da je pred ustvarjanjem družine potrebno poskrbeti za izobrazbo in primerno nastanitev.

Vprašanke H, I in J so izpostavile, da jih družina ni neposredno silila v materinstvo, vendar so se o tem pogovarjali in to od njih pričakovali. *»Ne bi rekla, da so me konstantno spodbujali, vendar vsake toliko je bilo vedno govora o družini in otrocih.«* (H1)

Več o primarni družini sta povedali vprašanki A in H. Vprašanka A je skozi vzgojo razvila delovne navade ter spoštovanje do skupnega prispevanja k družinskemu življenju. Izpostavila je porazdelitev vlog v družini, ki je bila enakomerna med vsemi člani. Starša nalog v družini nista delila glede na spol, le oče je opravljal fizično težja opravila. Ti vzorci so pomembno vplivali na to, kako danes razume družinsko dinamiko in porazdelitev dela v svoji jedrni družini.

Vprašanka H pa je o svoji primarni družini povedala, da je bila kljub odsotnosti očeta zelo povezana z materjo in s sestro.

Jedro družino vprašanke A predstavljata mož ter njuna hči. S partnerjem sta v intimnopartnerski odnos stopila v njenem 15. letu, njune skupne vrednote so predvsem ljubezen, ki ju združuje. Povezuje pa ju tudi ljubezen do njune hčerke ter njihova družina. Vprašanka poudari, da svoj prosti čas najraje preživlja s svojo družino, saj ji ta največ pomeni in jo izpopolnjuje.

Vprašanka A je navedla, da sta s partnerjem že od začetka vedela, da si želita ustvariti lastno družino. Pogovori o tem so postali intenzivnejši po poroki, ko sta se tudi odločila opustiti kontracepcijo. Načrtovanje nosečnosti je sprva bilo sproščeno, brez načrtovanja z oporo

medicinskega osebja ali spremljanja plodnih obdobj. Kot razlog sproščenosti pri načrtovanju nosečnosti sta navedla tudi njuno mladost. Tudi vprašanka D in njen partner sta v načrtovanje družine vstopila lahkotno, sprva se zaradi mladosti s časovnim okvirjem nista obremenjevala.

Preostale vprašanke pa so s partnerji pogovor o starševstvu načele v različnih obdobjih in z različno intenzivnostjo. Vprašanka J je pogovor o starševstvu s partnerjem imela pred vstopom v razmerje, medtem ko so vprašanke D, F in I pogovor o starševstvu načele po določenem časovnem obdobju v razmerju. Na odločitev za starševstvo sta pri vprašankah E in G pomembno vplivala tudi njuna partnerja. Čeprav sta si otroka želeli, bi se zanj odločili le v primeru kompatibilnosti s partnerjem.

Z načrtovanjem starševstva so se pri vprašankah pojavile težave z zanositvijo, kar je odprlo čustveno obremenjujočo temo pogovora o neplodnosti, do katere so imele drugačen odnos. Vprašanka A je vseskozi vzdrževala odprto komunikacijo o neplodnosti in postopkih zunajtelesne oploditve. Pri vprašanki H pa je odprtost o neplodnosti naraščala s časom. Dlje kot se je zdravila za neplodnostjo, bolj odkrito je o tem spregovorila. Poudarila je pomen družbenega diskurza o neplodnosti. Podobno velja za vprašanko I, ki je v času zdravljenja neplodnosti o tem molčala. Danes pa to obžaluje in verjame, da bi se o tej temi morali pogovarjati več. *»Danes vem, da bi o tem morala govoriti. Zato danes z veseljem delim svojo izkušnjo s pari, ki imajo težave z neplodnostjo.«* (I44)

Vprašanka E se je pogovorom neplodnosti izogibala ter o tem molčala. Pogovor o neplodnosti in otrocih je vprašanki J predstavljal čustveno obremenitev, zato se je temu izogibala. *»Pogovor o otrocih/zanositvi me je pogosto spravil v jok. Težko mi je bilo.«* (J22)

Pogovoru o neplodnosti so se ženske pogosto izogibale zaradi neprimernih komentarjev iz okolice. Pogosto so ti komentarji prišli v obliki nezaželenega nasveta. Vprašanke so jih označile kot zelo moteče in boleče. O neprimernih komentarjih so poročale vprašanka A, D, G, E in H. *»... Ampak meni je to ful neprijetno, ko začnejo: »O, pa saj bo. Pa saj mogoče bo pa drugič. Mogoče bo pa naravno. A veš, une dva sta pa tako.«* (A309) *»Preveč je komentarjev kot »tvoj mož bi bil zelo dober oče, poglej kako ima rad otroke«, »probajta se samo sprostiti, ko ne razmišljaš o tem se bo sigurno prijelo«, »vzemita si prost vikend, se napijta in boš sigurno noseča«, »kaj pa če bi probala ...«, »prijateljica je poskusila ...« »morala bi samo ...«, »zakaj pa ne posvojita«, »oh, bolje za vaju, otroci so samo problem, lahko ti dam moje«...«* (D59)

Ženske so od družbenega okolja potrebovale predvsem več razumevanja ter opore. Okoli sebe so si želele pozitivne ljudi, ki bi jim prisluhnili, se z njimi pogovorili. Predvsem pa so potrebovale oporo s partnerja in družine. *»Večje razumevanje s strani delodajalcev, širše okolice ...«* (E64)

4.2. Dojemanje sebe

Vprašanke so imele v življenju različne poglede na materinstvo. Za nekatere izmed vprašank je bila želja po materinstvu izrazita že od otroštva. *»Biti mama, od vedno sem si želela biti mama.«* (I3)

Materinstvo je predstavljalo srečo, prelomnico v življenju, nekaj pozitivnega in samoumevnega.

Hkrati pa so se pogledi na materinstvo spreminjali z odrasčanjem. Za vprašanko F je želja po materinstvu nihala – včasih si je želela postati mama, drugič spet ne. Podobno velja za vprašanko J, ki je bila dolgo časa prepričana, da si ne želi postati mama, materinstvo je dojemala kot dolžnost ženske. Vprašanka E razmišljanju o materinstvu v otroštvu ni posvetila preveč pozornosti.

Pogled na materinstvo se tesno povezuje s telesno identiteto in z izražanjem spola. Vprašanke D, E, G in H so poudarile velik pomen materinstva za izpolnjenje ženske vloge. Materinstvo predstavlja poslanstvo ter temeljno nalogo ženske. Kadar ta vloga ni izpolnjena, lahko predstavlja vir bolečin in tegob. *»Da želim biti mama, sem si želela in čutila kot svoje poslanstvo.«* (D6)

Vprašanki A in G materinstvu pripisujeta velik pomen, ob materinstvu čutita ponos in veliko zavezanost tej vlogi.

Sebe, svoje telo in samopodobo vprašanke dojemajo drugače. Vprašanke A, D, F in J svojo samopodobo v odraslem obdobju ocenjujejo kot pozitivno, visoko, dobro. *»S samopodobo nisem nikoli imela kakih težav. Mogoče sem bila malo tiha in sramežljiva, kaj več se pa niti ne spomnim.«* (F5)

Morebitna nihanja v samopodobi so doživljale predvsem v obdobju najstništva ali otroštva. Kot obdobja nizke samopodobe so izpostavile predvsem osnovno šolo. *»Moja samopodoba v otroštvu in mladostništvu ni bila preveč dobra, optimalna.«* (E9)

Nekatere izmed vprašank so ocenile, da je njihova samopodoba naraščala z odraščanjem.

Vprašanka G je izpostavila nizko samopodobo.

Vprašanke so prav tako ocenile, da so življenjske izkušnje, ki so jih doživele, pozitivno vplivale na njihovo samopodobo. Predvsem ocenjujejo, da jim je izkušnja zunajtelesne oploditve dala drugačen pogled na življenje. S to izkušnjo so se naučile biti bolj nežne do sebe, hvaležne svojemu telesu, cenijo to, kar je prestalo. *»Ja, bolj nežno. Zaradi tega, da sem začela sama sebe bolj tako ... dej bodi malo bolj prijazna sama s sabo.« (A315) »Mogoče mi je celo malce ojačala samopodobo. Moje telo ne rabi biti popolno po družbenih standardih, dovolj je, da samo je.« (J68) »Vendar sem svoje telo vedno spoštovala, bila še bolj nežna do njega kot prej.« (E36)*

Kot vplive na samopodobo je vprašanka A navedla svojega partnerja ter nosečnost. Vprašanka G je ocenila, da je njena samopodoba narasla z dosegom materinstva. Vprašanka H pa je poudarila, da neplodnost ni imela negativnega vpliva na njeno samopodobo.

4.3. Reproktivno zdravje

V okviru vprašanj, ki se nanašajo na reproduktivno zdravje, so vprašanke pripovedovale o morebitnih zdravstvenih težavah pred vstopom v postopek zunajtelesne oploditve. Vprašanka A je poudarila, da je od nekdaj čutila bolečine v predelu rodim ter doživljala boleče menstruacije, zaradi katerih je bila v ginekološko obravnavo vključena že od najstniških let. O bolečih menstruacijah sta pričali tudi vprašanki F in G.

Kot način regulacije bolečine ob menstruaciji je vprašanka A prejela hormonsko terapijo. O hormonski terapiji kot najstnica ni razmišljala, osebni ginekologinji je popolnoma zaupala. O morebitnih stranskih učinkih pogovora ni bilo. Danes se ji je odnos do kontracepcijskih sredstev spremenil, če bi enako terapijo ponudili njeni hčerki, bi ji njeno uporabo odsvetovala.

Nekatere izmed vprašank so že pred vstopom v postopek zunajtelesne oploditve prestale posege na ženskih reproduktivnih organih ter pridobile zdravstveno diagnozo. *»Zaradi zdravstvenih težav so mi že pred približno 11 leti potrdili, da bom verjetno težko zanosila po naravni poti.« (F7)*

Vprašanka A je opisovala sproščen vstop v načrtovanje starševstva. Vendar je s časovnim obdobjem, ko jima ni uspelo zanositi, nelagodje naraščalo. Podobno je čutila tudi vprašanka D. *»Na začetku se nisva. Na začetku sploh ne pomisliš, da lahko sploh ne bi mogel imeti. Sva šla*

neobremenjeno v to.» (A123) Ob neuspešnih prizadevanjih za spočetje so vprašanke čutile predvsem razočaranje – nad lastnim telesom, menstruacijo. Pogosto so si pripisovale odgovornost za nezmožnost spočetja, kar je vodilo v občutke krivde. Menstruacija je v tem obdobju predstavljala opomnik neuspešnosti. Vprašanka J je to obdobje opisala kot stresno obdobje, v katerem je spolnost doživljala kot obvezo in do nje razvila odpor. *»Počutiš se, kot da te telo znova in znova razočara.*» (D19)

Vprašanki H in G pa sta v obdobju poskušanja naravnega spočetja doživeli tudi več izgub nosečnosti. Vprašanka H je ob tem čutila neizmerno bolečino. *»Bil je šok in bolečina.*» (H17)

Nekatere izmed vprašank so pred napotitvijo na kliniko za neplodnost starševstvo načrtovale z oporo osebne ginekologinje. To obdobje je bilo za vprašanko D nesmiselno, saj je imela občutek, kot da zapravlja čas. Vprašanka A pa si je od osebne ginekologinje želela hitrejšo napotitev na kliniko za neplodnost. *»Počutila sem se, kot da sem zapravila dodatno pol leta, učinka pa čisto nobenega.*» (D23)

V tem obdobju so obravnavo ginekologinje doživljale drugače. Vprašanki D in E sta s strani ginekologinje čutili minimalno podporo, medtem ko so vprašanke F, I in J s strani ginekologinje dobile podporo v obliki razumevanja, svetovanja in opore.

Kasneje so bile vprašanke napotene na kliniko za neplodnost. *»Glede na opisane težave naju je napotila na kliniko za zdravljenje neplodnosti.*» (J20)

Pred vstopom v postopek so ženske in njihovi partnerji prestali vrsto raziskav za odkrivanje vzrokov za neplodnost. Vprašanke D, E, I in J so navedle točne diagnoze kot vzrok neplodnosti.

Pri vprašankah A in H je vzrok za neplodnost ostal nepojasnen. *»Nato so sledile histeroskopija in laparoskopija za pregled jajčnikov in maternice, ponovno nič. Nepojasnjena neplodnost.*» (H27)

Ginekološke preglede, ki so jih prestajale, so doživljale drugače. Vprašanke A, H in J so preglede dojemale kot neprijetne, a obvezne. Vprašanka E je pregled dojemala kot korak k doseganju cilja. Vprašanka G pa jih je dojemala ambivalentno. *»Bilo jih je ogromno, ampak sem se zavedala, če želiva postati starša, morava čez to, tako da nisem imela problema z nenehnimi pregledi, saj sem vedela, da nama pomagajo.*» (H62)

Vprašanke A, D, G in H so se sčasoma sprijaznile z dejstvom, da naravna zanositev zanje najverjetneje ne bo mogoča. Svoja prvotna pričakovanja so prilagodile in sprejele, da bo pot do cilja drugačna. *»Nekako sem čez čas sprejela, da nama ni usojena lahka pot do želje.«* (H49)

4.4. Doživljanje neplodnosti

Izkušnja neplodnosti je pri vprašankah sprožila številna vprašanja o smislu, življenjski poti in lastni usodi. Takšna občutja sta izrazili predvsem vprašanki A in D. *»Počasi se začneš spraševati ogromno stvari, ali je sploh vredno, ali mi je sploh usojeno biti srečna in vesela v življenju.«* (D18) *»Se pa večkrat vprašaš, ali ti je sploh namenjeno to ... Tako tudi telesno.«* (A170)

Pri vprašankah E in H se je pojavil tudi dvom v lastno telo. *»Vedno v nevednosti, niso našli razloga, zato sem se vedno spraševala, kaj je narobe z mano in mojim telesom.«* (H54)

V obdobju prizadevanja za otroka sta vprašanki D in E čutili občutke razočaranja, nemoči, upad upanja ter razočaranje nad lastnim telesom. *»Ampak nič ni dovolj, toliko daš na sebe, telo pa vedno znova zavrača in razočara.«* (D33)

Vprašanka D svoje dožemanje neplodnosti opisuje kot globok udarec, saj je končno imela občutek, da se ji življenje končno postavlja na svoje mesto. Vprašanki I in J se z diagnozo nista obremenjevali.

V soočanju z diagnozo neplodnosti in s postopki zunajtelesne oploditve je imela ključno vlogo psihosocialna podpora. Vprašanke E, G in J so se vključile v plačljive oblike psihoterapevtske podpore.

Vprašanka D je psihoterapevtsko pomoč zavračala, vprašanki F in I pa je nista poiskali.

Skoraj vse vprašanke so izpostavile, da podpore socialne delavke niso pridobile, saj v postopek zdravljenja na kliniki za neplodnost ni bila vključena. Vprašanka G pa o morebitni vlogi socialne delavke ne ve. *»Ne. Nobene socialne delavke ni bilo nikjer. Niti omembe tega ni bilo.«* (J49)

Vprašanki E in J sta poudarili pomen psihosocialne podpore v tako težkem obdobju ter da tega primanjkuje. *»Vendar psihosocialne pomoči žal nisva bila deležna, kvečjemu kaka topla beseda katere izmed medicinskih sester.«* (E28)

Vprašanke E, F in I so ocenile, da bi potrebovale več empatije in razumevanja medicinskega osebja. Pomemben pomen pripisujejo sočutju in osebnemu pristopu. *»Od strokovnjakov bi potrebovala malo več sočutnosti in profesionalnosti. Ne le občutka, da si samo številka.«* (F18) Prav tako vprašanke poudarjajo potrebe po več informacijah. Informacije, ki jih pridobijo o postopku, so skope, pogosto jih nadgrajujejo s pomočjo pogovora z ženskami s podobno izkušnjo. *»Nekoga, ki bi si vzel čas za naju in nama vse razložil. Celoten postopek, možne zaplete, vse, kar je pisalo na tisti papirjih.«* (J50)

4.5. Izkušnja zunajtelesne oploditve

Vprašanke so ob prihodu na kliniko za neplodnost čutile raznolika občutja. Vprašanka A je imela občutek, da je na kliniki deležna drugačne obravnave kot pri osebni ginekologinji.

Vprašanke D, E in J so se ob prvem obisku klinike počutile neprijetno. Predvsem so čutile negotovost, saj niso vedele, kaj pričakovati. *»Sprašuješ se, kaj pričakovati, kako bo kaj potekalo. Ali bova srečala koga znanega – kaj v tem primeru reči? Imela sem tudi strah pred iglami, ki pa sem sčasoma izgubila.«* (E25)

Vprašanki G in I pa sta začetek obravnave na kliniki za neplodnost videli kot zagon. Čutili sta visoka pričakovanja, saj jima je klinika predstavljala priložnost za doseganje cilja. *»Ko sem obiskala kliniko za neplodnost, sem imela upanje, da pa morda le uspe. Nov zagon.«* (G22)

Pred vstopom v postopek konzilij odloča o primernosti para za zunajtelesno oploditev. Vprašanka A je opisovala prisotnost socialne delavke, psihologa ter ginekologa. Tedaj so ji predstavili tudi alternativne možnosti starševstva, kot so rejništvo, posvojitve. Pri vprašanki G je bila vključena še psihiatrinja. Vprašanka J pa se je počutila, kot da je morala podpisati vse papirje brez kakršnekoli obrazložitve postopka ali čustvene opore. *»Papirje od konzilija sva dobila napol podpisane (3/4 osebe so podpisale). Vso dokumentacijo sva morala vnaprej podpisati in nihče nama ni NIČ razložil. NIČ.«* (J46)

Vprašanka A opisuje, da se je postopek zunajtelesne oploditve začel hitro po prvi napotitvi na kliniko. Vprašanka H pa opisuje, da je na samo prvo obravnavo čakala približno pet mesecev. Prvemu pregledu so sledile številne časovno zamudne preiskave.

Vprašanka A je prestala 3 postopke zunajtelesne oploditve, pri čemer je imela štiri prenose zarodkov, eden izmed zarodkov je bil zamrznjen iz predhodnih postopkov.

Vprašanka D je prestala en postopek.

Vprašanka E je prestala 4 postopke zunajtelesne oploditve v Sloveniji ter dva prenosa darovanih zarodkov na Češkem.

Vprašanka G je prestala en postopek, v katerem so oplodili 3 celice. En zarodek so ji vstavili v maternico, drugega zamrznili, tretji pa je propadel.

Vprašanka I je prestala 5 postopkov. Za prvo nosečnost je prestala 4 postopke in en prenos zarodka, za drugo nosečnost pa je prestala 1 postopek.

Postopek zunajtelesne oploditve se začne z vbrizgavanjem injekcij, ki spodbujajo jajčnike. O tem sta več povedali vprašanki A in H. Vprašanka A je ob vbrizgavanju injekcij doživljala slabost ter stranske učinke, kot so rdečica okoli vboda in napetost trebuha. Vprašanka H pa se je ob prejemu terapije počutila slabše in bolj razdražljivo. *»Zvečer dve injekciji Bemfola in nova Orgalutran (da ne pride do ovulacije), po kateri se mi je zelo vrtelo, trebuh je otekel in rdeč ...«* (B5)

Spodbujanju rasti jajčnikov sledi punkcija jajčec, ki jo opisuje predvsem vprašanka A. Ta del postopka opisuje kot zelo boleč, pred postopkom je čutila občutke strahu in negotovosti. Pred punkcijo jajčec si je o tem nekaj prebrala na spletnih blogih žensk, ki se soočajo z neplodnostjo. Poizvedovanje o postopku na tak način je ni pomirilo, ampak povzročilo še več strahu.

Vprašanka I je pred punkcijo jajčec čutila strah, a se je hkrati zavedala, da bo hitro minilo. Postopek opisuje kot boleč.

Prenos zarodka v maternico vprašanka A opisuje kot obdobje visokih pričakovanj in velikega upanja. V tem obdobju je bila zelo pozitivno naravnana ter prepričana v uspešnost postopka.

Počutje znotraj postopkov so vprašanke A, I in J ocenile kot čustveno zelo napeto in z mešanimi občutki. Pogosto so se počutile napeto, pojavljala sta se strah in negotovost. *»Obenem sem se počutila kot krava, ki čaka na zakol, zaradi vzdušja v čakalnici in med samimi postopki.«* (J45)
»Stres je bil prisoten vsak dan ter pritisk glede starosti ter vsega ostalega.« (G13)

Vprašanko D je celoten postopek zelo izčrpal. Vprašanka G priča o podobnem počutju, saj je celoten postopek ovrednotila kot zelo naporen.

Vprašanke kot najtežji del celotne izkušnje opredelijo različne dele postopka zunajtelesne oploditve. Vprašanke A, G in H so se najtežje spopadale s čakanjem, ki so ga prestajale med

posameznimi fazami zunajtelesne oploditve. Največji čustveni napor jim je predstavljalo obdobje čakanja na potrditev nosečnosti. *»Ubija čakanje ter začetek procesa samega postopka. Štetje dni ...«* (G46)

Vprašanka D je kot najtežji del postopka opredelila samo punkcijo jajčec ter prenos zarodka v maternico.

Vprašanki E in J pa sta kot najtežji del postopka opredelili neuspeh. Dodatno čustveno obremenitev je vprašanki J predstavljalo to, da ni vedela na koga se lahko obrne, kdo bi ji lahko pomagal v tako težkem času. *»Ko sva ob neuspehu ostala povsem sama in se nisva imela kam obrniti.«* (J55)

Vprašanka F pa je kot najtežji del izpostavila nenehno vlaganje truda, ki ni prinesel pričakovanih rezultatov.

V samem postopku je prisotnih več čustev. Za vprašanki A in E so bili pogosti občutki upanja in veliko pričakovanj.

Vprašanke A, D, E, G in H so za izkušnjo hvaležne. Ocenjujejo, da se je njihov odnos do lastnega telesa po izkušnji spremenil. Na to obdobje pogledujejo z občudovanjem in se svojemu telesu čudijo, kaj vse je prestalo. *»Priznam, da je najtežje obdobje do zdaj v mojem življenju, z grenkim priokusom. Pozitivno pa je, da sem se veliko naučila o sebi, da sem veliko vložila v sebe in nekako začela tudi veliko bolj pozitivno razmišljati o vsem skupaj. Spremenila sem način življenja, nehala načrtovati stvari in živeti iz dneva v dan.«* (H84)

Kljub temu to obdobje vprašanke A, F, H in J opisujejo kot težko in intenzivno obdobje, v katerem so imele razne občutke žalosti, nemoči ter občutek, kot da nič ne pripomore k boljšemu počutju.

Zagotovo pa je neuspeh postopka najbolj čustveno zahteven in prepleten z negativnimi občutki. Vprašanke A, E, H in J so poročale o hudi bolečini ob neuspešnosti postopka. Pred neuspehom so čutile strah ter bile čustveno ranljive. Pogost je bil tudi občutek brezupa. *»Moja pikica v trebuščku se spremeni v kupe rdečih sledi na vložku in v stranišču ter veliko bolečine, fizične in v obliki solzic.«* (C20) *»Vsak neuspeh me je seveda potolkel, predvsem psihično je za nekaj časa vplivalo na mene.«* (H63)

Vprašanke poročajo o naraščanju bolečin z neuspehi. Neuspehe doživljajo kot ponavljajoče se cikle, v katerih jih na začetku preplavijo občutki upanja, ob neuspehu pa globoko razočaranje,

ta vzorec se nenehno ponavlja. Pogosti so tudi občutki obupa ter vdanosti v usodo. *»Ne vem, kako naprej, ne vem ...«* (C32) *»Vsak postopek, prenos, vsak neuspeh je težje prenašati.«* (E61)

Menstruacijo pa so doživljale kot opomnik neuspešnosti, ob pojavu so čutile žalost, razočaranje.

Vprašanki A in J sta se pogosto spraševali o namenu in razlog za neuspeh iskali v sebi. *»Ja, mogoče ja, da je sedaj bolj v tej smeri. Zdaj pač tako, da si rečem: »Pa kako ne morem?!« Pač, kako ne more sprejeti ...«* (A299)

V postopku zunajtelesne oploditve ima veliko vlogo medicinsko osebje, o katerem imajo vprašanke različno mnenje in izkušnje. Pogosto pa vprašanke medicinsko osebje doživljajo ambivalentno – z nekaterimi zaposlenimi so imele prijetne izkušnje, medtem ko so druge bile neprimerne, boleče.

Pozitivne izkušnje so opisovale vprašanke A, D, E, H in J. Poudarile so trud osebja, sočutje ter zanesljivost. *»Osebje na neplodnosti je res vrhunsko in sočutno. Na njih se lahko obrneš na bilo kak nasvet in zelo te podpirajo.«* (H50)

Hkrati pa so s strani medicinskega osebja pogosto doživele neprimerne komentarje in vedenje, ki jih je spravljalo v zadrego in dodatno pripomoglo k slabemu počutju. *»Nekateri pa bolje, da bi zadržali jezik za zobmi, ker zbodejo z besedami po nepotrebnem.«* (E51) *»Vem, da je tako, da so direktni, da morajo povedati možnosti, ampak včasih bi bil mogoče način lahko prijaznejši.«* (D65)

Pogost je bil občutek neosebne pristopa, vprašanke so si želele, da bi bil odnos toplejši ter da bi od medicinskega osebja dobile več informacij. Vprašanka J poudarja izključitev partnerja iz medicinskih postopkov. *»Dobiš občutek, da si številka, da se s teboj postopa kot z drugimi, čeprav si seveda drugačen.«* (E20) Pomembno vlogo pri prestajanju izzivov zunajtelesne oploditve pa imajo partnerji. Vprašanke A, F, I in H opisujejo prisotnost partnerja v različnih fazah zunajtelesne oploditve in kako so v postopku najbolj potrebovale partnerjevo oporo.

4.6. Načini skrbi zase

Vprašanke zase skrbijo na različne načine. Kot strategije soočanja s stresom navedejo samostojno prestajanje težav, čas zase, samopomoč, oporo socialne mreže, različne aktivnosti. *»Sprehodi, pogovori, pozitivne misli, delanje na sebi psihično, predvsem usmerjanje v pozitivno.«* (H79)

Vprašanka A je kot skrb zase navedla urejanje ter osebno nego. Poudarila je pomen ljubezni in skrbi do telesa po zahtevnih postopkih.

Vprašanke D, E, G in J so zase poskrbele tako, da so si vzele dovolj časa ter se umaknile iz družbe. Potrebovale so čas zase, počitek in umik. *»Potrebovala sem svoj mir, ne da bi okolje drezalo in sililo vame.«* (G50)

Vprašanke skrbi zase pripisujejo velik pomen, verjamejo, da pomembno prispeva k boljšemu počutju ob težkih preizkušnjah. *»To je bilo izjemno pomembno. Včasih moraš dati sebe na prvo mesto. Da se sestaviš nazaj in lahko nadaljuješ z življenjem.«* (D90)

5. RAZPRAVA

V tem poglavju se bom osredotočila na interpretacijo pridobljenih podatkov in jih postavila v kontekst obstoječih spoznanj s področja neplodnosti, socialne opore in vloge socialnega dela. Ugotovitve bom primerjala z literaturo, ki sem jo povzela v teoretičnem uvodu diplomskega dela. Namen moje raziskave je bil raziskati, kako postopki zunajtelesne oploditve vplivajo na samopodobo žensk. Osredotočila sem se na vlogo socialnega dela in socialne opore – kakšna je, kako jo udeleženske doživljajo in opredelijo. Prav tako sem skušala identificirati ključne točke, kjer bi ženske v postopku potrebovale več opore in čigavo oporo bi potrebovale. V raziskavi je sodelovalo 8 žensk s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji in z izkušnjo zunajtelesne oploditve.

V raziskavi me je sprva zanimalo, kako posameznice opredelijo svojo samopodobo ter kako jo doživljajo v kontekstu postopka zunajtelesne oploditve. Večina udeleženk v raziskavi je svojo samopodobo v odraslem obdobju ocenila kot pozitivno. Dobra samopodoba lahko deluje kot varovalni dejavnik, ki posameznikom omogoča učinkovito spopadanje s stresnimi življenjskimi situacijami brez prekomernih negativnih čustev (Dehghani, Ghasemi, Safari, Ebrahimi in Etemadi, 2013). Biološka reprodukcija je povezana z družbeno konstrukcijo osrednje vloge ženske kot matere. Z izgubo te vloge lahko ženske, ki se poistovetijo z družbenimi pričakovanji glede materinstva, občutijo osebno izgubo, kar lahko niža samopodobo (Matthews in Matthews, 1986). Neplodnost povzroča psihološke frustracije, ki spodbujajo posameznikovo samopresojanje, ki je tesno povezano s samospoštovanjem in samopodobo. Frustracije se kažejo kot nizka samopodoba, občutki krivde in praznine (Podolska in Bidzan, 2011). Udeleženske v raziskavi ne govorijo neposredno o spremembah v samopodobi, vendar ocenjujejo, da je izkušnja zunajtelesne oploditve pozitivno vplivala na dožemanje njihovega telesa. Z izkušnjo zunajtelesne oploditve do svojega telesa postanejo prijaznejše – bolj skrbijo zanj, so nežnejše do sebe ter pozorne na telesne potrebe. Poudarjajo tudi razvoj občutka, da so močne, saj je njihovo telo prestalo vrsto hudih psihofizičnih obremenitev.

O temi dolgotrajnih učinkov zunajtelesne oploditve na ženske ni najti veliko literature (Vikström, Josefsson, Bladh in Sydsjö, 2015), večina avtoric in avtorjev pa povezuje nizko samopodobo z zunajtelesno oploditvijo (Abbey, Andrews in Halman, 1992). Ženske ob soočanju z nezmožnostjo zanositve pogosto čutijo občutke tesnobe, depresije in stresa (Rooney in Domar, 2018). Ob neuspehu pri zunajtelesni oploditvi doživljajo intenzivnejše psihološke posledice, kot so tesnoba, jeza, depresija, nižja samopodoba (Hosseini, Neissi, Davodi,

MehrabiZade-Honarmand in Zargar, 2017; Ashrafi, Sadeghi in Rezaei, 2019, kot navedeno v Shafaghi idr., 2024). Neplodnost lahko doživljajo kot izgubo na več načinov – izguba plodnosti in reproduktivne sposobnosti; izguba možnosti uresničevanja vloge starševstva (Volgsten, Svanberg in Olsson, 2010, kot navedeno v Mitrović, 2023, str. 111); izguba sanj in prihodnosti; fizična izguba nadzora nad lastnim telesom (Hooyman in Kramer, kot navedeno v Mitrović, 2023, str. 111). V postopku OBMP ženske pogosto potrebujejo pomoč pri spoprijemanju z močnimi čustvi, kot so osebni neuspeh, občutek nezadostnosti, žalovanja, krivde, občutek izgube nadzora (Bergart, 2000, str. 63). Izsledki moje raziskave se ujemajo z ugotovitvami obstoječe literature, ki obravnava psihološke posledice neplodnosti in izkušnje ZTO, saj udeleženke pričajo o občutkih razočaranja, osebne nezmožnosti, izgubi in neizpolnjenih pričakovanjih.

V okviru raziskave sem se osredotočala tudi na pomen socialne podpore, ki jo lahko definiramo kot posameznikovo dožemanje razpoložljivosti virov pomoči, ki jih nudijo drugi ljudje z namenom lažjega spopadanja z različnimi življenjskimi situacijami (House, 1981, kot navedeno v Dimitra M. Montgomery, Lennox Terrion in Crighton, 2024). Delimo jo na zaznano ter dejansko socialno podporo (Yan, Ma, Xu in Lv, 2025). Zaznana socialna podpora se navezuje na posameznikovo doživljanje, da mu je potencialna pomoč na voljo, medtem ko dejanska socialna podpora predstavlja konkretne oblike pomoči (Taylor, 2007). Dejanska socialna podpora ima 3 komponente – čustveno, instrumentalno in informacijsko (Helgeson, 2003). V okviru informacijske socialne podpore je zelo pomembno, kdo jo nudi, saj to vpliva na njeno dožemanje. Če informacije o postopku nudi medicinsko osebje, lahko to dojemamo kot zaželeno, kadar pa nam tovrstne nasvete nudijo prijatelji ali družinski člani, lahko izpadejo vsiljivo ali kot nezaželeni nasveti (Helgeson, 2003). Trditev se sklada z ugotovitvijo moje raziskave, v kateri ženske poročajo, da so iz okolice pogosto deležne nezaželenih in vsiljenih nasvetov ter neprimernih komentarjev. Ženske pogosto poročajo o težavah pri komuniciranju o neplodnosti z družinskimi člani in s širšo socialno mrežo, njihove potrebe po čustveni opori so pogosto nezadovoljene (Steuber in Haunani Solomon, 2008). Pogosto so lahko prizadete zaradi vsiljenih nasvetov in neobčutljivih komentarjev (High in Steuber, 2014).

Vire socialne opore lahko predstavljajo partner, družina, svetovalci, prijatelji, podpirne skupine (High in Steuber, 2014). Ženske v postopku zunajtelesne oploditve potrebujejo razumevanje, sočutje in empatijo, česar jim pogosto primanjkuje (Steuber in Haunani Solomon, 2008). V okviru moje raziskave udeleženke poročajo, da so največ socialne podpore

potrebovale s strani partnerja in družine, malo manj pa so jo potrebovale s strani prijateljev (socialne mreže) in psiholoških strokovnjakov.

Izpostavljena je bila premajhna socialna opora medicinskega osebja, ki so ga doživljale ambivalentno, negativne izkušnje pa so slabo vplivale na splošno doživljanje postopka zunajtelesne oploditve. V postopkih so se pogosto počutile izgubljeno, niso vedele, kako točno je videti sam potek zdravljenja. Zaradi premalo socialne opore medicinskega osebja se je nekaj žensk vključilo v razne vrstniške skupine na spletu (skupine na Facebooku, spletni forumi ...), ki predstavljajo zelo pomemben vir socialne podpore. Prispevajo namreč k boljšemu čustvenemu počutju, krepijo občutek pripadnosti in hkrati lahko nudijo informacije o zdravstvenih postopkih (Dimitra M. Montgomery, Lennox Terrion in Crighton, 2024).

Udeleženke v raziskavi si od medicinskega osebja želijo več razumevanja, časa in prijaznega odnosa, spodbudnih besed. Čustva so v medicinskem okolju pogosto zanemarjena, saj običajno veljajo za iracionalne motnje, ki zamegljujejo razumevanje objektivnih dejstev (Kaliarnta, Nihlen-Fahlquist in Roeser, 2011, str. 288). Ženske, ki so prestale več neuspešnih postopkov OBMP, so izpostavile, da je strokovna podpora osebja na klinikah pomanjkljiva. Izrazile so željo po več informacijah o postopku in na splošno več sočutja (Urh, 2009). Strokovno svetovanje lahko pripomore k čustveni razbremenitvi in nudi ženskam oporo pri sprejemanju reproduktivnih odločitev (Ličer, 2012, str. 63).

22. člen Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (2000) navaja:

»Preden podata zakonca ali zunajzakonska partnerja pisno privolitev v postopek OBMP, ju mora zdravnik poučiti o postopku OBMP, z možnostjo za uspeh, morebitnimi posledicami in nevarnostmi postopka za žensko, moškega in otroka ter jima svetovati. Zdravnik ju obvesti, v kakšne namene se zbirajo in obdelujejo njuni osebni podatki, ter jima pojasni, da se varujejo kot poklicna skrivnost po prvem odstavku 18. člena tega zakona. Po potrebi napoti zdravnik zakonca ali zunajzakonska partnerja na psihološko-socialno svetovanje o nameravani OBMP.«

Udeleženke v raziskavi poročajo tudi o premajhni psihosocialni opori in odsotnosti socialne delavke v postopku, kar kaže na pomanjkljivo izvajanje navedenega člena. Ženske si želijo več podpore strokovnjakov, zlasti na področju psihološke pomoči, ki je pogosto slabo dostopna. Mnoge ne vedo, katere oblike pomoči obstajajo v okviru klinike za neplodnost ali pa se soočajo

z dolgimi čakalnimi dobami, kar jih lahko še dodatno obremeni v že tako čustveno zahtevnem obdobju. Večina žensk se je vključila v psihološko pomoč samoplačniško in ne prek napotnice v okviru javnega zdravstva. To lahko predstavlja dodatno finančno breme, saj so plačljivi tudi posamezni postopki v procesu zunajtelesne oploditve. Čeprav so v Sloveniji v primeru neplodnosti vzpostavljeni sistemi psihosocialnega svetovanja, na tem področju prevladuje medicinski model, kar posameznike pogosto ovira pri dostopu do ustrezne psihološke in psihosocialne podpore med postopki ter omejuje dostop do pogovora o morebitnih dilemah in dvomih v varnem okolju, ki jih ne omejuje in ogroža (Zaviršek, 2012).

Pomembno vlogo pri nudenju socialne podpore ima lahko socialna delavka, ki se v obravnavo para vključi le takrat, ko gre za oploditev z biomedicinsko pomočjo z darovano spolno celico, kar ureja 24. člen Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (2000):

»Pred postopkom OBMP z darovanimi spolnimi celicami mora zdravnik, ki je odgovoren za izvedbo postopka, poučiti zakonca ali zunajzakonska partnerja o poteku postopka, pravnik pa ju mora poučiti o pravnih posledicah postopka. Zdravnik, ki vodi OBMP, mora zakonca ali zunajzakonska partnerja pred začetkom postopka napotiti na psihološko-socialno svetovanje.«

V okviru drugih storitev oploditve z biomedicinsko pomočjo socialna delavka ni vključena (zaposlena na kliniki za neplodnost). Kot že omenjeno, ženske pogosto poročajo o pomanjkanju informacij v postopku zunajtelesne oploditve, kar dodatno krepi občutek negotovosti in čustvene obremenitve. Pomembno vlogo pri večji informiranosti uporabnic v okviru zunajtelesne oploditve bi lahko prevzelo socialno delo, ki ga lahko delimo na splošno in specializirano socialno delo (Milošević Arnold in Poštrak, 2003). Specializirano znanje, ki ga ima socialna delavka v okviru zdravstvenega varstva, je poznavanje diagnoz, medicinskih pripomočkov, potek zdravljenja in okrevanja in možnosti zdravstvene oskrbe (Zlodej, 2018, str. 232). Socialna delavka mora obvladati osnove socialnega dela ter imeti specifična znanja, povezana s področjem reproduktivne medicine (Zaviršek, 2012).

Socialna delavka lahko nastopi kot most med strokovnimi delavci in uporabniki, saj strokovno terminologijo (diagnoze, postopke zdravljenja) uporabniku predstavi na njemu razumljiv način (Eržen, 2012).

Pomemben vir samopomoči pa predstavlja skrb zase. Hansson, Hilleras in Forsell (2005, str. 135) navedejo 10 različnih kategorij skrbi zase – fizična aktivnost; skrb za fizično zdravje; posvečanje hobijem; načrtovanje rešitev; socialna opora; vključitev v psihološko obravnavo; pozitivno razmišljanje; delo in druge kategorije. Udeleženke v raziskavi so skrbi zase pripisale izredno pomembnost pri soočanju z izzivi, povezanimi z neplodnostjo. Zase skrbijo na različne načine – s prostočasnimi aktivnostmi (sprehodi, šport ...), hobiji (ročno izdelovanje različnih izdelkov), pogovori itd. Udeleženke v raziskavi zase poskrbijo tudi z umikom, s počitkom, časom zase, podporo socialne mreže in z vključitvijo v psihološko obravnavo.

5.1. Omejitve raziskave

Izbira kvalitativnega načina raziskovanja je bila primerna, saj sem tako pridobila poglobljene opise izkušenj žensk v postopku zunajtelesne oploditve. Podatke sem zbirala z ustnim in pisnim spraševanjem. Odločitev za izvedbo kombiniranega zbiranja podatkov izhaja iz potreb udeleženk v raziskavi, ki so izrazile, da o tako čustveno naporni temi lažje spregovorijo v pisni obliki.

Pomanjkljivosti načina raziskovanja so predvsem v pisnem spraševanju, ki je onemogočilo dodatno postavljanje morebitnih podvprašanj in razjasnjevanja negotovosti. Zaradi tega nekateri odgovori ostajajo površni, saj ni bilo možnosti poglobljanja v posamezne vidike izkušenj. Kot morebitno pomanjkljivost vidim tudi, da so bile zaradi pisne oblike nekatere teme izpuščene ali manj jasno izražene, kot bi bile pri ustnem spraševanju. Zaradi velikosti vzorca, ki predstavlja osem žensk z izkušnjo zunajtelesne oploditve, ugotovitev raziskave ni možno posplošiti na širšo populacijo. Znotraj mojega raziskovalnega dela sem se osredotočila na doživetja žensk z izkušnjo zunajtelesne oploditve, nikakršne pozornosti pa nisem namenila drugim vrstam oploditve z biomedicinsko pomočjo, ki prav tako predstavljajo pomembne in raznolike izkušnje, ki bi jih bilo smiselno raziskati. Predvsem sem se osredotočila na osebna doživetja in izkušnje žensk, stika z moškimi pa nisem imela, kar predstavlja omejitev raziskave. Vsekakor pa so tudi partnerji, ki doživljajo svojevrstne stiske v okviru neplodnosti, pomemben del procesa zunajtelesne oploditve.

6. SKLEPI

Po pregledu in analizi zbranih podatkov podajam ključne ugotovitve raziskave.

- Ženske v postopku zunajtelesne oploditve pridobijo premalo psihosocialne podpore. Večina udeleženk v raziskavi poroča, da bi si želela več podpore, še posebej s strani strokovnjakov. Ob pojavu težav ne vedo, na koga se lahko obrnejo ter kdo jim lahko nudi pomoč in oporo.
- Ženske v postopku zunajtelesne oploditve pridobijo premalo informacij o poteku postopka, kar pri mnogih povzroča negotovost, zmedenost ter povečano stopnjo stresa.
- Ženske v postopku zunajtelesne oploditve medicinsko osebje doživljajo ambivalentno. Beležijo dobre in slabe izkušnje. Kadar so s strani medicinskega osebja deležne neprimernih komentarjev, neprijaznega ali neosebnega odnosa, to lahko poglobi njihov občutek ranljivosti in vpliva na doživljanje celotnega postopka.
- Ženske v postopku zunajtelesne oploditve od medicinskega osebja potrebujejo več informacij, razumevanja, časa, toplega odnosa ter iskrenosti.
- Ženske poročajo, da v postopek zunajtelesne oploditve socialna delavka ni vključena.
- Psihološke obremenitve, ki jih ženske čutijo ob neplodnosti in neuspešnih postopkih zunajtelesne oploditve, so predvsem občutki razočaranja, izgube, osebne nezmožnosti ter neizpolnjena pričakovanja.
- Prestajanje težav je individualno za vsakogar, vendar ženske potrebujejo predvsem podporo partnerja in družine, nekoliko manj socialne mreže ter psihološke strokovne pomoči.
- Zunajtelesna oploditev ženskam da drugačen pogled na njihovo telo. Z njim postanejo nežnejše ter hvaležne za vse, kar je prestalo. Na svoje izkušnje so zelo ponosne.
- Ženske ocenjujejo, da je skrb zase v postopku zunajtelesne oploditve zelo pomembna, saj jim omogoča lažje prestajanje težav in soočanje s tegobami. Zase poskrbijo na različne načine – s pristočnimi aktivnostmi, hobiji, pogovori itd.
- Ob neuspešnem postopku ženske potrebujejo čas za umik, čustveno oporo ter razumevanje okolice, ki naj spoštuje njihovo zasebnost in ne posega vanje z nezaželenimi vprašanji.
- Ženske so ob neplodnosti deležne veliko neprimernih komentarjev in nezaželenih nasvetov iz okolice, kar lahko negativno vpliva na njihovo počutje in poglobi občutek nerazumevanja in posledično večje osamljenosti in socialne izolacije.

7. PREDLOGI

Na podlagi ugotovitev raziskave v nadaljevanju predstavljam predloge, ki bi lahko izboljšali izkušnjo žensk v postopku zunajtelesne oploditve.

1. Vključitev socialne delavke v vse postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo in ne samo pri OBMP z darovano spolno celico. V postopkih OBMP ženske poročajo o premajhni podpori strokovnega osebja, zato je pomembno, da se vključijo socialne delavke, saj se parom tako krepi občutek, da jim ob strani stoji strokovna oseba, na katero se lahko obrnejo za čustveno podporo in razumevanje. Medicinsko osebje je pogosto osredotočeno na medicinske vidike postopkov in zaradi časovne obremenjenosti ter pomanjkanja specifičnih psihosocialnih znanj pogosto ne more nuditi celostne podpore. Tu imajo ključno vlogo socialne delavke, ki s pristopi socialnega dela ustvarjajo varen, zaupen prostor, v katerem se pari ali posameznice lahko izrazijo. Z vzpostavitvijo delovnega odnosa gradijo na zaupanju in občutku varnosti, ki posameznicam omogoča spopadanje z izzivi, povezanimi z OBMP.
2. Vloga socialne delavke je lahko informativna, podporna v čustvenem smislu ter usmeritvena, saj parom lahko nudi oporo pri iskanju dodatnih virov pomoči. Posameznice v postopku zunajtelesne oploditve izražajo različne potrebe. Socialna delavka jih lahko v okviru delovnega odnosa prepozna ter jih skupaj s posameznico naslavlja na način, ki ji je v tistem trenutku najbolj ustrezen. Na primer če se posameznica počuti izgubljeno v celotnem postopku, ni prepričana, kako poteka zdravljenje, in potrebuje več informacij, ji te lahko nudi socialna delavka.
3. Socialna delavka na kliniki za neplodnost lahko paru nudi osebno svetovanje, dokler ne najde ustrežnejše psihološke pomoči. Posameznice izražajo stisko in potrebo po psihosocialnem svetovanju, ki je težko dostopno, predvsem zaradi dolgih čakalnih dob. Čakanje na pomoč lahko posameznicam povzroči dodatno stisko, zato socialna delavka v vmesnem obdobju nudi razbremenilne pogovore. Takšna podpora je lahko dostopna brez dodatnih finančnih stroškov, kar je pomembno, saj je že proces zunajtelesne oploditve lahko vir velike finančne obremenitve.
4. Vključitev psihološke strokovne pomoči na kliniki za neplodnost, ki parom omogoča čustveno razbremenitev in hitrejši dostop do tovrstnih storitev. Vključitev psihologov v kliniko za neplodnost bi omogočala hitrejši dostop do psihološke podpore, zmanjšala čakalne dobe ter posameznicam prihranila dodatne stiske z iskanjem strokovne pomoči v

tako čustveno zahtevnem obdobju. Ta rešitev bi bila pomembna tudi s finančnega vidika, saj si mnoge posameznice ne morejo privoščiti samoplačniške psihološke pomoči.

5. Spodbujanje družbenega diskurza o neplodnosti kot strategija zmanjševanja stigme, povezane z neplodnostjo, in spodbujanje ozaveščanja in izobraževanja ljudi o tem, kako se na pravi način pogovarjati o tej temi. S spodbujanjem družbenega diskurza bi se lahko zmanjšala stigma okoli OBMP, saj pari pogosto o tem ne želijo govoriti zaradi sramu, povezanega z izkušnjo neplodnosti in nezmožnostjo spočetja. Kadar pa se pari odločijo, da bodo o tematiki spregovorili, so lahko deležni neprimernih komentarjev in nezaželenih nasvetov iz okolice. To lahko dodatno poglobi občutek sramu in socialne izolacije.
6. Vzpostavitev posebnega izobraževanja za medicinsko osebje v postopku OBMP, kjer se seznanijo s pravilnim pristopom (spoštljiv način komunikacije in spodbujanje ravnanja, ki veča občutek zaupanja in varnosti pri uporabnikih in premik od medicinskega modela) do parov, ki se soočajo z neplodnostjo. Potrebe posameznic v procesih OBMP se pogosto nanašajo na vedenje medicinskega osebja, od katerih bi si želele predvsem več prijaznosti, razumevanja in bolj osebnega odnosa. Posebno izobraževanje bi bilo usmerjeno v razvoj veščin komunikacije – kako predati informacije na lepši, nežnejši način in brez neprimernih komentarjev. Del izobraževanja bi bil posvečen psihološkim tegobam, ki spremljajo ženske v procesu OBMP z namenom večjega razumevanja žensk s strani medicinskega osebja.
7. Vzpostavitev novih spletnih strani, kjer je zbranih več informacij o poteku postopka, možnih zapletih in možnih oblikah pomoči (na koga se obrniti itd.). Nove spletne strani, kjer bi bilo zbranih več zanesljivih informacij o procesu OBMP, bi lahko ženskam povečale občutek boljše orientacije. Te informacije bi bile dostopne kadarkoli in komurkoli in tako zmanjšale občutek izgubljenosti. Hkrati bi to lahko razbremenilo strokovno osebje, saj bi bile osnovne informacije o postopkih, pravicah, morebitnih zapletih in oblikah podpore zbrane na enem mestu.

8. VIRI IN LITERATURA

- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1992). Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 54(2), 408–417. Pridobljeno 12. 5. 2025 s <https://www.jstor.org/stable/353072>
- Anwar, S., & Anwar, A. (2016). Infertility: A review on causes, treatment and management. *Womens Health Gynecol*, 2(5). Pridobljeno 26. 3. 2025 s <https://poliklinika-harni.hr/images/uploads/180/neplodnost-uzroci-ljecenje.pdf>
- Ashrafian, F., Sadeghi, M., & Rezaei, F. (2019). The effect of integrative positive cognitive behavioral therapy on infertility stress and hope in Infertile Women. *J Clin Nurs Midwifery*, 8(3), 436–45.
- Barbič, M. (2008). Stres in reproduktivni organi pri ženskah. V R. Starc (ur.), *Bolezni zaradi stresa 2* (str. 93–106). Ljubljana: Sirius AP.
- Bergart, A. M. (2000). The experience of women in unsuccessful infertility treatment: what do patients need when medical intervention fails?. *Social Work in Health Care*, 30(4), 45–69.
- Borko, E. & Žebeljan, I. (2006). Načrtovanje družine in reproduktivno zdravje. V E. Borko & I. Takač (ur.), *Ginekologija* (str. 213–285). Maribor: Visoka zdravstvena šola.
- Bregar, S. (2018). *Modeli psihološko-socialnega svetovanja za uporabnike postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Dehghani F, S., Ghasemi, H., Safari, S., Ebrahimi, A. A., & Etemadi, O. (2013). The effectiveness of group motivational interviewing sessions on enhancing of addicted women's self-esteem and self efficacy. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 7(26), 145–158. Pridobljeno 12. 5. 2025 s <https://etiadpajohi.ir/article-1-293-en.html>
- Deyhoul, N., Mohamaddoost, T., & Hosseini, M. (2017). Infertility-related risk factors: a systematic review. *Int J Womens Health Reprod Sci*, 5(1), 24–29. Pridobljeno 26. 3. 2025 s https://www.ijwhr.net/pdf/pdf_IJWHR_177.pdf
- Dimitra M. Montgomery, N., Lennox Terrion, J., & Crighton, E. (2024). Building Social Support: Disclosure and Communication Processes Between IVF Patients and Peers in Canada. *Women's Reproductive Health*, 11(2), 217–238. Pridobljeno 25. 4. 2025 s <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/23293691.2023.2215765?needAccess=true>
- Einsiedler, S. (2015). *Moja samopodoba je moja odločitev*. Golo: Heliopolis izobraževanje.

- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton & Company.
- Eržen, I. (2012). Socialno delo v zdravstveni dejavnosti. *Socialno delo*, 51(1–3), 15–26.
- ESHRE (2001). *Guidelines for counselling in infertility*. Strombeek-Bever: ESHRE.
Pridobljeno 3. 4. 2025 s <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/SIGs/Psychology/Guidelines.pdf>
- Ferlin, A., Arredi, B., & Foresta, C. (2006). Genetic causes of male infertility. *Reproductive toxicology*, 22(2), 133–141. Pridobljeno 27. 3. 2025 s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3776680/>
- Friščić, T., & Kušević, Z. (2013). Najčešći psihološki problemi kod parova u procesu potpomognute oplodnje. *Socijalna psihijatrija*, 41(2), 99–108.
- Greenfeld, D., Diamond, M. P., Breslin, R. L., & DeCherney, A. (1987). Infertility and the new reproductive technology: A role for social work. *Social Work in Health Care*, 12(2), 71–81.
- Haelyon, H. (2010). The psychological needs of women undergoing IVF treatment. *Journal of Reproductive and Stem Cell Biotechnology*, 1(2), 212–218. Pridobljeno 9. 2. 2025 s <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/205891581000100208>
- Hansson, A., Hillerås, P., & Forsell, Y. (2005). What kind of self-care strategies do people report using and is there an association with well-being? *Social Indicators Research*, 73, 133–139. Pridobljeno 12. 5. 2025 s <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-004-0995-3>
- Hasanpour, S., Bani, S., Mirghafourvand, M., & Kochaksarayie, F. Y. (2014). Mental health and its personal and social predictors in infertile women. *Journal of caring sciences*, 3(1), 37–45. Pridobljeno 25. 4. 2025 s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4134165/>
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research*, 12(Suppl 1), 25–31. Pridobljeno 25. 4. 2025 s <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023509117524>
- Higgins, B. S. (1990). Couple infertility: From the perspective of the close-relationship model. *Family Relations*, 39, 81–86.
- High, A. C., & Steuber, K. R. (2014). An examination of support (in) adequacy: Types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Communication Monographs*, 81(2), 157–178. Pridobljeno 25. 4. 2025 s <https://doi.org/10.1080/03637751.2013.878868>

- Holbrook, S. M. (1990). Adoption, infertility, and the new reproductive technologies: Problems and prospects for social work and welfare policy. *Social work*, 35(4), 333–337. Pridobljeno 24. 4. 2025 s <https://doi.org/10.1093/sw/35.4.333>
- Hooyman, N. R. & Kramer, B. J. (2006). *Living through loss: Interventions across the life span*. Columbia University Press.
- Hosseini, M., Neissi, A., Davodi, I., MehrabiZade-Honarmand, M., & Zargar, Y. (2017). The effectiveness of holistic-oriented psychological intervention on health psychology in infertile women undergoing IVF. *J Clin Psychol*, 9(3), 47–54.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Humphreys, T. (2002). *Otrok in samozavest: Kako doseči in utrditi samospoštovanje že v mladih letih*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Jahromi, M. K., & Ramezanli, S. (2015). Coping with infertility: An examination of coping mechanisms in Iranian women with infertility. *JAMA Psychiatry*, 18, 1–5. Pridobljeno 27. 3. 2025 s <https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/coping-with-infertility-an-examination-of-coping-mechanisms-in-iranian-188.pdf>
- James, W. (1980). *The principles of psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Kaliarnta, S., Nihlén-Fahlquist, J., & Roeser, S. (2011). Emotions and ethical considerations of women undergoing IVF-treatments. *HEC forum*, 23, 281–293. Pridobljeno 12. 5. 2025 s <https://link.springer.com/article/10.1007/s10730-011-9159-4>
- Klinični oddelek za reprodukcijo (2011). *Neplodnost*. Pridobljeno 24. 4. s <http://www.reprodukcija.si/neplodnost>
- Klun, M. (2009). Posvojitve v Sloveniji kot oblika socialnega starševstva. *Socialno delo*, 48(1-3), 35–49.
- Kobal, D. (2000). *Temeljni vidiki samopodobe*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- Koci, B. (2019). *Otopelo srce*. Ljubljana: Enspirales, coaching in mentorstva.
- Lamovec, T. (1994). *Psihodiagnostika osebnosti II*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Ličer, Z. (2012). Spolno zdravje, reproduktivno zdravje in varno materinstvo. *Socialno delo*, 51(1–3), 55.
- Lowy, M. (1997). *Coping with infertility: a social work perspective* (Doktorsko delo). University of New South Wales, Sydney. Doi: <https://doi.org/10.26190/unsworks/13298>
- Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 43 (3), 335–346.

- Malina, A., & Pooley, J. A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization – Review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 554–558. Pridobljeno 9. 2. 2025 s <https://www.aaem.pl/pdf-72588-17053?filename=Psychological.pdf>
- Marčič, R. & Kobal Grum, D. (2009). Povezanost samopodobe in samospoštovanja z agresivnostjo. *Psihološka obzorja*, 18(4), 59–71.
- Matthews, R., & Matthews, A. M. (1986). Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 48(3), 641–649. Pridobljeno 12. 5. 2025 s <https://www.jstor.org/stable/352050>
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. (1992). Medical family therapy with couples facing infertility. *The American Journal of Family Therapy*, 20(2), 101–122.
- Meden-Vrtovec, H. & Hren-Vencelj, H. (1989). Zunajtelesna oploditev. V H. Meden-Vrtovec (ur.), *Neplodnost* (str. 343–362). Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Mesec, B. (2009). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1: Načrtovanje raziskave*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Milošević Arnold, V. & Postrak, M., 2003. *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Mitrović, M. (2023). Psihološke reakcije na neplodnost. V M. D. Stojković (ur.), *Kada roda neće da sleti: psihološki aspekti neplodnosti*. Niš: Filozofski fakultet u Nišu. Pridobljeno 27. 3. 2025 s https://www.researchgate.net/profile/Jelena-Opсениca-Kostic-2/publication/371687316_Kada_roda_nece_da_sleti_-_psiholoski_aspekti_neplodnosti/links/6490477095bbbe0c6edab37c/Kada-roda-nece-da-sleti-psiholoski-aspekti-neplodnosti.pdf
- Musek, J. (1977). *Psihologija osebnosti*. Ljubljana: Univerzum.
- Negro-Vilar, A. (1993). Stress and other environmental factors affecting fertility in men and women: overview. *Environmental health perspectives*, 101 (2), 59–64. Pridobljeno 24. 3. 2025 s <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/epdf/10.1289/ehp.93101s259>
- Oakley, A. (2000). *Gospodinja*. Ljubljana: Založba /*cf.
- Ograjenšek, Z. (1989). Neplodni par. V H. Meden-Vrtovec (ur.), *Neplodnost* (str. 232–251). Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Olshansky, E. F. (1987). Identity of self as infertile: An example of theory-generating research. *Advances in Nursing Science*, 9(2), 54–63.
- Pasch, L. A., & Sullivan, K. T. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current opinion in psychology*, 13, 131–135. Pridobljeno 27. 3. 2025 s

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X16300902?casa_token=6QrfB2jiWmcAAAAA:asIZBRAh45nrNi-grkxQCpT4NgQdHss2zi77f9PFR0StMT20pP-vmp-oE6nB6QjoeJco2_OuXIc

- Podolska, M., & Bidzan, M. (2011). Infertility as a psychological problem. *Ginekologia Polska*, 82(1), 44–49. Pridobljeno 12. 5. 2025 s https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/46385/33172
- Pogačnik, N. (2019). *Soočanje para z neplodnostjo*. V A. Prelec (ur.), *Skrb za kakovost zdravja žensk, otrok in družin* (str. 14–21). Zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Reid, W. J. (1977). Social work for social problems. *Social work*, 22(5), 374–381.
- Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. (2009). The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy*, 31, 34–51. Pridobljeno 27. 3. 2025 s <https://link.springer.com/article/10.1007/s10591-008-9077-z>
- Rooney, K., & Domar, A. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41–47. Pridobljeno 6. 2. 2025 s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6016043/>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sharma, A. (2017). Male infertility; evidences, risk factors, causes, diagnosis and management in human. *Ann Clin Lab Res*, 5(3), 188. Pridobljeno 27. 3. 2025 s <https://poliklinika-harni.hr/images/uploads/178/neplodnost-muskarac.pdf>
- Starč, R. (2008). *Bolezni zaradi stresa 2*. Ljubljana: Sirius AP.
- Steuber, K. R., & Haunani Solomon, D. (2008). Relational uncertainty, partner interference, and infertility: A qualitative study of discourse within online forums. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25(5), 831–855. Pridobljeno 25. 4. 2025 s <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0265407508096698>
- Steuber, K. R., & High, A. (2015). Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. *Human Reproduction*, 30(7), 1635–1642. Pridobljeno 25. 4. 2025 s <https://academic.oup.com/humrep/article/30/7/1635/653049>
- Stvarnik, A. (2018a). *Kako neplodnost doživljajo moški*. Pridobljeno 6. 2. 2025 s <https://www.psihoterapevtske-storitve.si/post/2018/09/05/kako-neplodnost-dozivljajo-moski>

- Stvarnik, A. (2018b). *Med pričakovanjem in razočaranjem – mali vodnik za dober partnerski odnos ob neplodnosti*. Pridobljeno 6. 2. 2025 s <https://www.psihoterapevtske-storitve.si/post/2018/06/11/mali-vodnik-za-dober-partnerski-odnos-ob-neplodnosti>
- Stvarnik, A. (2019). *Štirje miti o neplodnosti in o vplivu zakonske terapije na partnerski odnos*. Pridobljeno 6. 2. 2025 s <https://www.psihoterapevtske-storitve.si/post/2018/09/13/miti-o-neplodnosti>
- Taylor, S. E. (2007). Social Support v H. S. Friedman, & R. Cohen Silver (ur.), *Foundations of Health Psychology* (str. 145–171). Oxford University Press.
- Tekavčič, B. (1982). *Kaj mora ženska vedeti o sebi*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51(1), 54–66. Pridobljeno 25. 4. 2025 s <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/0022146510383501>
- Univerzitetni klinični center Ljubljana (b. d.). *Zunajtelesna oploditev*. Pridobljeno 9. 2. 2025 s https://www.kclj.si/index.php?dir=/pacienti_in_obiskovalci/klinike_in_odelki/ginekolo_ska_klinika/ko_za_reprodukcijo/zunajtelesna_oploditev&id=5473
- Urh, Š. (2009). Nove tehnologije stare ideologije: oploditev z biomedicinsko pomočjo. *Socialno delo*, 48(1–3), 111–121.
- Vander Borght, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical biochemistry*, 62, 2–10. Pridobljeno 26. 3. 2025 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009912018302200?via=ihub>
- Vidic, M. (ur.) (2002). *Biologija*. Leksikon. Tržič: Učila International
- Vikström, J., Josefsson, A., Bladh, M., & Sydsjö, G. (2015). Mental health in women 20–23 years after IVF treatment: a Swedish cross-sectional study. *BMJ open*, 5(10), 1–7. Pridobljeno 12. 5. 2025 s <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/10/e009426.full.pdf>
- Villines, Z. (2022). *Infertility and depression: Symptoms and coping*. Pridobljeno 25. 4. 2025 s <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323557>
- Virant - Klun, I., Meden – Vrtovec, H., & Tomaževič, T. (2002). *Od nastanka gamet do rojstva*. Radovljica: Didakta.
- Vlaisavljević, V. (2006). Neplodnost. V E. Borko & I. Takač (ur.), *Ginekologija* (str. 307–329). Maribor: Visoka zdravstvena šola.
- Volgsten, H., Svanberg, A. S., & Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta*

Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 89(10), 1290–1297. doi: 10.3109/00016349.2010.512063

- Wang, L., Ma, X. & Liu, J. (2025). Adverse Effects of Pesticides on the Ovary: Evidence from Epidemiological and Toxicological Studies. *Environment & Health*. Article ASAP. DOI: 10.1021/envhealth.4c00243. Pridobljeno 25. 3. 2025 s https://pubs.acs.org/doi/epdf/10.1021/envhealth.4c00243?ref=article_openPDF
- Wu, W. (2024). Environmental factors, epigenetics, and reproductive health. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1517774. Pridobljeno 25. 3. 2025 s <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2024.1517774/full>
- Yan, Y., Ma, Y., Xu, L., & Lv, Y. (2025). Impact of perceived social support on anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer: the role of psychological resilience. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 42(1), 231–242. Pridobljeno 25. 5. 2025 s <https://link.springer.com/article/10.1007/s10815-024-03308-1>
- Youngs, B. B. (2000). *Šest temeljnih prvin samopodobe*. Ljubljana: Educy.
- Yuval-Davis, N. (2009). *Spol in nacija*. Ljubljana: Založba Sofia.
- Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB) (2000). Ur. l. RS 70/00, 15/17 – DZ, 100/24 – odl. US.
- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP) (1977). Ur. l. SRS, št. 11/77, 42/86 in Ur. l. RS 70/00.
- Zaviršek, D. (2012). Reproductivna medicina in socialno delo. *Socialno delo*, 51(1–3), 39–54.
- Zayed, A. A., & El-Hadidy, M. A. (2020). Sexual satisfaction and self-esteem in women with primary infertility. *Middle East Fertility Society Journal*, 25, 1–5. Pridobljeno 25. 4. 2025 s <https://link.springer.com/article/10.1186/s43043-020-00024-5>
- Zeigler-Hill, V. (ur.) (2013). *Self-esteem*. London: Psychology Press.
- Zlodej, N. (2018). Participacija socialnega dela pri obravnavi bolnice z ginekološkim rakom. V A. Istenič (ur.), *Ženske in ginekološki raki* (str. 228–242). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

9. PRILOGE

9.1. Merski instrumenti

9.1.1. Merski instrument 1

Pozdravljeni,

najprej se iskreno zahvaljujem, da si boste vzeli čas in odgovorili na vprašanja. Ta vprašalnik je zasnovan tako, da vam omogoča, da delite svoje misli, občutke in izkušnje. Vsa vprašanja so odprta, kar pomeni, da lahko odgovorite na tisto, kar želite, in v svojem tempu. Če na katero vprašanje ne želite odgovoriti, ga preprosto preskočite – brez skrbi!

Vprašanja so oblikovana kot okvirji za pripovedovanje, kar pomeni, da ste vabljeni, da pri vsakem vprašanju delite, kar vam je najbližje. Vaši odgovori so popolnoma prostovoljni, zato se lahko odločite, da odgovorite le na tista vprašanja, s katerimi se počutite udobno.

1. Primarna družina in zgodnje predstave o materinstvu

- Ste imeli občutek, da so vas spodbujali k temu, da boste nekoč mama?
- Kako ste v otroštvu in mladosti dojemali materinstvo?
- Kakšno željo ste imeli do materinstva? Ste od nekdaj vedeli, da si želite postati mama?
- Kaj vam je takrat materinstvo pomenilo oz. predstavljalo (npr. nekaj, kar ženska mora izpolniti, nekaj pomembnega, nekaj, kar predstavlja breme ...)?
- Kako se je vaš pogled na materinstvo spreminjal skozi različna življenjska obdobja?
- Kako bi ocenili svojo samopodobo v otroštvu/najstništvu/kasneje v življenju – oziroma kako bi ocenili svojo samopodobo skozi različna življenjska obdobja?

2. Odločitev za otroka in prehod v iskanje pomoči

- Kdaj sta se s partnerjem prvič pogovarjala o želji po otroku?
- Kako je potekalo obdobje poskušanja zanositve?
- Kdaj sta posumila, da morda ne bo šlo po naravni poti?
- Kako bi v tem času opisali svoj odnos do mesečnega perila/menstruacije? Kaj vam je menstruacija predstavljala?
- Kdaj in kako sta poiskala strokovno pomoč? Kakšna je bila ta izkušnja?
- Kakšno pomoč vam je nudila osebna ginekologinja?
- Kako ste se počutili v tem obdobju? Kako ste v času poskušanja zanositve dojemali svoje telo?
- Kako ste se počutili ob prvem obisku klinike za neplodnost?
- Kaj vam je predstavljala "oznaka" neplodnosti? Kako ste v tem času dojemali svoje telo?
- Kako bi v tem času ocenili medicinsko osebje? Kakšno psihosocialno pomoč so vam nudili?
- Kakšno podporo ste takrat potrebovali?
- Ste v tem obdobju iskali kakšno psihosocialno pomoč, če da, na koga ste se obrnili?

3. Dojemanje telesa in samopodoba skozi postopke

- Koliko postopkov zunajtelesne oploditve ste prestali?
- Ali so odkrili razlog za neplodnost? Kakšen je bil?
- Kaj vam je ta diagnoza pomenila? Kako ste takrat dojemali svoje telo?
- Kako se je spremenil vaš odnos do telesa, ko ste vstopila v postopke zdravljenja neplodnosti?
- Kako bi opisali svojo samopodobo v tem obdobju?
- Kako so postopki vplivali na vaše občutenje ženskosti?
- Kako se je spreminjal odnos do vašega telesa v posameznih fazah postopka zunajtelesne oploditve?
- Kako so na vas vplivali vsi ginekološki pregledi? Kako ste jih dojemali?
- Kako je na dojemanje lastnega telesa vplivala neuspešnost ali uspešnost postopka? Kako se je z uspehom oziroma neuspehom postopka spreminjala samopodoba?

4. Vloga strokovnjakov in socialne delavke

- Kakšne izkušnje ste imeli z medicinskim osebjem na kliniki za neplodnost?
- Je bila vključena tudi socialna delavka? Kaj je bila njena vloga? Kako ste jo doživljali?
- Kaj ste takrat potrebovali od strokovnjakov in sistema? Česa vam je primanjkovalo?
- Kje bi si želeli več opore in od koga konkretno?
- Kakšno vrsto opore ste potrebovali v tem obdobju?

5. Najtežji deli postopkov in podpora

- Kateri deli postopkov zdravljenja so vam bili najtežji?
- Kako ste se takrat počutili? Kako ste se soočala s tem?
- Kaj bi vam pomagalo, da bi lažje šli čez te izkušnje?

6. Skrb zase

- Kako ste v tem obdobju poskrbeli zase?
- Kaj ste takrat najbolj potrebovali zase (psihično, telesno, socialno)?
- Ste imeli kakšne načine, s katerimi ste se sprostili, pomirili, si dali prostor?
- Kaj bi si želeli, da bi imeli (npr. več časa zase, podporo, pogovore)?
- Kako pomembna vam je bila skrb zase v tem obdobju?

7. Zaključek

- Kako se danes ozirate nazaj na to obdobje?
- Kako danes dojemate svoje telo?
- Kako bi ocenili, da je izkušnja zunajtelesne oploditve dolgoročno vplivala na samopodobo?

Če imate še kakršne koli misli ali informacije, ki jih želite deliti, a niso bile zajete v vprašanjih, vas prijazno prosim, da jih zapišete v odgovoru. Vse dodatne misli bodo zelo cenjene.

9.2. Merski instrument 2

1. PRED PRVIM POSTOPKOM ZTO

1.1. PRED PARTNERJEM

- **Vprašanja o primarni družini**
 - Kako izgleda tvoja primarna družina? Kdo jo sestavlja?
 - Kakšne so bile vloge znotraj družine? Kako si dojemala te vloge?
 - Kakšen pogled si imela na družino? Kako je tvoja družina vplivala na tvoje poglede v življenju/želje v življenju?
 - Kako je tvoja družina prispevala k tvojemu videnju materinstva? So te od nekdaj usmerjali v materinstvo?
- **Izobrazba – zaposlitev**
 - Katero OŠ/SŠ/fakulteto si obiskovala?
 - Kaj te je spodbudilo, da izbereš to smer (srednja šola, faks)?
- **Socialna mreža**
 - Kdo so ljudje okoli tebe? Kakšen naziv bi jim nadela (npr. prijatelji, znanci, itd.)?
 - Komu zaupaš? Na koga se lahko zanesesh?
 - Kdo so tvoji prijatelji? Kakšen odnos imate? Koliko pogosto se videvaš, si v stiku z njimi?
 - Kako se počutiš znotraj družbe?
 - Kakšno vlogo imaš znotraj družbe? Kako to vlogo doživljaš?
 - Kako bi ocenila razširjenost tvoje socialne mreže pred partnerjem (v kakšnem obsegu je bila glede na danes – večja, manjša, enaka...)? Kako bi ocenila pogostost stikov s svojimi prijatelji pred partnerjem in sedaj ko imaš partnerja?
 - Ali ima večina tvojih prijateljic otroke? Je kakšna brez otrok? Ste se o tem veliko pogovarjale?
- **Hobiji**
 - Kaj rada počneš v prostem času?
 - Kaj so tvoji hobiji?
 - Kakšen odnos imaš do prostega časa? Kakšen pomen mu pripisuješ?
 - Kako tvoji interesi pripomorejo k dobri samopodobi?
 - Kako poskrbiš za svoje dobro počutje?
 - Kolikšno pomembnost bi pripisala skrbi samemu zase?
 - Koliko pogosto nekaj zavedno narediš za to, da to pripomore k tvojemu boljšemu počutju?
 - Kako je tvoj prosti čas vplival na to, da si se odločila za otroka?
- **Zdravstvo**
 - Kako bi opisala svoje zdravje pred partnerjem?
 - Si imela kakšne zdravstvene težave? Če da, katere?
 - Kako je to vplivalo nate in dožemanje same sebe?
 - Kakšen pomen si takrat pripisovala zdravju?
- **Samopodoba, dojemaje samega sebe**

- Kako si v času pred partnerjem videla samo sebe? Kako bi ocenila počutje v lastnem telesu?
- Kako si dojemala lastno telo skozi različna življenjska obdobja?
- Kako je odraščanje v majhnem kraju, na vasi, vplivalo na tvojo samopodobo?
- Kako so vloge, ki si jih takrat imela, vplivale na tvojo samopodobo (npr. hči, študentka, dijakinja, prijateljica)?
- **Partnerstvo**
 - Kakšne so bile tvoje želje znotraj partnerskih odnosov?
 - Kam so bili partnerski odnosi usmerjeni (npr. v poroko, starševstvo itd.)?
 - Kakšen občutek si gojila do ginekologije in samimi pregledi pred željo zanositve? Kaj je takrat zate pomenil obisk ginekologa?
- **Materinstvo**
 - Kakšen je bil tvoj pogled na materinstvo pred zdajšnjim partnerjem?
 - Kakšno željo si imela do materinstva? Si od nekdaj vedela, da si želiš postati mama?
 - Kaj ti je takrat materinstvo pomenilo, predstavljalo (npr. nekaj kar ženska mora izpolniti, nekaj pomembnega, nekaj kar predstavlja breme...)?
 - Kako se je pogled na materinstvo spreminjal skozi različna življenjska obdobja?

1.2. ŽIVLJENJE S PARTNERJEM

- **Partner**
 - Kaj vama je skupno? Kaj so vajine skupne vrednote?
 - Kako je izgledalo vajino razmerje? Kaj sta si želela znotraj tega partnerskega odnosa?
 - Kdaj sta se pričela pogovarjati o temah, kot so: poroka, starševstvo, skupno življenje...? Kaj so vama te teme predstavljale?
 - Kako je partner vplival na tvoje dožemanje lastnega telesa?
- **Starševstvo**
 - Kdaj sta se prvič pričela pogovarjati o starševstvu? Koliko časa sta potrebovala, da preideta od pogovora o otrocih do dejanskega poskušanja spočetja?
 - Kaj je zate predstavljala ta ideja, da bi postala mama? Kakšne občutke je to zbudilo v tebi?
 - Si se o spočetju posvetovala z osebno zdravnico/ginekologinjo? Kdaj si prenehala z uporabo kontracepcijskih sredstev?
 - Kako sta s partnerjem spremljala obdobje plodnosti? Kdo je poskrbel za to, da sta vedela, v katerem obdobju si najbolj plodna?
 - Koliko časa sta se trudila spočeti, dokler nista poiskala pomoči, oz. se odpravila na prvi pregled?
 - Kako si se počutila v obdobju poskušanja spočetja?
 - Kako bi v tem času opisala svoj odnos do mesečnega perila/menstruacije? Kaj ti je menstruacija predstavljala?
 - Kako sta se s partnerjem v tem časovnem obdobju soočala s tem, da ni prišlo do oploditve? Kako bi takrat ocenila svojo samopodobo? Kakšen odnos si imela do lastnega telesa?
 - Kako ti je partner v tem času stal ob strani?
 - Kako sta se odločila, da obiščeta ginekologa? Sta se na pregled odpravila skupaj?

- Kako je izgledal pregled?
- Kako sta po pregledu nadaljevala s poskušanjem zanositve? Kako se je to razlikovalo od poskušanja zanositve pred obiskom ginekologinje?
- Kakšen odnos si takrat imela do spolnih odnosov? Kaj ti je predstavljala intima s partnerjem?
- Kako bi ocenila lastno samopodobo znotraj tega obdobja?
- Koliko časa sta poskušala spočeti do ponovnega obiska ginekologinje?
- Kako si se počutila v tem časovnem obdobju?
- Sta bila napotena h kakšnemu specialistu? Če da, kateremu? Kako je izgledal ta pregled?
- Je kateri od vaju imel zdravstvene težave, ki so oteževale zanositev? Če da, kateri? Kako so to ugotovili? Kakšen pregled sta opravila?
- Kako so ti pregledi vplivali na tvojo samopodobo? Kako si v tem časovnem obdobju dojemala lastno telo?
- Kdo in kdaj so, vama prvič predstavili zunajtelesno oz. umetno oploditev?
- Kakšen odnos si gojila do zunajtelesne oploditve? Kakšen odnos je gojil tvoj partner?
- Kakšen odnos si v tem časovnem obdobju gojila do svojega telesa?
- Katere druge načine starševstva so vama predstavili? Kako so vam jih predstavili? Kakšen odnos sta imela do teh načinov?

2. VSTOP V PROCES OBMP

- **Prvi postopek zunajtelesne oploditve**
 - Kdaj sta se odločila za zunajtelesno oploditev? Kako sta sprejela to odločitev?
 - Kako vama je zunajtelesna oploditev bila predstavljena podrobneje? Kdo vama jo je predstavil?
 - Kako bi ocenila primernost medicinskega osebja pri pogovoru o težavah z reprodukcijo?
 - *Postopek se prične tako s spodbujanjem jajčnikov s hormoni.* Kako je to izgledalo? Kdo ti je vbrizgal vsakodnevne injekcije? Kako si se počutila ob prejemanju le-teh?
 - Kako sta se s partnerjem takrat počutila? Kako je začetek postopka vplival na tvoje upanje?
 - Kako bi opisala lastno samopodobo v tem času?
 - Kako si takrat dojemala lastno telo?
 - *Ultrazvočna kontrola rasti foliklov in zorenje jajčnih celic*
 - Koliko pogosto si takrat obiskovala ginekološko ambulanto oz. specialista? Kaj so ti ti pregledi predstavljali?
 - Kako si v tem času poskrbela zase? Kako sta si s partnerjem v tem času stala ob strani?
 - *Ultrazvočno vodena punkcija jajčnikov & oddaja semena*
 - Kako je izgledal ta postopek? Kako si se nanj pripravila psihično?
 - Kako te je nanj pripravilo medicinsko osebje?
 - Kako si se soočala s čustvi, ki si jih doživljala pred posegom? Katera čustva so to bila?

- Kako ti je v tem času partner stal ob strani?
 - *Priprava jajčnih celic in semena v laboratoriju, oploditev in gojenje zarodkov*
 - Kako si se počutila ob čakanju na prenosa zarodka v maternico?
 - Koliko foliklov so uspeli aspirirati? Kako so opredelili to število? Kaj ti je to število predstavljalo?
 - *Prenos zarodka v maternico*
 - Ali so se celice pravilno oplodile ter razvile? Kako si se počutila, ko si izvedela, da celice (ni)so pravilno oplojene, razvite?
 - Kako je ta ves postopek vplival na vajino upanje?
 - Kako je izgledal postopek prenosa zarodka v maternico? Kaj je to zate pomenilo? Kako si se takrat počutila?
 - Kdaj si izvedela, da postopek ni uspešen? Si to izvedela s prihodom mesečnega perila?
 - Kako si se takrat počutila? Kako si v tem času dojemala lastno telo?
 - Kako sta s partnerjem poskrbela za dober odnos v tako težkem času?
 - Kdaj sta se odločila za ponovni poskus zunajtelesne oploditve?
 - Kakšen odnos si takrat gojila do zunajtelesne oploditve? Kaj ti je predstavljalo dejstvo, da boš morala skozi ta postopek ponovno?
- **Drugi postopki zunajtelesne oploditve**
 - Koliko neuspešnih poskusov zanositve sta imela do uspešne zanositve?
 - Kako si v tem času poskrbela sama zase? Kdo, poleg partnerja, ti je stal ob strani? Na koga si se lahko zanesla?
 - Kako bi ocenila tvoj odnos do družbe (prijateljev, staršev, itd.), ko je postopek bil neuspešen (si se iz družbe odmaknila, si jo še bolj potrebovala, ipd.)?
 - Kako se je odnos do zunajtelesne oploditve spreminjal s številom neuspešnih postopkov?
 - Kako se je spreminjala želja do starševstva s številom neuspešnih postopkov?
 - Kaj so ti neuspešni postopki predstavljali?
 - Kako si v tem času poskrbela sama zase?
 - Kako se je spreminjal odnos do menstruacije s številom neuspešnih postopkov?
 - Kdaj si izvedela, da si noseča? Kako si se takrat počutila?
 - Koliko časa je trajalo, da zanosiš od prvega postopka zunajtelesne oploditve?
 - Kako si sprejela novico, da si noseča?
 - Kako si v zgodnjih mesecih nosečnosti poskrbela sama zase?
 - Kako bi opredelila svoje dožemanje lastnega telesa kot reproduktivno sredstvo, ko si zanosila? Kako si se takrat dojemala kot žensko?
 - Kako je nosečnost vplivala na samopodobo?
 - Kako je nosečnost potekala? Kako si se soočala z morebitnimi zapleti?
 - Kako je materinstvo vplivalo na tvojo samopodobo?
 - **Želja po še enem otroku**
 - Kdaj se vama je prvič porodila želja po še enem otroku? Kdo je prvi izrazil to željo?
 - Kaj vama je predstavljala želja po še enem otroku?

- Sta vedela, da bo potrebna ponovna zunajtelesna oploditev? Če da, kakšen odnos sta gojila do le-te?
- Kako pripravljena si bila, da greš ponovno skozi ta postopek?
- Kolikokrat sta pripravljena poskusiti z zunajtelesno oploditvijo?
- Kakšni občutki so se ti porajali ob ponovni omembi zunajtelesne oploditve?
- Kakšni občutki so se ti porajali ob neuspešnem postopku?

9.3. Osnovno kodiranje

- **Družbeno okolje**

- Načini preživljanja prostega časa
 - Preživljanje prostega časa (A2)
 - Vrednote v vsakdanjem življenju (A3)
- Norme in pričakovanja o družinskem življenju
 - Pričakovanja družine (A20)
 - Usmerjanje družine preko vzgoje (A23)
 - Odsotnost pritiska s strani družine (A25)
 - Vpliv družinskih vzorcev na odločitve o materinstvu (D1)
 - Prioriteta izobrazbe in materialne stabilnosti (D2, E1)
 - Družbena pričakovanja glede materinstva (E3)
 - Pogovor o otrocih (H1)
 - Usmerjanje v materinstvo (I1)
 - Usmerjanje v materinstvo v otroštvu (J1)
 - Materinstvo kot norma (J5)
- Partnerski odnos
 - Bivanje in selitev (A8)
 - Želja po lastni družini (A24)
 - Pomembnost preživljanja časa z družino (A59)
 - Partnerska usmeritev v družinsko življenje (A22)
 - Poroka in zaposlitev (A29)
 - Zgled za zdravo prehranjevanje (A66, A67)
 - Načini skrbi zase in prenos vrednot na naslednjo generacijo (A81)
 - Močna zaljubljenost na začetku razmerja (A88)
 - Spreminjanje s partnerjem skozi odrasčanje (A89)
 - Partnerski odnos kot zgled hčerki (A91)
 - Odločitev za poroko (A92)
 - Želja po lastni družini (A93)
 - Prva spolna izkušnja (A95)
 - Vpliv prvega spolnega odnosa na telesno samopodobo (A96)

- Prizadevanje za zanositev (A117)
- Skupne vrednote v partnerskem odnosu (A118)
- Pogoji, ki so morali biti izpolnjeni za starševstvo (A119)
- Čustveno doživljanje starševstva (A120)
- Visoka želja po starševstvu (A122)
- Pričetek pogovora o starševstvu po letu in pol zveze (D11)
- Neobremenjen vstop v načrtovanje starševstva (D12)
- Poglobljen partnerski odnos po težki preizkušnji (D79)
- Vpliv kakovosti partnerskega odnosa na razmišljanje o materinstvu (E7)
- Želja po starševstvu (E8)
- Pričetek pogovora o starševstvu (A116, E14)
- Pričetek pogovora o starševstvu po letu zveze (F6, I10)
- Neujemanje v želji po otroku (G10)
- Začetek partnerskega odnosa (A87, H13, I9)
- Pričetek pogovora o starševstvu po 5 letih zveze (H14)
- Pogovor o starševstvu ob začetku razmerja (J13)
- Pogovor o neplodnosti
 - Transparentnost in podpora v postopku umetne oploditve (A53, A276)
 - Pogovor o nosečnosti (A54)
 - Iskanje podpore (A167)
 - Odkrito in iskreno o zunajtelesni oploditvi (A296)
 - Neprimerni komentarji (A309, D52, D59, E39, E59, G27, H69)
 - Izogibanje pogovorom o neplodnosti (D58)
 - Molk o neplodnosti (E58, I18)
 - Sočustvovanje ljudi (G1)
 - Opolnomočenje drugih žensk (G58)
 - Naraščanje odprtosti s časom (H48)
 - Odprto o neplodnosti (H58)
 - Pomanjkanje odprtega diskurza o neplodnosti (H70)
 - Obžalovanje molka o neplodnosti (I32)
 - Večja odkritost o neplodnosti (I43, I44)
 - Čustvena ranljivost ob pogovoru o zanositvi (J22)
- Potrebe po podpori
 - Potreba po večjem razumevanju (E57, E64)
 - Potrebe po pogovoru ob stiski (E63)
 - Potreba po podpori okolja (G45)
 - Partnerska in družinska opora (H40)
 - Želja po pozitivnem odnosu (H52)
 - Želja po pozitivni energiji in upanju (H68)
 - Podpora v obliki poslušanja (H72)

- Podpora socialne mreže (H77)
- Potreba po podpori moža in družine (I19)
- Odnosi v primarni družini
 - Povezanost družine (H2)
 - Bivanje v hiši (A4)
 - Izguba družinskega člana (A5)
 - Stik z nečakinjo (A6)
 - Preživljanje časa v otroštvu (A7)
 - Porazdelitev dela (A9)
 - Ženska vloga matere (A10)
 - Delitev dela med mamo in očetom (A11)
 - Vključenost v opravila in upiranje (A12)
 - Hvaležnost za delovne navade (A13)
 - Čustvena navezanost na družinske člane (A14)
 - Medgeneracijska povezanost (A15)
 - Porazdelitev dela med starši (A16)
 - Očetove naloge (A17)
 - Porazdelitev dela med otroki (A18)
 - Primerjava porazdelitev vlog v primarni in jedrni družini (A19)
 - Vzor družinskega življenja (A21)
 - Medsebojni odnosi v širši družini (A50)
- Odnos z vrstniki
 - Zamerljivost pri odraslih (A36)
 - Prijateljstvo in ohranjanje stikov (A47)
 - Prijateljstva iz osnovne šole (A48)
 - Družinska prijateljstva (A49)
 - Zaupanje prijateljicam (A51)
 - Pogovor o otrocih s prijateljicami (A52)
 - Počutje znotraj kolektiva (A45)
 - Odprt odnos s prijateljicami (A55)
 - Zbadanje vrstnikov (H9)
 - Občutek nesprejetosti s strani vrstnikov (H10, H11)
- **Dojemanje sebe**
- Pogled na materinstvo
 - Razvijanje občutka ženskosti skozi vzgojo (A98)
 - Želja po materinstvu (D4, F3, I2, I3, J8)
 - Ambivalentno doživljanje materinstva (D5)
 - Nespremenjena želja po materinstvu (D8)
 - Odsotnost razmišljanja o materinstvu v otroštvu (E2, E4, E6)
 - Dojemanje materinstva kot samoumevnega (E5)

- Spremembe v pogledu na materinstvo (F2, F4, I6)
- Materinstvo kot pozitivna izkušnja (G2)
- Materinstvo kot nekaj bolečega (G3)
- Doživljanje materinstva kot prelomnico v življenju (G5)
- Sprememba v pogledu na materinstvo (G6)
- Idealizirano materinstvo (H3)
- Naraščanje skrbi za druge s starostjo (H4)
- Razvoj želje po materinstvu (H5)
- Pozitiven pogled na materinstvo (H7)
- Materinstvo kot sreča (I4)
- Lahkotno dožemanje materinstva v otroštvu (I5)
- Materinstvo kot nekaj pričakovanega (J2)
- Odsotnost želje do materinstva v mladostništvu (J3)
- Nosečnost kot sprožitev razmišljanja o materinstvu (J4)
- Materinstvo kot dolžnost (J6)
- Zavestna odločitev proti materinstvu (J7)
- Identiteta in izražanje spola
 - Pogovor o ženskosti z materjo (A74)
 - Aktivnosti za izražanje ženskosti s hčerjo (A75)
 - Prehodi v ženskost (A76)
 - Izražanje ženskosti s skrbjo zase (A77)
 - Spremembe v dožemanju ženskosti skozi odraščanje (A78)
 - Zunanji vpliv na dožemanje ženskosti in skrbi zase (A79)
 - Razvoj in izražanje ženskosti (A97)
 - Prevzete vloge kot ženska (A84)
 - Materinstvo kot temeljna naloga ženske (D6)
 - Pomen materinstva (E41)
 - Doživljanje materinstva kot poslanstvo (G4, H6)
 - Predstavitev sebe kot žene in mame (A1)
- Samopodoba
 - Pozitivna ocena lastne samopodobe (A63)
 - Nihanje samopodobe v puberteti (A70)
 - Vpliv partnerja na pozitivno samopodobo (A71, A90)
 - Odraščanje na vasi in samopodoba (A72)
 - Vloge in samopodoba (A73)
 - Vpliv prvega spolnega odnosa na telesno samopodobo (A96)
 - Nižja samopodoba v osnovni šoli (D8)
 - Spremembe v samopodobi (D9)
 - Pozitivna samopodoba v odraslem obdobju (D10)
 - Stabilnost samopodobe (D47)

- Sprememba v samopodobi in dojemaju življenja (D51, D60)
- Dolgotrajna sprememba odnosa do svojega telesa (D92)
- Nizka ocena samopodobe v mladostništvu (E9)
- Vpliv staršev na samopodobo (E10)
- Krepitev samopodobe s starostjo (E12)
- Vpliv stresnih situacij na samopodobo (E13)
- Sprememba v odnosu do lastnega telesa (E24)
- Ljubeč odnos do telesa (E36)
- Hvaležnost telesu (E74)
- Boljše poznavanje same sebe (E75)
- Pozitivna ocena samopodobe (F5, J67)
- Stabilnost samopodobe (F24)
- Nizka ocena samopodobe (G7)
- Brazgotine kot dokaz izkušenj in moči (G56)
- Povečana samozavest ob uspehu (G57)
- Nizka ocena samopodobe v osnovni šoli (H8)
- Sprememba pogleda na samopodobo (H12)
- Vpliv neplodnosti na samopodobo (H57)
- Stabilnost samopodobe ob neuspehih (H65)
- Hvaležnost svojemu telesu (H85)
- Pozitiven vpliv izkušnje na samopodobo (A314, H86, J68)
- Pozitivna ocena samopodobe v otroštvu (I7)
- Ohranjanje pozitivne samopodobe skozi različna življenjska obdobja (I8)
- Stabilnost samopodobe v postopkih ZTO (I26)
- Nizka ocena samopodobe v otroštvu (J9)
- Nizka ocena samopodobe v najstništvu (J10)
- Naraščanje pozitivne samopodobe s starostjo (J11)
- Pozitivna ocena samopodobe v odrasli dobi (J12)
- Nežnost do svojega telesa (A315)
- Aserktivnost (A316)
- Sprememba v odnosu do svojega telesa (A318)
- Pozitivni vpliv nosečnosti na samopodobo (B55, B63)
- Dojemanje sebe skozi cenjene vloge
 - Poklicna zavezanost (A46)
 - Predanost vlogi matere (A85)
 - Zadovoljstvo v starševskih vlogah (A86)
 - Ponos ob materinstvu (G9)
- Izobrazba in poklic
 - Vpliv čustev na šolski uspeh (A26)
 - Prepis na drugo srednjo šolo (A27)

- Fakultetno izobraževanje (A28)
- Poklicne aspiracije (A30)
- Delo z otroki (A31)
- Razlikovanje med vrtcem in osnovno šolo (A32)
- Cenjene lastnosti dela z otroki (A33, A35)
- Zadovoljstvo s poklicem (A34)
- Prepričanost v svoj položaj pri otrocih (A37)
- Vpliv vzgojiteljice na otroke (A38, A42)
- Prilagodljivost in razgibanost dela v vrtcu (A39)
- Aktivnosti z otroki (A40, A41, A44)
- Naklonjenost otrokom (A43)
- Doživljanje svojega dela (A121)
- **Reproduktivno zdravje**
 - Telesno zdravje in počutje
 - Bolečine v predelu rodil (A61)
 - Endometrioza in operacije (A62)
 - Ginekološki pregledi (A99)
 - Pričetek ginekoloških težav (A103)
 - Ginekološki pregledi zaradi bolečin (A112)
 - Boleče menstruacije (F10)
 - Psihične in fizične bolečine ob menstruaciji (G16)
 - Osebne izkušnje in počutje
 - Slabe izkušnje z ginekološkim osebjem (A100)
 - Neprijetni občutki ob ginekoloških pregledih (A101)
 - Neprimernost ginekološkega osebja (A102)
 - Dobre izkušnje z medicinskim osebjem (A108)
 - Neprijetna izkušnja (A113)
 - Bolezen na ženskih reproduktivnih organih
 - Endometrioza (A104)
 - Miomi in trije ginekološki posegi (A105)
 - Postavljene diagnoze (D61)
 - Zdravstvene težave (F7)
 - Postavljena diagnoza endometrioze (G15)
 - Uporaba kontracepcijskih sredstev
 - Kontracepcijske tabletk (A94)
 - Primoranost jemanja kontracepcijskih tabletk (A109)
 - Svetovanje hčerki o uporabi kontracepcijskih sredstev (A111)
 - Pogovor o menstrualnih pripomočkih in kontracepcijskih sredstvih (A82)
 - Pozitivni učinki kontracepcijskih tabletk (A110)
 - Načrtovanje starševstva ob opori ginekologinje

- Obisk ginekologinje zaradi neplodnosti in hormonska terapija (A127)
- Odločitev za iskanje pomoči (D13, E16, E17)
- Dolgotrajno čakanje na obravnavo (D21)
- Lahkotna obravnavo ginekologinje zaradi mladosti (D22)
- Razočaranje nad zapravljenim časom (D23)
- Obdobje poskušanja naravnega spočetja
 - Sproščenost pri načrtovanju družine (A124, A125)
 - Oklevanje ginekologinje za napotitev (A132)
 - Spremembe v pogledu na starševstvo (A126)
 - Občutki razočaranja ob neuspešnih poskusih naravnega spočetja (A160)
 - Naraščanje nelagodja s časom (A161)
 - Menstruacija kot opomnik neuspešnosti (A162)
 - Pripisovanje odgovornosti sami sebi za neplodnost (A163)
 - Samopodoba in občutki krivde (A164)
 - Vrvež čustev (A165)
 - Povečanje stiske s časom (D15)
 - Razočaranje ob negativnih testih in menstruaciji (D16)
 - Razočaranje nad lastnim telesom (D17, D19)
 - Obdobje poskušanja zanositve brez medicinske pomoči (E15)
 - Začetek zdravstvenih zapletov (G11)
 - Neuspešni poskusi in izguba nosečnosti (G14)
 - Razočaranje ob menstruaciji (G18)
 - Izguba nosečnosti (H16, H19)
 - Občutki bolečine ob izgubi nosečnosti (H17)
 - Občutek čustvenega zloma (H20)
 - Potrtost ob menstruaciji (I12)
 - Stresno obdobje (J14)
 - Spolni odnosi kot obveza (J15)
 - Zmanjšana spolna želja zaradi pritiska zanositve (J16)
 - Sum o neplodnosti (J17)
 - Odnos do menstruacije v obdobju poskušanja naravnega spočetja (J18)
- Sprejemanje alternativnih načinov nosečnosti
 - Sprijaznjenost z zunajtelesno oploditvijo (A149)
 - Sprijaznjenost z diagnozo neplodnosti (G23)
 - Sprejemanje težke poti (H49)
 - Prilagoditev pričakovanj (D24)
 - Prehod v drugačen način načrtovanja družine (H24)
- Iskanje strokovne pomoči za neplodnost
 - Napotitev na kliniko za neplodnost (A131, D20, F9, H21, I15, J20)
 - Želja po nadaljnji napotitvi (A133)

- Obdobje odločanja za iskanje pomoči (A147)
- Pričakovanje ponudbe zunajtelesne oploditve (A148)
- Prvi postopek ZTO pri 25 letih (A151)
- Odločitev za zdravljenje v tujini (F11)
- Upanje za zdravljenje v Sloveniji (F13)
- Pridobitev strokovne pomoči po enem letu (G19)
- Čakalna doba na prvi pregled (H22)
- Dolgotrajne in zamudne preiskave (H23)
- Vstop v postopek inseminacije po letu in pol obravnave na kliniki za neplodnost (H28)
- Neuspešna postopka inseminacije (H29)
- Iskanje strokovne pomoči po 2. izgubi nosečnosti (H35)
- Zavedanje težav (H36)
- Iskanje strokovne pomoči po enem letu neuspešnih poskusov (I11)
- Zaupanje medicinskemu osebju, kljub zaskrbljenosti (I16)
- Iskanje strokovne pomoči po šestih mesecih (J19)
- Obravnava ginekologinje
 - Lahkotna obravnava neplodnosti zaradi mladosti (A128)
 - Odločitev za obisk ginekologinje (A129)
 - Minimalistična podpora ginekologinje (D27, E21)
 - Minimalna medicinska podpora (D62)
 - Razumevanje s strani ginekologinje (F12)
 - Lahkotna obravnava ginekologinje (G20)
 - Opора ginekologa (I31)
 - Svetovanje s strani ginekologinje (J21)
- Vzroki neplodnosti
 - Iskanje vzrokov za neplodnost (A136)
 - Odsotnost točnega razloga za neplodnost (A137)
 - Slabši izvid partnerja in partnerice (A150)
 - Nejasnost vzroka neplodnosti (A196)
 - Endometrioza, PCOS in OAT (D44)
 - Postopno odkrivanje vzrokov za neplodnost (D45)
 - Zdravstvene težave obeh partnerjev (E33)
 - Zdravstvene težave (F7)
 - Endometrioza kot vzrok neplodnosti (F15)
 - Nepojasnjeni vzroki za neplodnost (H27)
 - Nadaljnje preiskave in nepojasnjeni vzroki neplodnosti (H28)
 - Zaraščenost jajcevodov (I24)
 - Slabša gibljivost semenčic partnerja (J31)
- Odnos do ginekoloških pregledov
 - Sprememba v odnosu do ginekoloških pregledov (A115)

- Dojemanje pregledov kot korak k doseganju cilja (E45)
- Napornost pregledov (G35)
- Dojemanje ginekoloških pregledov kot neprijetnih, a obveznih (A114, H62, J37)
- Zasičenost z medicinskimi pregledi (J38)
- Načrtovanje nosečnosti
 - Priprava na nosečnost (A159)
 - Pojav težav ob začetku načrtovanja nosečnosti (H15)
 - Časovno obdobje poskušanja zanositve (I38, I39)
- Posegi na ženskih reprodukcijskih organih
 - Opis posegov (A106)
 - Neprijetni občutki ob posegih in slabo prenašanje anestezije (A107)
 - Operacija zaradi zaraščenih jajcevodov (I14)
- **Doživljanje neplodnosti**
- Samorefleksija
 - Dvom o usodi (A171)
 - Neuspešnost postopkov (A172)
 - Vpliv starševske izkušnje na samorefleksijo (A173)
 - Sprememba perspektive zaradi že obstoječega starševstva (A187)
 - Spraševanje o namenu in usodi (D18)
 - Razmišljanje o smislu (A170, D30, D31)
 - Premišljevanje o nadaljnjih postopkih (A301)
 - Vpliv prejšnjih postopkov na prihodnje odločitve (A303)
 - Močna želja po starševstvu (A302, A304, D55)
 - Občutki krivice (E37)
 - Dvom v telesno sposobnost zanositve (E46)
 - Dvom v svoje telo (H54)
 - Zavedanje zamujenih trenutkov zaradi skrbi (I40, I41)
 - Sprememba v odnosu do neplodnosti (I42)
 - Drugačno dojemanje neplodnosti (I44)
- Počutje v obdobju prizadevanja za otroka
 - Razočaranje nad sabo (D26, D32)
 - Vrednotenje izkušenj (D28)
 - Menstruacija kot opomnik neuspešnosti (D29)
 - Občutek nemoči (D33)
 - Upadanje upanja (E23)
 - Razočaranje nad neuspehom in lastnim telesom (E26)
 - Sprijaznjenost z usodo (H60)
- Psihološke obremenitve ob neplodnosti
 - Lahkotno dojemanje neplodnosti zaradi mladosti (A130)
 - Doživljanje neuspešnih postopkov (A190)

- Menstruacija kot opomnik neuspešnosti (A191)
- Čustven izliv ob neuspešnosti kot olajšanje (A192)
- Drugačno doživljanje neuspešnih postopkov ob že obstoječem starševstvu (A193)
- Hrepenenje in hvaležnost (A194)
- Izkušnje drugih (A195)
- Dojemanje diagnoze neplodnosti (D35)
- Razočaranje nad neplodnostjo (D36)
- Neplodnost kot nepričakovana življenjska preizkušnja (D37)
- Občutki krivde (D38)
- Olajšanje pri porazdelitvi »krivde« (D46)
- Razočaranje nad lastnim telesom (D48)
- Iskanje smisla (D49)
- Občutek izgube (D50)
- Bolečina ob primerjanju z drugimi (D53, D54)
- Občutki nepravilnosti (D56, D57)
- Občutek izgube nadzora (D64)
- Občutki neizpolnjenih pričakovanj (H42)
- Usmerjenost misli v zanositev (H43)
- Razpad telesno-psihičnega ravnovesja (H44)
- Negativni občutki in skrivanje neplodnosti (H47)
- Negativne misli o sebi (H55)
- Občutki nesposobnosti (H59)
- Nezmožnost prenehanja razmišljanja o neplodnosti (H82)
- Težka življenjska preizkušnja (H87)
- Neobremenjenost z diagnozo (I25)
- Neobremenjenost z diagnozo zaradi partnerjeve neplodnosti (J24)
- Partnerjevo spraševanje o »moškosti« (J32)
- Psihosocialna podpora
 - Zavračanje psihiatrične pomoči (D40)
 - Potreba po partnerski opori (D41)
 - Odsotnost socialne delavke (D42, D75, E53, F17, H67, I30, J49)
 - Potrebe po več informacijah (D76, G42, G48, J52)
 - Odsotnost psihosocialne pomoči (E28)
 - Vrstniška podpora (E30, E43)
 - Vključitev v plačljive oblike podpore (E31)
 - Primanjkovanje informacij o postopku (E54)
 - Primanjkovanje empatije in razumevanja (E55)
 - Nepoiskana strokovna pomoč (F14, I20)
 - Potreba po sočutju in osebnem pristopu (F18)
 - Iskanje strokovne psihiatrične podpore (G21, G26)

- Nezavedanje o vlogi socialne delavke (G40)
- Potreba po prijaznem medicinskem osebju (I37)
- Primanjkovanje psihosocialne pomoči (J27, J28)
- Vključitev v psihoterapevtsko obravnavo (J29)
- Potreba po časovno dostopni in celostni razlagi postopkov (J50)
- Potreba po podpori v primeru neuspeha (J51)
- Potreba po vključitvi delavke, ki bi nudila psihosocialno pomoč (J53)
- Potreba po psihosocialni pomoči (J54)
- Potreba po večji podpori (J58)
- Opora socialne mreže
 - Podpora drugih žensk (A213)
 - Pridobivanje informacij o postopku (E47)
- **Izkušnja zunajtelesne oploditve**
- Spoznavanje klinike za neplodnost
 - Drugačna obravnava na kliniki za neplodnost (A134)
 - Počutje ob obisku klinike za neplodnost (D34, E25)
 - Predstavitve klinike pred pričetkom postopka (A154)
 - Obisk klinike za neplodnost kot zagon (G22)
 - Upanje ob iskanju strokovne pomoči (I13)
 - Visoka pričakovanja ob začetku zdravljenja (I17)
 - Vznemirjenost ob prvem obisku klinike (J23)
- Začetek postopka
 - Hiter začetek postopka in odsotnost strahu (A138)
 - Prvi stik s kliniko za neplodnost (A139)
 - Raziskovanje vzrokov za neplodnost (A140)
 - Spoznanje s kliniko za neplodnost in dobro počutje (A141)
 - Odločnost za umetno oploditev (A157)
- Medicinsko osebje
 - Kakovost oskrbe glede na razpoložljiv čas medicinskega osebja (A144)
 - Zadovoljstvo z osebjem in kliniko (A145)
 - Razumevanje pomanjkanje časa medicinskega osebja (A215)
 - Ravnanje medicinskega osebja v postopku aspiracije foliklov (A230)
 - Seznanjenost s strani medicinskega osebja (A241)
 - Pozitivna izkušnja z zdravstvenim osebjem (B20, B47)
 - Pristojno medicinsko osebje (A216, D39, D74)
 - Vzdržanost komentarjev medicinskega osebja (A251)
 - Neinformiranost o možnem številu (ne)oplojenih jajčec (A252)
 - Neprimernost medicinskega osebja (D63, D65, E18, E19, J36)
 - Želja po spodbudnih besedah (D77)
 - Neoseben pristop v zdravstvenem sistemu (E20)

- Večja podpora medicinskega osebja v tujini (E22)
- Trud večine medicinskega osebja (E27)
- Cenjenje iskrenosti (E29)
- Primernost medicinskega osebja še posebej v tujini (E50)
- Neprimernost komentarjev medicinskega osebja (E51)
- Cenjene lastnosti pri medicinskem osebju (E52)
- Primernost medicinskega osebja (F16, J25)
- Zaupanje v osebno zdravnico (G36)
- Trud medicinskega osebja (G39)
- Želja po toplejšem odnosu (G44)
- Brežčuten pristop medicinskega osebja (H18)
- Pozitivni komentarji ginekologinje (H41)
- Sočutno in zanesljivo osebje (H50)
- Neprimeren odnos s strani medicinskega osebja (H51)
- Prijazno medicinsko osebje (I29)
- Razlika v osebju pri različnih klinikah za neplodnost (J39)
- Negativne izkušnje z medicinskim osebjem v Ljubljanski kliniki za neplodnost (J41)
- Neoseben odnos do moškega v postopku ZTO (J42, J43)
- Občutek izolacije zaradi medicinskega osebja (J44)
- Obravnava brez komunikacije (J47)
- Občutek osebne obravnave v Postojni (J48)
- Opredelevanje postopkov
 - Opredelevanje števila postopkov (A292, D43, E32, G28, G29, I22, I23, J30)
 - Razlaga pojmov (A291)
 - Zadnji zastoj postopek (A293)
 - Neuspešni postopki (D66)
- Počutje znotraj postopkov
 - Motivacija za umetno oploditev (A158)
 - Odsotnost dvoma v uspešnost postopka (A152)
 - Močno upanje in prepričanje v uspešnost prvega postopka (A200)
 - Vaginalni pregledi kot rutina (A214)
 - Spreminjanje razpoloženja (A219)
 - Različni občutki nerazumevanja, strahu, negotovosti (A244)
 - Veselje (B10)
 - Ponos ob samoaplikaciji injekcij (B13)
 - Izčrpanost zaradi zdravljenja (D67)
 - Iskanje nadzora (E49)
 - Vrednotenje izkušnje kot naporne (G12)
 - Prisotnost stresa in pritiskov (G13)
 - Neobremenjen vstop v postopek ZTO (G32)

- Občutek upanja kljub težkemu obdobju (G47)
- Mešani občutki v postopku ZTO (I27)
- Napeto vzdušje v čakalnici (J45)
- Reproduktivne odločitve
 - Spontana odločitev za umetno oploditev (A156)
 - Možnost zamrzovanja oplojenih jajčec (A249)
 - Strah za življenje (D70)
 - Odločitev o zaključku zdravljenja (D73)
- Psihološke in fizične obremenitve v postopku ZTO
 - Zdravstveni zapleti v postopku (D71)
 - Boj za preživetje (D72)
- Partnerjeva vloga pri soočanju z izzivi ZTO
 - Prisotnost partnerja ob pogovorih (A143)
 - Reševanje težav v okviru partnerske zveze (A168)
 - Čustvena podpora partnerja (B6, B14)
 - Podpora partnerja pri zdravstvenih pregledih (B9, B15)
 - Zadovoljstvo ob prenosu zarodka v maternico (B31)
 - Podpora partnerja (C11, C15, D78, E40)
 - Boleča punkcija jajčec in podpora družine (C38)
 - Potreba po opori partnerja (F19, I36)
 - Potreba po večjem razumevanju (G52)
 - Prestajanje najtežjih preizkušenj (H75)
- Dojemanje zunajtelesne oploditve
 - Odsotnost strahu in občutek pričakovanja (A135)
 - Različnost žensk, ki se srečujejo z ZTO (A146)
 - Družbena in verska prepričanja v postopku ZTO (A169)
 - Edinstvenost izkušenj žensk in vpliv ZTO na predčasno menopavzo (A248)
 - Opredelitev najtežjih postopkov zdravljenja (A201, D80, E60, F20, G46, H74, I33, J55)
 - Hvaležnost za priložnost (A217, A222)
 - Intenzivno obdobje (A220)
 - Razumevanje osebnih dilem (A221)
 - Utrujenost od postopka (A223)
 - Vrednotenje izkušnje kot drugačne (A287)
 - Zavedanje hude psihofizične obremenitve ob ZTO (A311)
 - Občutki ponosa in upanja (D91)
 - Občutki upanja (E34)
 - Vrvež čustev (E44)
 - Dvom in ponovno vzpostavljanje zaupanja v proces (E48)
 - Pogled nazaj z občudovanjem (E72)
 - Občutki žalosti, nemoči (F21)

- Občutki sreče ob prvi uspešni ZTO (G30)
- Brez večjih čustvenih obremenitev zaradi uspeha (G37)
- Hvaležnost za izkušnjo (G54)
- Mešani občutki (H76)
- Nezmožnost omilitve stiske (H78)
- Sprememba v odnosu do svojega telesa (H84)
- Želja po nosečnosti kot vodilo skozi težke preizkušnje (I28)
- Negativen odnos do ZTO zaradi neuspeha (J39)
- Nezavedanje vpliva postopka na počutje (J64)
- Brezosebnost postopka (J65)
- Faza prenosa zarodka v maternico
 - Hrepenenje po zanositvi (A175, B25)
 - Samo eno dozorelo jajčece (A176)
 - Okrevanje po aspiraciji foliklov (A245)
 - Število jajčec (A246)
 - Občutki upanja (D81)
 - Čustvena nihanja (D82)
 - Omejitev števila prenesenih zarodkov (A255)
 - Potek prenosa zarodka v maternico (A256)
 - Priprava na prenos zarodka v maternico (A258)
 - Eno oplojeno jajčece (A253, B25)
 - Pozitivna naravnost (A254)
 - Prepričanje v uspešnost postopka (A257)
 - Napotki za naslednje faze (B22)
 - Okrevanje po posegu (B23)
 - Prepričanost v uspešnost postopka (B26)
 - Občutki sreče in upanja po prenosu zarodka (B27)
 - Hiter potek prenosa (B28)
 - Sprejemanje bolečine zaradi sreče in zadovoljstva (B29)
 - Sreča in trdna prepričanost v uspešnost postopka (B30)
 - Dve oplojeni jajčeci (C12)
 - Prenos zarodka v maternico (C34, C39)
- Psihične obremenitve ob neuspešnosti postopka
 - Lažno upanje (A294)
 - Občutki ob neizpolnjenih pričakovanjih (A295)
 - Izražanje čustev (A297)
 - Slabo počutje ob neuspešnih postopkih (A298, C22)
 - Iskanje vzroka v sebi ob neuspešnem postopku (A299)
 - Predelovanje čustev s pogovori (A306)
 - Čustvena teža deljenja neuspeha (A307)

- Prisotnost negativnih občutkov ob delitvi neuspeha (A308)
- Neprijetni občutki ob interakcijah z drugimi (A310)
- Občutki obupa (C19)
- Huda bolečina ob neuspehu postopka (C20)
- Neizpolnjena želja po nosečnosti (C21)
- Žalost ob neuspešnem postopku (C25)
- Menstruacija kot opomnik neuspešnosti postopka (C31, C35, C40)
- Občutki obupa in vdanosti v usodo (C32)
- Naraščanje bolečin z neuspehi (E35)
- Naraščanje občutkov obupa, žalosti in jeze (E61)
- Neuspešen prvi postopek ZTO (H31)
- Menstruacija kot opomnik neuspešnosti (H37)
- Ponavljajoč se cikel (H38)
- Strah pred neuspehom (H39)
- Čustvena ranljivost ob neuspehu (H63)
- Čustvena prilagoditev na neuspeh (H64)
- Samospraševanje in iskanje lastne odgovornosti po neuspehu (J35)
- Stiska zaradi pomanjkljivih informacij (J36)
- Občutek osamljenosti in brezupa (J57)
- Nosečnost
 - Rizična nosečnost (A177, B61, B67)
 - Doživljanje rizične nosečnosti (A179)
 - Rojstvo prvega otroka (A180)
 - Hospitalizacija zaradi tvegane nosečnosti (A182)
 - Potrjena nosečnost (A202, B38)
 - Krvni test nosečnosti in visoka vsebnost hormonov (A264)
 - Visoka vsebnost hormonov in slabost (A265)
 - Odločitev o načinu poroda (A278)
 - Prvi ultrazvok (B42)
 - Prisotnost partnerja pri zdravstvenih pregledih (B45)
 - Predležčja posteljica (B69)
 - Upanje ob nosečnosti (E42)
 - Napovedan carski rez (A181, B72, G24)
 - Sprejemanje neuresničenih pričakovanj (G25)
 - Skrb zase med nosečnostjo (G32)
 - Izguba nosečnosti (H32)
 - Nosečnost s pomočjo zunajtelesne oploditve (H34)
- Vpliv nosečnosti na telo
 - Močna slabost (A267)
 - Težavno prenašanje slabosti (A269)

- Slabo psihofizično počutje (B39)
- Utrujenost in slabost (B40)
- Trud kljub slabosti (B41)
- Nepredvidljivo počutje (B49)
- Utrujenost in naveličanost (B50)
- Upanje na izboljšanje počutja, kljub hudi slabosti (B51)
- Doživljanje nosečnosti
 - Veselje ob nosečnosti (A266)
 - Pozitivno vrednotenje nosečnosti (A268)
 - Počutje v obdobju prve nosečnosti (A274)
 - Dober odnos do telesa (A277)
 - Sreča ob prvem ultrazvoku (B43)
 - Strah ob krvavem izcedku (B44)
 - Veselje ob prejemu materinske knjižice (B48)
 - Pozitivni občutki ob nuhalnem ultrazvoku (B52)
 - Nestrpno pričakovanje otroka (B53, B77, B82, B84, B85)
 - Veselje in pričakovanje spola otroka (B58)
 - Sreča ob razkritju spola otroka (B59)
 - Čustveni odziv ob pregledu in deljenju trenutka s partnerjem (B60)
 - Čustvena in telesna povezanost z otrokom (B62, B76)
 - Nezadovoljstvo ob napovedanem carskem rezu (B73)
 - Skrbi glede anestezije in okrevanja (B74)
 - Čustveno soočanje z omejitvami ob porodu (B75)
 - Občutki hvaležnosti (B68)
 - Občutki veselja (B80)
 - Sprememba v čustvenem stanju in zmanjšanje strahu (B81)
 - Sprejemanje situacije in obvladovanje strahu (B83)
 - Vpliv nosečnosti na dobro počutje (E43)
 - Polaganje upov v nosečnost (E73)
 - Pozitiven vpliv nosečnosti na samopodobo (A275, G34)
 - Preusmerjanje občutkov negotovosti in strahu (H66)
- Občutki v obdobju čakanja potrditve nosečnosti
 - Zanesljivost potrjevanja nosečnosti (A203)
 - Čakanje in negotovost (B32)
 - Neučakanost (A204)
 - Potrjevanje nosečnosti (A205)
 - Čustvena stiska ob čakanju rezultatov (A206)
 - Navodila po prenosu zarodka v maternico (A270)
 - Skrb zase in želja po nosečnosti (A271)
 - Čas za okrevanje po prenosu zarodka (A272)

- Načini skrbi zase po prenosu zarodka (A273)
- Negativen test nosečnosti (B33)
- Veselje ob pozitivnem testu nosečnosti (B34)
- Mešani čustveni odzivi (B35)
- Postopno potrjevanje nosečnosti (B36, B37)
- Visoka pričakovanja (A259)
- Čakanje na rezultate in čustvene reakcije (A260)
- Trdna prepričanost v uspešnost postopka (A261)
- Čakanje rezultatov (A262, A263)
- Močno upanje ob prenosu zarodka v maternico (C13)
- Negativen test nosečnosti (C16, C17, C18, C30)
- Psihološki in fizični vidiki nosečnosti
 - Tvegana nosečnost in občutki strahu glede druge nosečnosti (A183)
 - Sprememba doživljanja nosečnosti s starostjo (A184)
 - Uspešnost prvega postopka (A185)
- Psihološki in fizični izzivi ob zapletih pri porodu
 - Tveganje in zapleti pri porodu (A279)
 - Prvi stik z otrokom (A280)
 - Prisotnost študentov (A281)
 - Doživljanje intimnosti v postopku zunajtelesne oploditve (A282)
 - Prilagajanje na medicinske postopke (A283)
 - Pomembnost prvega stika z otrokom (A284)
 - Vloga moža med porodom (A285)
 - Stik moža in hčerke (A286)
- Doživljanje drugih postopkov
 - Premišljevanje o smislu in usodi drugega otroka (A178)
 - Osebna odločitev o drugih postopkih (A288)
 - Direktna napotitev ob drugih postopkih (A289)
 - Naključno odločanje o drugih postopkih (A290)
 - Pripravljenost na druge postopke (A305)
 - Soočanje z izgubo in odložitev nadaljnjih postopkov (C23)
 - Iskanje smisla in pomena izkušnje (C27)
 - Negativni stranski učinki hormonskih injekcij (C37)
 - Psihična obremenjenost zaradi zamrznjenega zarodka (G38)
- Ocenjevanje primernosti para za zunajtelesno oploditev
 - Konzilij in predstavitev alternativnih možnosti starševstva (A155)
 - Vključitev psihiatrinje v konzilij (G41)
 - Primanjkovanje obrazložitve (J46)
- Pričetek zdravljenja neplodnosti z ZTO
 - Časovni intervali med postopki (A312)

- Začetek drugega postopka (C1)
- Čakanje na začetek zdravljenja (H30)
- Napetost med upanjem in strahom (H46)
- Odnos do telesa ob vstopu v postopke ZTO (J33)
- Drugi postopek ZTO
 - Nenadna odločitev (A313)
 - Vbrizgavanje hormonskih injekcij (C3, C4)
 - Število aspiriranih jajčec in upanje (C9)
 - Okrevanje po posegu (C10)
 - Dobro počutje (C2)
 - Negativni stranski učinki hormonskih injekcij (C5, C6, C37)
 - Dobro počutje ob prejemu STOP injekcije (C7)
 - Hude bolečine ob punkciji jajčec (C8)
 - Občutki sreče ob prenosu zarodka v maternico (C14)
 - Soočanje z izgubo in odložitve nadaljnjih postopkov (C23)
 - Refleksija (C26)
 - Odločitev za druge postopke ob pravem času (C24)
 - Odločitev za ponoven prenos zarodka v maternico (C28)
 - Odločitev za tretji postopek (C36)
 - Zamrznjen zarodek in možnost prihodnje nosečnosti (C41)
 - Vstop v drugi postopek ZTO (H33)
 - Večje zadovoljstvo z drugim postopkom (J66)
- Prva faza ZTO: spodbujanje jajčnikov s hormoni
 - Začetek postopka z uporabo injekcij (A153)
 - Začetek postopka s spodbujanjem jajčnikov (A174)
 - Vbrizgavanje injekcij (A197)
 - Slabost ob vbrizgavanju injekcij in pomoč (A198)
 - Pomoč medicinskega osebja pri učenju ravnanja z injekcijami (A198)
 - Pričetek postopka s spodbujanjem jajčnikov (A207)
 - Osnovna terapija (A208)
 - Dodatna terapija glede na velikost foliklov (A209)
 - Opis začetka postopka s prejetjem injekcij (A210)
 - Končanje spodbujanja jajčnikov s »stop injekcijo« (A211)
 - Začetek postopka zunajtelesne oploditve (B1)
 - Začetek postopka z uporabo injekcij (B2)
 - Dobro počutje v prvi fazi (B3)
 - Prvi ultrazvok (B4)
 - Stranski učinki hormonske terapije (B5)
 - Stranski učinki hormonske terapije (B7)
 - Ultrazvok in hormonska terapija (B8)

- Ultrazvok in hormonska terapija (B11)
- Počutje ob prejemu stop injekcije in podpora partnerja (B12)
- Razdražljivost in slabše počutje (H61)
- Doživljanje faze punkcije jajčec
 - Bolečina ob aspiraciji jajčec in odsotnost partnerja (A143)
 - Boleča punkcija jajčec (A212)
 - Soglasje za začetek aspiracije foliklov (A225)
 - Priprava ženske na aspiracijo foliklov (A226)
 - Potek postopka in priprava aspiracije foliklov (A227)
 - Opis postopka (A229)
 - Skrb za dobro počutje po aspiraciji (A231)
 - Neprijetni občutki po aspiraciji foliklov (A232)
 - Strah pred punkcijo jajčec (I34)
 - Ravnanje medicinskega osebja v postopku aspiracije foliklov (A230, I35)
 - Hude bolečine (A233)
 - Olajšanje ob zaključku postopka (A234)
 - Čas okrevanja po aspiraciji (A235, A236)
 - Priprava ženske na aspiracijo foliklov (A237)
 - Bolnišnična oblačila (A238)
 - Vrednotenje osebne izkušnje (A239)
 - Osebna priprava na aspiracijo foliklov (A240)
 - Različne izkušnje aspiracije foliklov (A242)
 - Vrednostna opredelitev števila jajčec (A247)
 - Število jajčec v prvem in drugih postopkih (A250)
 - Eno oplojeno jajčece (A253)
 - Opis punkcije jajčec (B16)
 - Občutki nervoze (B17)
 - Hude bolečine (B18)
 - Število pridobljenih jajčec (B19)
 - Krvavitev in slabo počutje po punkciji jajčec (B21)
 - Bolečo okrevanje (B24)
- Osebne izkušnje in doživljanje poroda
 - Občutki sreče ob rojstvu otroka (B86, B87)
 - Širitev družine in čustveno zadovoljstvo (B88)
- **Načini skrbi zase**
- Strategije soočanja s stresom
 - Premagovanje slabih občutkov (A166)
 - Samostojno prestajanje težav (D83)
 - Čas zase kot strategija soočanja s stresom (D84)
 - Razvoj konstruktivnih strategij spopadanja s stresom (E62)

- Načini spopadanja s stresom (E69)
- Običajno soočanje s stresom (F22)
- Samopomoč (H79)
- Opora socialne mreže (H80)
- Strategije sproščanja (H81)
- Aktivnosti za premagovanje stresa (J59)
- Skrb za fizično in duševno počutje
 - Prostočasne aktivnosti in hobiji (A56)
 - Osebna nega in sprostitev (A57)
 - Pomen skrbi zase kot ženska (A80)
 - Pomen ljubezni in skrbi do telesa po zahtevnih postopkih (A300)
 - Urejanje kot skrb zase (A317)
 - Osebna nega (B56, B64, B71, B79)
 - Čustvena umirjenost in zadovoljstvo z življenjem (B66)
 - Odmik od ljudi (D85, D86)
 - Strategije samopomoči (D87)
 - Potreba po času za okrevanje (D88)
 - Potreba po umiku (D89)
 - Otežkočena skrb zase zaradi obveznosti (E65)
 - Potreba po počitku, času zase (E67)
 - Potrebe po umiku in podpori socialne mreže (E68)
 - Potrebe po času zase in podpori (E70)
 - Potreba po umiku (G50, G51)
 - Potreba po psihoterapiji (J60)
 - Potreba po »izključitvi« možganov (J61)
 - Potreba po pogovoru (J62)
- Pomen časa zase in skrbi zase
 - Pomembnost prostega časa (A58)
 - Pomembnost notranjega miru (A83)
 - Pomembnost postavljanja sebe na prvo mesto (D90)
 - Potreba po času zase (E66)
 - Pomembnost skrbi zase (E71, G53)
 - Pripisovanje pomena skrbi zase (H83)
 - Ocena pomembnosti skrbi zase (J63)
- Sprostitev in vsakodnevne aktivnosti
 - Ročno delo kot skrb za dobro počutje (F23)
 - Iskanje veselja v vsakdanjih aktivnostih (G49)

9.4. Odprto kodiranje

KODA	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
J1	Zagotovo v otroštvu.	Usmerjanje v materinstvo v otroštvu	Norme in pričakovanja o družinskem življenju	Družbeno okolje
J2	Kot nekaj nujnega, kar se od vseh pričakuje.	Materinstvo kot nekaj pričakovanega	Pogled na materinstvo	Dojemanje sebe
J3	V otroštvu si nisem želela otrok, tudi v mladostništvu.	Odsotnost želje do materinstva v mladostništvu	Pogled na materinstvo	Dojemanje sebe
J4	Če v prvo ne bi slučajno zanosila, bi verjetno o tem ne razmišljala pred 30. letom.	Nosečnost kot sprožitev razmišljanja o materinstvu	Pogled na materinstvo	Dojemanje sebe
J5	Nekaj, kar družba/družina pričakuje od žensk.	Materinstvo kot norma	Norme in pričakovanja o družinskem življenju	Družbeno okolje
J6	Spreminjal se je od tega, da je to nekaj »kar se mora«	Materinstvo kot dolžnost	Pogled na materinstvo	Dojemanje sebe
J7	do tega, da si otrok ne želim, ker nas je itak preveč na svetu in na koncu	Zavestna odločitev proti starševstvu	Pogled na materinstvo	Dojemanje sebe
J8	da je pa otrok nekaj kar si želim (v pravem partnerskem odnosu)	Želja po materinstvu	Pogled na materinstvo	Dojemanje sebe
J9	Otroštvo – nesamozavestna	Nizka ocena samopodobe v otroštvu	Samopodoba	Dojemanje sebe
J10	Najstništvo - nesamozavestna	Nizka ocena samopodobe v najstništvu	Samopodoba	Dojemanje sebe
J11	Pozno najstništvo/zgodnja odraslost – nekaj srednjega	Naraščanje pozitivne samopodobe s starostjo	Samopodoba	Dojemanje sebe
J12	Odrasla doba – samozavestna	Pozitivna ocena samopodobe v odrasli dobi	Samopodoba	Dojemanje sebe
J13	Ko sva se spoznala, sva se pogovarjala o tem, ali je otrok nekaj, kar bi si želela.	Pogovor o starševstvu ob začetku razmerja	Partnerski odnos	Družbeno okolje
J14	Stresno.	Stresno obdobje	Obdobje poskušanja naravnega spočetja	Reprodukтивно zdravje
J15	Lovljenje naravnega cikla in tistih par dni pred ovulacijo in seks "ker se mora" je bilo zelo naporno.	Spolni odnosi kot obveza	Obdobje poskušanja naravnega spočetja	Reprodukтивно zdravje

KODA	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
J16	Seks se nama je takrat do neke mere uprl. Govorim za oba, ker sva se o tem pogovarjala.	Zmanjšana spolna želja zaradi pritiska zanositve	Obdobje poskušanja naravnega spočetja	Reprodukativno zdravje
J17	Jaz sem posumila po 3M, njemu ni kapnilo še 1 leto.	Sum o neplodnosti	Obdobje poskušanja naravnega spočetja	Reprodukativno zdravje
J18	Stres, neuspeh in eno veliko žalost.	Odnos do menstruacije v obdobju poskušanja naravnega spočetja	Obdobje poskušanja naravnega spočetja	Reprodukativno zdravje
J19	Po 6M sem odšla do ginekologinje, da se o tem pogovorim.	Iskanje strokovne pomoči po šestih mesecih	Iskanje strokovne pomoči za neplodnost	Reprodukativno zdravje
J20	Glede na opisane težave naju je napotila na kliniko za zdravljenje neplodnosti.	Napotitev na kliniko za neplodnost	Iskanje strokovne pomoči za neplodnost	Reprodukativno zdravje
J21	Nasvet, napotnico.	Svetovanje s strani ginekologinje	Obravnava ginekologinje	Reprodukativno zdravje
J22	Precej nestabilno. Pogovor o otrocih / zanositvi me je pogosto spravil v jok. Težko mi je bilo.	Čustvena ranljivost ob pogovoru o zanositvi	Pogovor o neplodnosti	Družbeno okolje
J23	Vznemirjeno. Nisem vedela, kaj točno pričakovati.	Vznemirjenost ob prvem obisku klinike	Spoznavanje klinike za neplodnost	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J24	Ker sem vedela, da sem v paru tista "plodna", se s to oznako nisem ukvarjala. Zato tudi nisem dojemala svojega telesa na drugačen način, kakor bi sicer.	Neobremenjenost z diagnozo zaradi partnerjeve neplodnosti	Psihološke obremenitve ob neplodnosti	Doživljanje neplodnosti
J25	Medicinsko osebje je bilo sicer OK	Primernost medicinskega osebja	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J26	toda niso nudili nobene psihosocialne pomoči.	Primanjkovalje psihosocialne pomoči	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti
J27	Razen strokovnega dela s plodnostjo, nama ni nihče stal ob strani.	Primanjkovalje psihosocialne pomoči	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti
J28	Nekoga, ki bi prisluhnil najinim strahovom in nama razložil celoten postopek po korakih. In naju napotil na pomoč naprej, v kolikor bi jo potrebovala.	Potrebe po več informacijah in vodenja skozi postopek	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti
J29	Ja, poiskala sem psihoterapevtsko pomoč.	Vključitev v psihoterapevtsko obravnavo	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti

KODA	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
J30	2 cikla.	Opredelevitev števila postopkov	Opredelevitev postopkov	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J31	Ja, že na začetku – partner ima premalo ali nič gibljive semenčice.	Slabša gibljivost semenčic partnerja	Vzrok za neplodnost	Reprodukativno zdravje
J32	Meni nič, mi je bilo hudo za partnerja. Partner je doživel stisko in se je spraševal o svoji »moškosti« v povezavi s tem.	Partnerjevo spraševanje o »moškosti«	Psihološke obremenitve ob neplodnosti	Doživljanje neplodnosti
J33	Bila sem v še večjem stresu. Bolj sem pazila na prehrano, gibanje, ipd.	Odnos do telesa ob vstopu v postopke ZTO	Pričetek zdravljenja neplodnosti z ZTO	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J34	V neki točki, ko prvi postopek ni bil uspešen (blastocista se ni prijela), sem se spraševala, kaj vse bi lahko počela drugače.	Samospraševanje in iskanje lastne odgovornosti po neuspehu	Psihične obremenitve ob neuspešnosti postopka	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J35	Doživljala sem stisko, ker so bile informacije tako zelo skope "očitno se ni prijela, počakajte, da se izlije nato pa še 2 menstruaciji, pa pridite spet".	Stiska zaradi pomanjkljivih informacij	Psihične obremenitve ob neuspešnosti postopka	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J36	Tudi ko je partner klical v mojem imenu na urgenco (zaradi krvavitve), so ga nadržali češ, zakaj kliče on in ne jaz – jaz pa nisem bila stabilna v tistem trenutku.	Neprimernost medicinskega osebja	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J37	Kot nekaj nujnega, a neprijetnega.	Dojemanje ginekoloških pregledov kot neprijetnih, a obveznih	Odnos do ginekoloških pregledov	Reprodukativno zdravje
J38	Najbolj tečni so bili ultrazvoki. Bljak.	Zasičenost z medicinskimi pregledi	Odnos do ginekoloških pregledov	Reprodukativno zdravje
J39	Čeprav je velika razlika med Ljubljano (brezosebno) in Postojno (bolj osebno, bolj prijazno in toplo osebje).	Razlika v osebju pri različnih klinikah za neplodnost	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J40	Nisem povezovala uspeha in neuspeha s samopodobo. Zame je to bilo nekaj kar je, kar ni povsem odvisno od mene in v drugo (ker je bila v prvo stiska velika), sem šla z mislijo da itak ne bo uspelo. Zame je to bila varovalka.	Negativen odnos do ZTO zaradi neuspeha	Dojemanje zunajtelesne oploditve	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J41	V Ljubljani – zelo neprijetne.	Negativne izkušnje z medicinskim osebjem v	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve

KODA	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
		Ljubljanski kliniki za neplodnost		
J42	Na sprejemu je prišel partner z mano, ker me je pripeljal. Niso ga spustili z mano na sprejem (urejanje papirjev) in so ga celo nadrli, naj zunaj počaka.	Neoseben odnos do moškega v postopku ZTO	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J43	Na drugem delu (kjer se dobi injekcije, se dela prenos) je bilo boljše in je bil lahko zraven. Sam je rekel, da se je počutil kot da je odveč. Kot da ustvarjajo mame samohranilke, ker moške tako hitro izključijo iz postopka. In se iskreno strinjam.	Neoseben odnos do moškega v postopku ZTO	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J44	Počutila sem se kot da naj bi bila sama v tem postopku (zakaj bi morala biti??) glede na odnos zaposlenih.	Občutek izolacije zaradi medicinskega osebja	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J45	Obenem sem se počutila kot krava, ki čaka na zakol, zaradi vzdušja v čakalnici in med samimi postopki.	Napeto vzdušje v čakalnici	Počutje znotraj postopkov	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J46	Papirje od konzilija sva dobila napol podpisane (3/4 osebe so podpisale). Vso dokumentacijo sva morala vnaprej podpisati in nihče nama ni NIČ razložil. NIČ.	Primanjkovanje obrazložitve	Ocenjevanje primernosti para za zunajtelesno oploditev	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J47	Ko sva spraševala, je bil odgovor "preberite si", čeprav je na samih papirjih pisalo, da sva bila ustno obveščena in informirana o določenih zadevah.	Obravnava brez komunikacije	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J48	V Postojni – super! Sama klinika je novejša, manjša in veliko več zaposlenih imajo. Tako je odnos do pacienta bolj oseben in tam se niti za minuto nisem počutila kot številka!	Občutek osebne obravnave v Postojni	Medicinsko osebje	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J49	Ne. Nobene socialne delavke ni bilo nikjer. Niti omembe tega ni bilo.	Odsotnost socialne delavke	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti
J50	Nekoga, ki bi si vzel čas za naju in nama vse razložil. Celoten postopek, možne zaplete, vse kar je pisalo na tisti papirjih.	Potreba po časovno dostopni in celostni razlagi postopkov	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti
J51	In končno – kam se obrniti, ko se postopek izjalovi in doživiva stisko.	Potreba po podpori v primeru neuspeha	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti

KODA	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
J52	Na začetku postopka, ko se komaj vstopa v sistem in pred prenosom.	Potrebe po več informacijah	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti
J53	Od zaposlenih in od podporne strokovne delavke, ki bi nudila psihosocialno pomoč.	Potreba po vključitvi delavke, ki bi nudila psihosocialno pomoč	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti
J54	Psihosocialno!	Potreba po psihosocialni pomoči	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti
J55	Ko sva ob neuspehu ostala povsem sama in se nisva imela kam obrniti.	Opredelitev najtežjih postopkov zdravljenja	Dojemanje zunajtelesne oploditve	Izkušnje zunajtelesne oploditve
J56	Tista številka za pomoč in informacije naju je vodila do sester, ki so tam zaposlene in so imele reči le "se zgodi, bo naslednjič uspelo". To ni pomoč!	Pomanjkljiva psihosocialna pomoč	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti
J57	Zelo slabo. Osamljeno in izgubljeno. Na srečo nisem bila sama v tem. Ampak je bilo najtežje obdobje v mojem življenju.	Občutek osamljenosti in brezupa	Psihične obremenitve ob neuspešnosti postopka	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J58	Kot sem že napisala, pomagalo bi to, da bi vedeli, kje smo, kaj se lahko zgodi in kako postopati, ko se to zgodi + da bi imeli kontakt nekoga, ki bi nama stal ob strani, če bi to potrebovala.	Potreba po večji podpori	Psihosocialna podpora	Doživljanje neplodnosti
J59	S športanjem, počivanjem in stiskanjem z dragim	Aktivnosti za premagovanje stresa	Strategije soočanja s stresom	Načini skrbi zase
J60	Psihoterapijo.	Potreba po psihoterapiji	Skrb za fizično in duševno počutje	Načini skrbi zase
J61	Poskusila sem vse živo. Pomagal mi je fitnes in igranje videoigric. Nekaj, pri čemer sem lahko izključila možgane	Potreba po »izključitvi« možganov	Strategije soočanja s stresom	Načini skrbi zase
J62	Pogovore.	Potreba po pogovoru	Skrb za fizično in duševno počutje	Načini skrbi zase
J63	Nekaj srednjega. Pomembnejše mi je bilo to, da sem lahko odmisllila situacijo, da sem lahko s tem živela.	Ocena pomembnosti skrbi zase	Pomen časa zase in skrbi zase	Načini skrbi zase
J64	Prvi cikel – razočarano. Res nisva vedela, v kaj se podajava. Sem govorila z ženskami, ki so to dale čez, ampak realno nisem dojela, kaj to pomeni. Tudi, ko	Nezavedanje vpliva postopka na počutje	Dojemanje zunajtelesne oploditve	Izkušnje zunajtelesne oploditve

KODA	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
	so govorile o tem, kako težko je (predvsem psihično).			
J65	Sam postopek je bil brezoseben.	Brezosebnost postopka	Dojemanje zunajtelesne oploditve	Izkušnje zunajtelesne oploditve
J66	Drugi cikel – zamenjala sva kliniko in tam sva bila zelo zadovoljna. Na to gledam pozitivno.	Večje zadovoljstvo z drugim postopkom	Drugi postopki ZTO	Izkušnja zunajtelesne oploditve
J67	Pozitivno. Zmore marsikaj.	Pozitivna ocena samopodobe	Samopodoba	Dojemanje sebe
J68	Mogoče mi je celo malce ojačala samopodobo. Moje telo ne rabi, biti popolno po družbenih standardih, dovolj je, da samo je.	Pozitiven vpliv izkušnje na samopodobo	Samopodoba	Dojemanje sebe