

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

ZVEZDANA BERCKO

DRUŽBENI VIDIKI NEPLODNOSTI

Magistrsko delo

LJUBLJANA, 2010

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

ZVEZDANA BERCKO

MENTORICA RED. PROF. DR. TANJA RENER

DRUŽBENI VIDIKI NEPLODNOSTI

Magistrsko delo

LJUBLJANA, 2010

Hvala

*mentorici, red. prof. dr. Tanji Rener, za vso podporo in spodbude,
ne samo pri pisanju te naloge;*

*dr. Zalki Drglin za iskreno navdušenje ob omembi moje teme, ki me je spodbudilo k
nadaljevanju dela, ko sem že skoraj obupala. In za kup literature,
brez nje tudi z navdušenjem ne bi prišla prav daleč;*

*Evi Cerkvnik, predsednici Društva Živa, za pomoč pri izpeljavi spletnega
intervjuvanja;*

*in še posebej vsem posameznicam in posameznikom, borkam in borcem za sončke,
ki so z mano delili svojo izkušnjo in doživljanje neplodnosti.*



IZJAVA O AVTORSTVU
magistrskega dela

Podpisani/-a Zvezdana Bercko, z vpisno številko 21061182, sem avtor/-ica magistrskega dela z naslovom:
Družbeni vidiki neplodnosti.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah, Uradni list RS št. 21/95), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko magistrskega dela ter soglašam z objavo magistrskega dela v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne 31. maja 2010

Podpis avtorja/-ice: Zvezdana Bercko

Družbeni vidiki neplodnosti

V nalogi se ukvarjamo z neplodnostjo, težavo, s katero se - po ocenah, saj natančnejših podatkov o neplodnosti prebivalstva Slovenije ni - sooča približno 15 odstotkov ljudi. Kljub pogostosti pojavljanja pa neplodnost doslej ni bila obširneje proučevana in raziskovana s sociološkega, pa tudi z drugih družboslovnih vidikov večinoma ne, ostajala je predvsem medicinska tema. Čeprav ima neplodnost toliko "obrazov" kot je posameznic in posameznikov, ki jih ta problem prizadene, in čeprav vsak od njih neplodnost sprejema in doživlja drugače, smo iz podatkov, zbranih v empirični raziskavi, izluščili elemente, ki se pojavljajo dovolj pogosto, da jih lahko opredelimo kot značilne in na tej osnovi orišemo neplodnost v njenih družbenih vidikih.

Soočenje z neplodnostjo pomeni za prizadetega posameznika/posameznico sprva šok, sledijo občutki jeze, bolečine, prizadetosti, razočaranja, krivde, žalosti in obupa. O svojih problemih s plodnostjo posameznice in posamezniki le redko govorijo z ljudmi zunaj kroga njim najbližjih, problemi z zanositvijo pa vplivajo tudi na odnose v njihovem socialnem omrežju in na medsebojni odnos med partnerjema. Postopki zdravljenja neplodnosti so za oba partnerja emocionalno naporni in stresni, zahtevajo veliko časa, pri ženskah je lahko prisotna tudi precejšnja fizična bolečina. Ob ponavljajočih se postopkih zdravljenja so ujeti v "kariere pacientov", saj sodobna medicina z novimi reproduktivnimi tehnologijami pogosto pomeni dodaten pritisk za neplodne pare, ta pritisk lahko deluje tudi na nezavedni ravni. Kot najbolj moteče faktorje v postopku zdravljenja pa sodelujoči izpostavljajo dolge čakalne dobe in dolgotrajno diagnostiko, zaradi česar lahko do začetka samega zdravljenja minejo tudi tri leta.

Raziskovali smo tudi, kakšen je odnos prokreativno usmerjene družbe do neplodnosti in kako se s pritiskom družbe soočajo prizadeti posamezniki/posameznice in pari. Ugotavljamo, da je neplodnost v naši družbi tabuizirana in stigmatizirana, kljub družbenim razsežnostim problema zreducirana na nivo osebnega problema prizadetega posameznika/posameznice, v javnem diskurzu obstaja izključno kot medicinska tema, v političnem in tudi širšem diskurzu pa je bila neplodnost večkrat celo zlorabljena za neke povsem druge interese.

Ključne besede: neplodnost, neprostovoljno brez otrok, starševstvo, materinstvo, reproduktivne tehnologije

Social Aspects of Infertility

The thesis deals with infertility - the problem that is confronted with by approximately 15 percent of people. However, this is an estimated number as there are no exact data about infertility among the population in Slovenia. In spite of its frequent occurrence, infertility has not been studied or researched from the sociological or other social aspects so far; it has remained in the domain of medicine. Although infertility has as many "appearances" as there are individuals who are affected by it, and although every individual accepts and experiences it in a different way, the research data reveal some common elements. They are so frequently presented that we could define them as specific and as such they could serve as a basis for an outline of infertility in its social aspects.

The first reaction of an individual to his/her experience of infertility is shock followed by the feelings of anger, pain, distress, disappointment, guilt, grief and hopelessness. Only few people can talk about their problems related to infertility with other people outside their closest family or friendship circles. On the other hand, problems with conceiving affect relationships within their social network and also the relationship between partners. The procedures related to medical treatment of infertility may be emotionally exhaustive and stressful for both partners, they are time consuming and also quite physically painful for women. Along with repeated medical procedures they may become trapped into the so called "patients' careers" because modern medicine and its new reproduction technologies often put additional pressures to infertile couples. Such a pressure may occur at the unconscious level. The respondents emphasise long waiting time and long lasting diagnostics as the most disturbing factors because due to them medical treatment may begin even three years later.

We have also researched the attitude of a procreative society to infertility and how the affected individuals and couples can cope with pressures coming from the society. We have established that infertility is still tabooed and stigmatised. In spite of the social dimensions of the problem it has been reduced to the level of the affected individual's personal problem. On the level of public discourse it exists as an exclusively medical theme while in the political and also wider discourse infertility has even been often abused for some completely different interests.

Key words: infertility, involuntary childlessness, parenthood, motherhood, reproductive technologies

KAZALO

1. UVOD	9
1.1. PREDSTAVITEV PODROČJA RAZISKOVANJA	9
1.2. ZNANSTVENA RELEVANTNOST TEME	14
1.3. NAMEN MAGISTRSKEGA DELA IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	15
1.4. UPORABLJENA METODOLOGIJA.....	17
1.4.1. Spletni intervjuji.....	18
1.4.2. Analiza spletnih forumov in blogov.....	21
2. DRUŽBENI KONTEKST OBRAVNAVANE TEMATIKE	22
2.1. INDIVIDUALIZACIJA	23
2.1.1. Individualizacija v intimnih razmerjih.....	24
2.2. INDIVIDUALIZIRANI ŽIVLJENJSKI POTEKI - BIOGRAFIJE IZBORA.....	25
2.3. POSTMODERNA DRUŽINA	27
2.3.1. Pluraliziranje družinskih potekov.....	28
2.3.2. Materinstvo v postmoderni.....	30
2.3.3. Novo očetovstvo	31
2.3.4. Fenomen protektivnega otroštva.....	33
3. VPLIV DRUŽBENIH RAZMER NA REPRODUKCIJO.....	34
3.1. ODLOČITEV ZA STARŠEVSTVO	37
3.2. MATERINSTVO KOT POSLANSTVO IN DOLŽNOST	39
3.2.1. Ne-matere - žrtve ali krive?	41
3.3. SPREMEMBE RODNOSTNEGA VEDENJA V POSTMODERNI	44
4. NEPLODNOST V SOCIOLOŠKIH TEORIJAH	47
4.1. ONTOLOGIJA NEPLODNOSTI	47
4.2. HENDIKEP NEPLODNOSTI	48
4.3. DRUŽBENA KONSTRUKCIJA NEPLODNOSTI.....	49
4.4. STIGMA NEPLODNOSTI	51
4.5. MEDIKULTURNÉ PERSPEKTIVE NEPLODNOSTI	53
5. SOOČENJE Z NEPLODNOSTJO	54
5.1. OBČUTKI OB SOOČENJU Z NEPLODNOSTJO	55
5.2. SPREGOVORITI O NEPLODNOSTI	58
5.3. VPLIV NEPLODNOSTI NA PARTNERSKI ODNOS	59
5.4. SPREMEMBE V SOCIALNIH OMREŽJIH	61
6. KONSTRUKCIJA NEPLODNEGA PARA.....	64
6.1. RAZLIKE V DOŽIVLJANJU NEPLODNOSTI MED SPOLOMA.....	66
7. ZDRAVLJENJE NEPLODNOSTI.....	71
7.1. MEDIKALIZACIJA ŽIVLJENJA IN DRUŽBE	71
7.2. ŽENSKA V MEDICINSKI PRAKSI.....	72
7.3. VZROKI NEPLODNOSTI	76
7.4. ZGODOVINA OBRAVNAVE IN ZDRAVLJENJA NEPLODNOSTI.....	79
7.4.1. Obravnava neplodnosti v Sloveniji	82
7.5. DRUŽBENI VIDIKI SODOBNEGA ZDRAVLJENJA NEPLODNOSTI	84
7.6. MEDIKALIZACIJA NEPLODNOSTI - KARIERE PACIENTOV	86
7.6.1. Neplodnost kot bolezen	88
7.7. REŠEVANJE PROBLEMA NEPLODNOSTI	89
7.7.1. Iskanje informacij	90
7.7.2. Odločitev za zdravljenje.....	91
7.7.3. Načini in postopki zdravljenja neplodnosti.....	91
7.7.4. Psihofizično breme zdravljenja neplodnosti	94
7.8. IZKUŠNJE V ZDRAVSTVENEM SISTEMU	95
7.9. USKLAJEVANJE ZDRAVLJENJA NEPLODNOSTI S POKLICNO KARIERO	98

8. SOCIALNE OPORE PRI PREMAGOVANJU NEPLODNOSTI.....	100
8.1. OSEBNE SOCIALNE OPORE.....	101
8.2. SPLETNI FORUMI KOT VIRI SOCIALNE OPORE.....	101
8.3. STROKOVNA PSIHOLOŠKA POMOČ.....	106
9. PRITISKI SODOBNIH REPRODUKTIVNIH TEHNOLOGIJ.....	107
10. NEPLODNOST KOT DRUŽBENI PROBLEM.....	113
10.1. NEPLODNOST - POLITIČNI PROBLEM?	116
10.2. PRAVICA DO ZDRAVLJENJA NEPLODNOSTI	117
11. UGOTOVITVE IN SKLEPI	119
11.1. PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE STANJA.....	123
11.2. ODGOVORI NA RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	123
13. SEZNAM VIROV.....	126
PRILOGA A: VPRAŠALNIK ZA PARE Z DOPISOM.....	135

1. UVOD

Plodnost je bila skozi vso zgodovino človeštva pomembna vrednota, bila je nekaj iskanega in cenjenega, neplodnost pa nezaželenega. To je razumljivo, saj je plodnost zagotavljala ne le obstoj družinskih ekonomij, ampak tudi kontinuiteto družbenih razmerij. Otroci so pomenili garancijo za preskrbljenost v starosti, ko starši niso mogli več skrbeti zase, hkrati pa je vsak otrok začel prispevati svoj delež k družinski ekonomiji takoj, ko je lahko v roki držal orodje ali skrbel za mlajše od sebe. Danes plodnost v zahodnih družbah nima več namena zagotoviti delovne moči za obdelovanje zemlje ali nadomestiti druge otroke, ki so zgodaj umrli, a še vedno pomeni nekaj zaželenega (Repinc 2000, spletni vir), otrok pa je pojmovan "kot naravni proizvod zakona in normativnega heteroseksualnega odnosa" (Pfeffer 1987, 82). Četudi je status otroka v sodobni družbi protisloven, po eni strani je ovira in breme, po drugi strani pa je brez dvoma visoko cenjena vrednota, celo svojevrstna avtoriteta in najbrž "najbolj sprejemljivo božanstvo v navidezno sekularizirani družbi" (Kanduč 2003, 228-230).

1.1. Predstavitev področja raziskovanja

Zveza dveh ljudi, ki nimata potomcev, je skozi vso zgodovino veljala za nezaželeno, bila je nekaj, kar ne spada v normalen red (Repinc 2000, spletni vir.) Morda tudi zato ni bila nikoli deležna take pozornosti kot velika plodnost, vedno je bila obravnavana kot individualni problem, še večkrat pa se o njej niti ni govorilo, saj je pomenila vse od ogrožanja naravnega reda do odsotnosti milosti boga (prav tam, prim. tudi Heinsohn in Steiger, 1993).

Tudi po nauku katoliške cerkve sta zakon in zakonska ljubezen po svoji naravi naravnana na rojstvo in vzgojo potomstva, otroci pa so najodličnejši dar zakona in kar največ prispevajo k blagru staršev. Po krščanskem nauku so otroci človeška podoba duha, so edini resnični zaklad in edina prihodnost človeštva. "Starši, ki se ne ustrašijo vseh nalog in bremen, ki jih s seboj prinaša vzgoja in skrb za otroka, so s tem pojmovani kot skriti junaki in dobrotniki človeštva." (Vider, v Repinc 2000).

Danes neplodnost ni več obsojana, je pa deležna pomilovanja, predvsem s strani ljudi, ki so se že dokazali kot starši. V praktično vseh zahodnih družbah je starševstvo (bilo) sestavni del prehoda v odraslost. Zaradi velikega pomena, ki ga družba pripisuje vzgoji otrok in starševski vlogi, je neplodnost lahko simbol katastrofalnega življenjskega neuspeha (Greil 1993b, 202).

V raziskavi rodnosti v Sloveniji v letu 1990 je več kot polovica vprašanih menila, da srečnega zakona brez otroka ni (slaba tretjina vprašanih je temu nasprotovala). Dobra desetina anketiranih pa je celo menila, da ženska in moški, ki nista starša, ne moreta biti dobra žena in mož (Repinc 2000, spletni vir; prim. tudi Černič Istenič 1994, 1996).

Jana S. Javornik pa je analizirala rezultate mednarodne raziskave o družini in narodni identiteti (SJM 2003/2) in podatke SJM 2004/2. Po teh podatkih je 93 odstotkov vprašanih (razlike med spoloma so malenkostne) menilo, da je "gledati otroke, kako rastejo, največja sreča v življenju". Več kot polovica (53,8 odstotka) vprašanih je tudi menila, da je "življenje ljudi, ki nikoli niso imeli otrok, prazno" (Javornik 2006, 81).

Pod vplivom okolja tako ljudje nosijo v sebi pravljičo o princu in princeski iz mladosti, kjer so pričakovanja o ljubezni in družini idealistična in enostavna: zavezala sta se drug drugemu - zgradila sta si dom - imela sta otroke (Repinc 2000, spletni vir). Čeprav se tudi v Sloveniji oblike družinskega življenja v zadnjih desetletjih zelo spreminjajo in postajajo izredno raznovrstne, govorimo o pluralizaciji družinskega življenja in družinskih oblik, ki se vse bolj odmikajo od idealno tipske podobe nuklearne družine, ki obsega poročeni heteroseksualni par in njune otroke (prim. Švab 2001, Švab 2006, Renner 2006), in so tudi za mlade odrasle značilni močno spremenjeni vzorci vstopanja v lastno družinsko skupnost, pa vse raziskave, opravljene med mladimi, kažejo na njihove močne prodružinske aspiracije. V raziskavi Mladina 2000 je manj kot dva odstotka anketiranih izjavilo, da ne nameravajo imeti otrok (Ule in Kuhar 2003, 97).

Ti mladi med šolanjem, pri pouku biologije, pri zdravstveni in spolni vzgoji med poukom gledajo plakate, ki visijo v učilnicah in opozarjajo na nevarnosti prezgodnje spolnosti, na spolne bolezni in nenačrtovano nosečnost. Zgodbe o neplodnosti pa ni, nismo je vgradili v svojo podobo prihodnosti, zato je šok pri paru, ki se sreča z njo, toliko večji (Repinc 2000, spletni vir).

Po veljavnem konsenzu velja par za neplodnega, če ne pride do zanositve po letu dni rednih spolnih odnosov brez uporabe kontracepcije (Bequaert Holmes 1993, 197; Ograjenšek 1989, 235 in drugi viri). Takšno definicijo neplodnosti podaja tudi Svetovna zdravstvena organizacija (vir: Spletna stran WHO). Definicija temelji na statističnih podatkih, ki kažejo, da v normalno plodnem paru 75 odstotkov žensk zanosi v prvih šestih mesecih rednih spolnih odnosov brez uporabe kontracepcije, še nadaljnjih 10 odstotkov do konca prvega leta (Ograjenšek 1989, 235).

V literaturi se v zvezi z neplodnostjo uporabljajo različni termini: sterilnost, infertilnost, subfertilnost. V medicini se o sterilnosti govori v primeru popolne nezmožnosti oploditve in/ali reprodukcije, naziv neplodnost oz. infertilnost pa se uporablja v primerih relativne sterilnosti, ko ne gre za dokončno in nepopravljivo stanje. V nekaterih primerih manjše sposobnosti reprodukcije se uporablja tudi termin subfertilnost (Ograjenšek 1989, 235). Ločimo primarno in sekundarno neplodnost. O primarni neplodnosti govorimo, če nobeden od partnerjev še nima otroka oziroma še ni prišlo do zanositve. Za sekundarno neplodnost pa gre, če partnerja trenutno ne moreta spočeti otroka, čeprav ima vsaj eden od njiju že enega ali več bioloških otrok (Bequaert Holmes 1993, 197; Ograjenšek 1989, 235). V pričujoči nalogi bomo za vsa navedena stanja uporabljali termin neplodnost, saj se bomo ukvarjali z zatečenim stanjem, ko par ne more spočeti otroka, ne glede na vzrok.

Merjenje neplodnosti je zapleteno. Demografi jo merijo z nekaterimi kazalci rodnosti, na primer z deležem žensk, ki do konca rodne dobe niso rodile niti enega otroka. Seveda se v tem podatku skrivajo tako tiste, ki so si otroka želele, a ga iz različnih vzrokov niso mogle roditi, kot tiste, ki so se zavestno odločile, da ne bodo imele otrok. Zato lahko kot relevantni kazalec neplodnosti upoštevamo le delež poročenih žensk, ki niso rodile nobenega otroka, in še to le za obdobje pred demografskim prehodom¹, za katerega lahko domnevamo, da se praktično nobena poročena ženska ni namerno odpovedala potomcem (prim. Goody 2003, Livi Bacci 2005).

¹ Demografski prehod je ena od razsežnosti prehoda iz tradicionalnih v moderne družbe. Ta prehod se v razvoju prebivalstva kaže kot prehod iz visokih stopenj rodnosti in umrljivosti na nizke stopnje rodnosti in umrljivosti (Šircelj 2006, 30).

Podatke o deležu žensk v Sloveniji, ki do konca rodne dobe ne rodijo niti enega otroka, zagotavljajo popisi prebivalstva. Ta delež se zmanjšuje, med ženskami, starimi od 40 do 49 let, je bilo leta 2002 le 7 odstotkov takih, ki niso rodile nobenega otroka (Rabzelj 2007, 33). V preteklosti so bili ti deleži višji. Njihovo znižanje je verjetno posledica zniževanja deleža žensk, ki se zaradi prevladujočih družbenih norm niso odločile za otroka (npr. samske), deloma pa tudi napredka medicine, ki marsikateremu paru pomaga do zelenega otroka (Šircelj 2006, 39).

Incidenca neplodnosti po svetu je zelo različna, stopnje neplodnosti segajo po podatkih, ki jih na osnovi različnih virov navaja Arthur L. Greil (1993a, 196) od 1,5 odstotka na Tajskem do 42,5 odstotka v nekaterih predelih Afrike. Kaj je vzrok tako velikim razlikam, ni pojasnjeno (Greil, prav tam). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije ima določene težave s plodnostjo 5 do 8 odstotkov parov v razvitih in do 30 odstotkov parov v razvijajočih se deželah. Vsako leto se s problemom neplodnosti na novo sreča dva milijona parov (Andolšek-Jeras 1989, 9). V Franciji je 14 odstotkov parov že iskalo zdravniški nasvet v zvezi s težavami pri zanositvi (Mengeot in Vogel 2009, 9.) V Veliki Britaniji zdravniško pomoč na novo išče vsako leto več kot 50 tisoč moških in žensk, v obravnavi zaradi neplodnosti jih je vsako leto en do dva milijona (Doyal 1995, 145-146). Lisa Flores navaja študije, ki kažejo, da je v ZDA, Veliki Britaniji in Avstraliji deset odstotkov odrasle populacije neprostovoljno brez otrok, v ZDA celo en par od šestih (Flores 1996, 328).

Natančnejših raziskav o neplodnosti prebivalstva Slovenije sicer ni (Šircelj 2006, 40), vendar slovenski strokovnjaki za zdravljenje neplodnosti ocenjujejo, da ima težave na poti do uresničitve zelenega starševstva okoli 15 odstotkov slovenskih parov, to je vsak sedmi (prim. Vlasisavljević v Zvonar 2009). Tudi po podatkih društva Živa, društva za informiranje, preprečevanje in zdravljenje neplodnosti, bo 15 odstotkov prebivalstva Slovenije v rodnem obdobju iskalo nasvet zaradi neplodnosti. Društvo je naredilo naslednji izračun: V Sloveniji je preko 500 tisoč žensk v rodnem obdobju. Na osnovi predpostavke, da jih je tri četrtine v partnerskem razmerju in si želijo otroka, to pomeni, da ima 57.547 parov težave z neplodnostjo. Vsako leto se s problemom neplodnosti sreča tisoč novih parov. Štirim odstotkom teh parov se želja po potomstvu sploh ne bo uresničila, štirim do šestim odstotkom parom ne uspe zaploditi drugega otroka, 10 do 16 odstotkov parov se srečuje s sekundarno neplodnostjo (Živa portal, spletni vir).

Kljub tako velikemu številu parov, ki na poti do uresničitve zaželenega starševstva naletijo na težave s plodnostjo, pa je tema neplodnost tako na ravni individualnih problemov prizadetih posameznikov kot na ravni družbenega problema - razen na področju medicine, kjer se tehnologija oploditve z biomedicinsko pomočjo naglo razvija, po dostopnih podatkih je z metodami zunajtelesne oploditve v Sloveniji spočetih 3,2 odstotka otrok - marginalizirana, večinoma celo spregledana, problemi banalizirani, neplodnost kot usoda pa v družbi, ki postavlja prokreacijo kot ultimativno zahtevo, tabuizirana na eni in stigmatizirana na drugi strani. Stigmatizirani so tudi posamezniki in pari, ki svoje želje po otroku ne morejo uresničiti, in to ne glede na to, kjer je vzrok, ki jim onemogoča dobiti biološkega potomca. Zaradi te družbene stigme o svojih težavah ne govorijo, velikokrat niti z najbližjimi ne. Ne tako redko je posledica neuresničene želje po otroku tudi razpad partnerskega odnosa.

Sodobna medicina ponuja veliko različnih možnosti zdravljenja, ki naj bi ljudem pomagale do rojstva težko pričakovanega otroka. A kljub silovitemu napredku medicine in podaljšanju časovnega obdobja, v katerem je možno (v določenih primerih) neplodnost odpraviti, je uspešnost tovrstnega zdravljenja še vedno relativno nizka, predvsem pa dolgotrajni mukotrpní postopki še povečujejo duševne bolečine, povezane z neplodnostjo. Elisabeth Beck Gernsheim govori o "iatrogenem trpljenju" (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 142), s tem izrazom pa poimenuje obremenitve, ki so povezane s celo serijo medicinskih procedur, v katerih je posameznik vselej znova diagnosticiran kot pacient, kar vodi v "kariero pacienta". To seveda precej negativno vpliva na samopodobo in samozavest prizadetih oseb in na njihovo socialno življenje. Pod pritiskom je odnos s partnerjem, stiki s prijatelji in znanci so vse redkejši. Za druge interese in dejavnosti ni prostora, vsa pozornost je namenjena otroku, ki ne pride in ne pride (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 142-143).

Sodobne reprodukativne tehnologije, ki na eni strani ponujajo nove možnosti reševanja problemov, na drugi ustvarjajo vselej nove pritiske in obremenitve. Možnosti, ki jih ponujajo, se namreč v socialnem in psihološkem okviru, često pa v neposrednem družbenem okolju, spremenijo v nove oblike prisile. Gre torej, kot pravi Elisabeth Beck Gernsheim (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 143), za možnosti, ki pa jih je dejansko treba izkoristiti. Tudi pri zdravljenju neplodnosti.

Celotno tematiko je treba obravnavati v širšem družbenem okviru - postavljeno v obdobje pozne moderne oziroma postmoderne, za katero je značilno prestrukturiranje in dinamiziranje življenjskih stilov, kar obsega dinamizacijo in pluralizacijo življenjskih pogojev, življenjskih vzorcev in stilov. Individualizirani so tudi življenjski poteki, vse več je biografij, ki jih ljudje lahko oblikujejo sami in v katerih sami odločajo o pogojih svojega življenja. Normalne biografije se tako spreminjajo v biografije izbora (Beck 2006, 12), kar velja tako za izobraževanje, izbiro poklica in karijerne poti kot za obliko življenja v zasebnosti. Težave s plodnostjo, prisilen zamik načrtovanega starševstva ali celo dokončna neplodnost in nehotena odpoved biološkemu starševstvu pa pomenijo tako odmik od individualizirane biografije izbora kot tudi neizbežno soočenje z omejenimi možnostmi znanosti in tehnologije pri obvladovanju nekaterih naravnih stanj in procesov.

1.2. Znanstvena relevantnost teme

Sociološko proučevanje in raziskovanje neplodnosti je v slovenskem družboslovju precejšnja siva lisa. V času podiplomskega študija in priprav na pisanje te naloge nisem našla nobenega dela slovenskega avtorja, ki bi kompleksno in vsestransko zajelo sociološke vidike obravnavane tematike. V zadnjem desetletju se je neplodnost v javnem in strokovnem družboslovnem diskurzu opazneje pojavila le v letih 2000-2001, v času sprejemanja Zakona o zdravljenju neplodnosti in oploditvi z biomedicinsko pomočjo oziroma ob referendumu o noveli zakona, kjer pa sta bili kot sporni vprašanji izpostavljeni zgolj pravica samskih žensk do oploditve z biomedicinsko pomočjo in uvoz darovanih spolnih celic. Omenjeni temi, ki sta v obravnavi celotne problematike neplodnosti obrobni, sta prikrili vrsto drugih, morebiti pomembnejših vprašanj (Keržan 2008, 20). Hkrati pa se je tema po končani razpravi ob referendumu spet znašla na obrobju zanimanja, iz javnega diskurza je povsem izginila, v znanstvenem diskurzu pa ni bila izkoriščena priložnost, da se polje družboslovnega in humanističnega raziskovanja razširi na področje novih reprodukcijskih tehnologij in drugih biogenetskih raziskav (Keržan 2008, 250).

Neplodnost je tako danes v strokovnem in laičnem diskurzu skoraj izključno le medicinska tema. Po mnenju Dorijana Keržana (2008) je to posledica dejstva, da

družboslovje in humanistika v zadnjih 20 letih nista uspela dovolj hitro slediti hitremu razvoju naravoslovnih znanosti, zlasti bioloških, biomedicinskih in genetskih. Na drugi strani so raziskave na teh področjih ponudile "hitre in natančne odgovore na nekatera vprašanja", ki so dolgo mučila družboslovce, posledica česar je bila ta, da so "biologi, medicinci, genetiki in drugi, ki se neposredno ukvarjajo z biomedicino, strumno vkorakali v polje, ki sta doslej zasedala družboslovje in humanistika" (Keržan 2008, 7).²

Da je neplodnost v Sloveniji predvsem medicinska tema, pokaže tudi analiza gradiva v vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov Cobib.si v sistemu Cobiss.si. Pod ključno besedo "neplodnost" sistem (po stanju na dan 30. december 2009) vrne 479 zadetkov. Pred začetkom analize sem iz tega nabora najprej izločila sedem zapisov, datiranih pred letom 1945, nato pa še pet zapisov, ki se ukvarjajo z neplodnostjo v veterini, in enega, ki obravnava neplodnost rastlin. Med ostalimi 466 jih deset lahko uvrstimo na področje prava, devet na področje psihologije in 50 na področje poljudne in laične obravnave tematike (v ta sklop sem uvrstila vse zapise v javnih medijih, tudi intervjuje z zdravniki in prispevke zdravnikov v nestrokovni literaturi ter vso poljudno, izobraževalno, informativno in leposlovno literaturo). Našla pa sem le 16 zapisov, ki bi jih lahko uvrstili v širše sociološko-socialno področje, pa še med temi jih kar nekaj obravnava predvsem posvojitve, neplodnost pa le kot vzrok oziroma razlog za posvojitve. Vse ostale zapise lahko uvrstimo na področje medicine. Med 466 zapisi, ki zadevajo neplodnost pri človeku, jih je torej 381 medicinskih in le 85 nemedicinskih.

1.3. Namen magistrskega dela in raziskovalna vprašanja

Čeprav se je padanje rodnosti v Sloveniji, ki smo mu bili priča od 80. let prejšnjega stoletja dalje, v zadnjih letih ustavilo in zadnji statistični podatki kažejo celo vnovično počasno naraščanje rodnosti, pa še naprej narašča starost matere ob rojstvu tako prvega kot vseh otrok, hkrati pa narašča število žensk, ki v svoji rodni dobi ne rodijo niti enega otroka.

² V javnosti, tako strokovni kot laični, se večkrat pojavijo kritična vprašanja in pomisleki ob nekaterih etičnih, moralnih, pravnih in drugih dilemah in vprašanjih, ki jih s seboj prinašajo nove reprodukcijske tehnologije. To kompleksno problematiko, ki se pojavlja kot posledica razvoja sodobnih metod zdravljenja neplodnosti, bomo v nalogi namenoma pustili ob strani, saj zadeva relativno malo številov primerov neplodnosti, njena obravnava pa bi presegla zastavljene okvire te naloge in sociologije sploh.

Razlogov tako za vse poznejše prehode v starševstvo kot za to, da ženske sploh ne postanejo matere (in moški očetje), je veliko in so mnogoplastni. V tem magistrskem delu se bomo ukvarjali z vzrokom, ki je v bil v dosedanjih socioloških in demografskih raziskavah potisnjen zelo na obrobje in v veliki meri celo povsem prezrt - to so težave s plodnostjo.

V nalogi bomo torej pozornost namenili družbeni skupini, ki zaradi težav s plodnostjo ne more uresničiti zelenega prehoda v starševstvo. Tematiko neplodnosti bomo najprej umestili v širši družbeni kontekst obdobja, ki ga živimo, in za katerega se je v družboslovju uveljavilo poimenovanje pozna moderna ali postmoderna, in se v tem okviru posvetili predvsem tematiziranju materinstva in ne-materinstva, nato pa predstavili nekatere teoretične sociološke poglede na neplodnost in orisali družbeno konstrukcijo neplodnega para.

V nadaljevanju naloge bomo neplodni par "spremljali" v vseh obdobjih soočenja in reševanja problema neplodnosti, od prvega spoznanja, da imata težave pri spočetju otroka, preko odločitve za ukrepanje in postopkov zdravljenja do morebitnega uspešnega zaključka ali vprašanja - do kdaj vztrajati? Sočasno bomo na teoretični in empirični ravni raziskovali odnos družbe do neplodnosti in ugotavljali, kako se z neplodnostjo soočajo prizadeti posamezniki in pari: kako čutijo pritisk prokreativno usmerjene družbe, kako diagnoza neplodnosti vpliva na doživljanje njihove celostne in spolne identitete, kako težave s plodnostjo vplivajo na partnerski odnos in odnose v njihovi socialni mreži, s kom o problemu govorijo in kje iščejo opore v kriznih trenutkih. Precejšen del naloge bo posvečen različnim vidikom sodobnega zdravljenja neplodnosti, kjer bomo skušali ugotoviti, kakšna so fizična, psihična in emocionalna bremena zdravljenja in kako se prizadeti spopadajo z njimi. V zadnjem delu se bomo ukvarjali z možnostmi, ki jih ponujajo nove reproduktivne tehnologije, in izpostavili neplodnost kot družbeni problem.

Na tem mestu je pred nadaljevanjem potrebno posebej pojasniti naslednje: Subjekt te naloge je neplodni par, pod tem pojmom v tej nalogi razumemo heteroseksualni par v zakonski ali zunajzakonski zvezi. Gre za zavestno in namerno zožitev oz. diferenciacijo pojma par, ki je posledica povsem praktičnih razlogov. V raziskavi so sodelovali le heteroseksualni pari oziroma posamezniki, ki imajo heteroseksualna razmerja, poleg

tega pa je tudi naloga zastavljena tako, da fenomen neplodnosti obravnava v njegovih globalnih, večinskih pojavih. Posebej bi želela opozoriti, da s to zožitvijo pojma par na zgolj heteroseksualni par ne podajam nobenih pomenskih, moralnih, etičnih ali kakršnihkoli drugih prejudicev ali sodb v zvezi z isto- in raznospolnimi pari, tudi ne glede medicinske paradigme, ki obravnava le (heteroseksualni) par, in ne glede zakonskega določila o pravici do zdravljenja neplodnosti, ki to pravico eksplicitno daje le heteroseksualnemu paru. Teh vprašanj se bomo kritično dotaknili v nadaljevanju, podrobnejša obravnava pa bi presegla okvir te naloge.

V nalogi bomo torej iskali odgovore na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali in v kolikšni meri je neplodnost v naši družbi tabuizirana in stigmatizirana?
- Ali se posamezniki, ki ne morejo spočeti otroka, zaradi tega čutijo manjvredne?
- Ali zaradi neplodnosti bolj trpijo neplodne ženske kot neplodni moški?
- Ali in v kolikšni meri pomeni sodobna medicina s svojimi postopki zdravljenja neplodnosti pritisk za neplodne pare?
- Ali je neplodnost v Sloveniji družbeni problem?

V nalogi bomo ves čas opozarjali na tiste odzive, postopke in dejanja, ki - tako v okviru zdravljenja neplodnosti kot v refleksiji dojemanja lastne neplodnosti in širšega odnosa družbe do obravnavane problematike - prizadetim posameznikom in parom situacijo, v kateri se niso znašli po svoji volji, še dodatno otežujejo, v zaključku naloge pa bomo poleg interpretacije izsledkov raziskave predlagali tudi spremembe vzorcev vsakdanjega življenja, ki bi, posamično in sinergično, lahko vplivali na spremembo družbenega odnosa do neplodnosti in olajšali individualno spopadanje z bremenom neplodnosti.

1.4. Uporabljena metodologija

Izbiri raziskovalnih metod je narekovala specifičnost in občutljivost tematike, kar še posebej velja za empirični del. Teoretični del temelji na podatkih iz različnih virov ter izbrane strokovne, poljudno strokovne, izobraževalne, informativne in leposlovne literature, ki sem jih analizirala skladno z zastavljenimi raziskovalnimi vprašanji.

Empirični del raziskave pa je potekal s sočasno in neodvisno kombinacijo več metod in uporabo primarnih ter sekundarnih virov:

- spletni intervjuji
- analiza javno dostopnih spletnih forumov in blogov
- analiza javno dostopnih podatkov različnih institucij in podatkov z različnih spletnih strani, povezanih z obravnavano tematiko.

Zbiranje in analiza podatkov po različnih metodah sta potekala sočasno in neodvisno, z integracijo v fazi interpretacije pa smo z uporabo posameznih metod podprli in potrdili rezultate drugih metod in tako povečali skupno veljavnost rezultatov.

1.4.1. Spletni intervjuji

Prvotno predvidena raziskovalna metoda v empiričnem delu naloge so bili poglobljeni kvalitativni intervjuji s posamezniki in pari, ki bi pristali na sodelovanje. Vendar sem na osnovi lastnega dalj časa trajajočega intenzivnega poglobljanja v tematiko, izkušenj drugih raziskovalk (prim. Urh 2009, Prevolšek 2009) in pogovora s predsednico Društva Živa Eva Cerkenik ugotovila, da je tematika vendarle preveč občutljiva (oziroma jo kot tako dojemajo prizadeti posamezniki), da bi lahko računala na zadostno število respondentov, ki bi pristali na osebni intervju. Zato sem prvotno zamisel o izvedbi klasičnih poglobljenih kvalitativnih intervjujev opustila in se odločila za metodo, ki je kombinacija spletne ankete in intervjuja. Sestavila sem seznam 17 odprtih vprašanj in respondente prosila, nanj nanje odgovarjajo opisno in čim bolj izčrpno. V spremnem dopisu k vprašalniku sem natančno pojasnila namen raziskave in udeležencem zagotovila popolno anonimnost, tako glede njihovih osebnih kot medicinskih podatkov, prosila sem jih le za navedbo spola, starosti in stopnje dosežene izobrazbe. Dopis in vprašalnik je Eva Cerkenik v mojem imenu dne 21. aprila 2009 objavila na forumu Neplodnost na portalu med.over.net in na forumu Društva Živa, katerih moderatorica je bila v tem obdobju.

V času od 22. aprila do 10. junija 2009 sem na svoj zasebni elektronski naslov dobila vrnjenih 12 vprašalnikov z odgovori 13 respondentov (v enem primeru sta na en vprašalnik ločeno odgovarjala oba partnerja), enega moškega in 12 žensk. Nekateri

respondenti so se pod vrnjene vprašalnike podpisali, nekateri pa ne in so tudi elektronsko pošto poslali z naslova, iz katerega ni mogoče ugotoviti identitete pošiljatelja. V skladu s podanim zagotovitom o popolni anonimnosti sem vse vrnjene vprašalnike označila z izmišljenimi imeni. Ta sem vzela s seznama najpogostejših ženskih imen v obdobju 1971-1980³ (Statistični urad RS, spletni vir) in jih zaporedno od prvega do dvanajstega dodelila po vrstnem redu prispelih odgovorov. Ker se nekatere respondentke niti v spremnem dopisu niso podpisale in tako ne poznam njihovih pravih imen, obstaja možnost, da je bilo kateri posameznici dodeljeno ime enako njenemu resničnemu imenu, a z vso odgovornostjo lahko zatrdim, da je v tem primeru šlo za popolno naključje. Edinega v anketi sodelujočega moškega sem poimenovala z imenom Janez.

Udeleženke in udeleženec z imeni, kot nastopajo v raziskavi, so:

	Ime	Starost	Dosežena izobrazba
Ž1	NATAŠA	26 let	univerzitetna
Ž2	MATEJA	ni podatka	ni podatka
Ž3	MOJCA	35 let	univerzitetna
Ž4	PETRA	30 let	visoka
Ž5	BARBARA	31 let	znanstveni magisterij
Ž6	ANDREJA	33 let	5. stopnja
Ž7	TANJA	36 let	univerzitetna
Ž8	MAJA	31 let	7. stopnja
Ž9	SIMONA	28 let	7. stopnja
Ž10	ALENKA	34 let	visoka
Ž11	VESNA	28 let	univerzitetna
Ž12	IRENA	32 let	visoka
M1	JANEZ	30 let	5. stopnja

³ Domnevala sem, da je večina respondentk rojena v tem časovnem obdobju.

Povprečna starost ženskih respondentk 31,3 let, povprečna izobrazba pa visoka oz. univerzitetna.

V raziskavo zajet vzorec seveda ni reprezentativen, a takega v nobenem primeru ne bi mogli zagotoviti, saj ne obstaja nabor neplodnih posameznikov in parov, na osnovi katerega bi lahko določili parametre reprezentativnosti. Velikost vzorca oziroma odziv pa ocenjujem kot dober, zlasti v primerjavi z odzivom v raziskavi Špele Urh (avtorica je sicer nove reprodukcijske tehnologije raziskovala z vidika novih sorodstvenih razmerij), ki ni uspela vzpostaviti ne osebnega in tudi ne spletnega kontakta s potencialnimi respondenti in je bila zato prisiljena v posredno intervjuvanje preko tretje osebe (Urh 2009, 114-115).

Neosebna metoda intervjujev se je poleg tega, da sem lahko le na ta način zagotovila zadostno število respondentov, izkazala kot dodatna prednost, saj sem tako lahko v celoti izključila lasten vpliv na respondente. V primeru osebnih intervjujev se namreč lahko zgodi, da raziskovalec, sicer nehote, vpliva na respondenta, saj "raziskovalec ni nepopisan list papirja, ki bi k problemu pristopil naivno in brez informacij", prav tako raziskovalec vedno nosi s seboj tudi "prtljago kulturnega okolja in lastne ideološke obremenjenosti" (Keržan 2008, 27).

Za razliko od nekaterih raziskovalk in raziskovalcev problematike neplodnosti in razvoja novih reprodukcijskih tehnologij, ki so imeli tudi sami težave s spočetjem otrok, denimo tudi v tej nalogi citirani Arthur Greil, ki je otroka kasneje posvojil (Keržan 2008, 29), pa sama izkušnje neplodnosti nimam. A to je po moji oceni v tem primeru le prednost, saj sem se lahko raziskave lotila povsem neobremenjeno, kar je predpogoj za objektivnost. V primeru, da ima raziskovalec lastno življenjsko izkušnjo s temo, ki jo raziskuje, ga namreč ta izkušnja sili, da si ustvari bolj ali manj izoblikovano mnenje o raziskovalnem vprašanju, "problem raziskovalčevega mnenja, ki si ga ustvari na podlagi lastne življenjske izkušnje, pa je praktično nerešljiv" (Keržan 2008, 28).

1.4.2. Analiza spletnih forumov in blogov

Za raziskavo za potrebe te magistrske naloge sem opravila tudi analizo zapisov z nekaterih spletnih forumov in blogov. V raziskavo sem vključila izključno tiste spletne forume in bloge, ki so v celoti javno dostopni brez kakršnihkoli omejitev, se pravi, da ne zahtevajo nobene registracije uporabnika. Uporabila sem predvsem zapise z najbolj obiskanega foruma Neplodnost, ki na portalu med.over.net deluje od leta 2002, v analizo sem zajela zapise od začetka leta 2006 do konca leta 2009. V zapise, ki jih citiram, sem le malenkostno slovnično posegala, le toliko, da sem zagotovila berljivost in lažjo razumljivost. Vsi citirani zapisi so opremljeni z originalnim vzdevkom avtorice/avtorja, to je tako imenovani nick-name, ki si ga vsak/a udeleženec/ka izbere sam/a, in datumom objave, po teh dveh kriterijih je zapise na forumu mogoče najti. Prav tako sem uporabila zapise z bloga Afroditin kotiček (<http://afrodita.blog.sirol.net/Category/neplodnost/>), in sicer zgolj iz obdobja od marca 2007 do septembra 2008, ko je bil blog prosto dostopen.

Iz zapsanega izhaja, da v ničemer nisem posegala v zasebnost avtorjev uporabljenih zapisov s spletnih forumov in blogov, saj tako vsebino kot podatke o avtorjih navajam takšne, kot so jih uporabniki sami že pred tem objavili na svetovnem spletu na javno dostopnih straneh.

V Sloveniji delujeta še dva spletna foruma na temo neplodnost. Forum društva Živa za dostop do vsebine sporočil zahteva registracijo uporabnika, zato sem tam spremljala le dinamiko pojavljanja novih sporočil po posameznih vsebinskih sklopih. Razprave na temo neplodnost potekajo tudi na portalu ringaraja.net, kjer se forum Zanositev deli na štiri tematske sklope: Želimo si novega člana, Težave z zanositvijo, Posvojitev, rejništvo ter Upajmo skupaj. Zapise sem spremljala za lastno informiranost, v samo analizo pa jih zaradi razdrobljenosti in nepreglednosti nisem vključila. Občasno je mogoče zapise na temo neplodnost zaslediti tudi na drugih spletnih naslovih. Sama na nobenem forumu in blogu nisem aktivno sodelovala.

2. DRUŽBENI KONTEKST OBRAVNAVANE TEMATIKE

Svet, v katerem živimo, in vsakdanje življenje vsake posameznice in posameznika se spreminjata iz dneva v dan. Vse hitreje, vse bolj korenito in z vse bolj vseobsegajočimi posledicami. Naštejmo le nekaj družbenih sprememb, ki jih opažamo okoli nas: trajanje izobraževanja se podaljšuje, mladi vedno dlje živijo pri starših, odlašajo s starševstvom, delovniki so vse daljši, zaposlitve pa vse bolj negotove, soočamo se z vdori javnega v zasebno življenje, zakonske zveze in partnerska razmerja postajajo vse bolj labilna, pojavljajo se nove oblike družin, mnogo ljudi živi v reorganiziranih družinah z otroki enega ali obeh partnerjev iz prejšnjih zvez, soočamo se s klimatskimi spremembami, onesnaženim okoljem, grozi nam pomanjkanje energetskih virov, svet zaradi sodobnih komunikacijskih in transportnih sredstev postaja vse "manjši" oziroma vse lažje dostopen, soočamo se z mešanjem kultur, jezikov, identitet...

Podobne, skoraj enake spremembe se pojavljajo povsod v razvitem delu sveta. Zato lahko sklepamo, da ne gre za naključna dogajanja oziroma za dogajanja, omejena na razmeroma ozek prostor ali skupino ljudi, temveč za globalne družbene spremembe v obdobju na prelomu tisočletja in začetku 21. stoletja, za katerega avtorji, ki analizirajo ta čas in njegove značilnosti, uporabljajo različna poimenovanja: druga moderna, pozna moderna, visoka moderna, postmoderna, tekoča moderna, protimoderna itd.

Najpomembnejša skupna značilnost procesov in dogajanj tega obdobja je spremenljivost, zato Zygmunt Bauman kot vodilno metaforo za sedanjo stopnjo moderne dobe uporablja pojem "tekočnost", ko povzema fizikalno lastnost kapljev in plinov, da nenehno spreminjajo obliko, če so izpostavljeni obremenitvi (Bauman 2002, 5). Tekočine ne fiksirajo prostora in ne vežejo časa. Nobene oblike ne obdržijo dolgo in so jo nenehno pripravljene spreminjati, ves čas potujejo, zanje je pomembnejši tok časa kot prostor, ki ga trenutno zasedajo. So mobilne, gibljive in nestalne, zato Bauman uporablja metaforo fluidnosti za opisovanje in razumevanje sedanje faze v zgodovini moderne.

Teoretiki tega obdobja (Bauman, Beck, Giddens) v obdobju postmoderne opisujejo in analizirajo družbene spremembe, ki bi jih lahko vsebinsko razdelili v štiri sklope: individualizacija, pluralizacija življenjskih potekov, globalizacija ter tveganja in

negotovosti. Čeprav vsi sklopi družbenih sprememb postmoderne vplivajo tudi na intimno življenje posameznika in družine, se bomo v pričujoči nalogi glede na izbrano temo posvetili predvsem individualizaciji, zlasti v intimnih razmerjih, in postmodernim individualiziranim biografijam izbora, v nadaljevanju tega poglavja pa orisali najznačilnejše in najpomembnejše spremembe, ki jih postmoderna vnaša na področje družinskega življenja.

2.1. Individualizacija

S pojmom individualizacija označujemo proces prestrukturiranja in dinamiziranja življenjskih stilov, kar obsega dinamizacijo in pluralizacijo življenjskih pogojev, življenjskih vzorcev in stilov (Ule 2000, 322).

Po Becku (2001, 188) zadeva individualizacija primarno tri dimenzije:

- dimenzijo osvobajanja posameznika iz zgodovinsko določenih družbenih oblik in tradicionalnih odnosov;
- dimenzijo odčaranja, ki jo zaznamuje izguba tradicionalnih gotovosti in zaupanja v družbene norme;
- dimenzijo nadzora oziroma reintegracije v nove vrste družbenih povezav in odnosov med ljudmi, ki jih oblikujejo v skladu s svojimi življenjskimi stili.

Hkrati se individualizacija izraža v treh glavnih družbenostrukturalnih procesih (Beck 2001, 201-227):

- povečanje materialnega življenjskega standarda, ki ljudi osvobodi pritiska boja za eksistenco in omogoča več časa za druge aktivnosti, s tem pa tudi osvobajanje izpod okvirjev socialnega okolja;
- povečana družbena in prostorska mobilnost, ki je povzročila obširne spremembe v poklicni strukturi (zaposlovanje žensk), s tem pa tudi spremembe družinskih vlog, spolne identitete itd.;
- podaljšano in vse bolj raznovrstno izobraževanje, ki podpira refleksijo življenjskih poti in možnosti ter dvom v tradicionalne življenjske vrednote.

Beck (2001, 192) govori o "institucionaliziranem individualizmu", kar pomeni, da se osnovne človekove pravice in odgovornosti od skupin in lokalitet vse bolj preusmerjajo k posamezniku, od katerega pa to zahteva razpolaganje z različnimi vzorci vedenja in z različnimi socialnimi vlogami v različnih institucijah in družbenih sferah.

Ko je individualizacija institucionalizirana, je tudi standardizirana, kar pomeni, da izbire, ki so na voljo posamezniku, potekajo le v določenih dimenzijah. Vsaka odločitev zaplete posameznika v mrežo nadaljnjih odvisnosti. Napredovanje individualizacije zato ne pomeni naraščanja dejanske avtonomije posameznika, temveč predvsem spremembo v načinu družbenega nadzora. Beck (2001, 192-195) govori o "institucionalnih pečatih življenja", kar pomeni, da so posamezne ureditve v družbi neposredno prepletene s fazami v življenju človeka: z institucionalnimi določitvami in posegi se obenem izvršujejo tudi določitve in posegi v človekovo življenje, ti posegi pa večinoma potekajo neopazno, prikrito.

2.1.1. Individualizacija v intimnih razmerjih

Beck postavlja tezo, da se individualizacija lomi prav v in na intimnih razmerjih (Beck, 2006, 45). S tem ko posamezniki postajajo zakonodajni organi svojega življenja, to pred njih postavlja nove zahteve glede partnerske zveze. Na eni strani prihaja do pluralizacije oblik družinskega in partnerskega življenja, hkrati pa prihaja do brisanja meja med zasebnim in javnim življenjem, ko prihaja do ponovnega združevanja dela in zasebnega življenja. Družina, v kakršnikoli obliki, je prostor, kjer dobivajo ta in druga družbena protislovja svoj zasebni izraz, hkrati pa je prostor, kjer teh protislovij ni več možno kompenzirati (Beck 2006, 45). Dom ni več posebno okolje, ločeno od delovnega, kjer posameznik lahko pričakuje čustveno podporo, kot je veljalo za tradicionalno družino po "izumu" romantične ljubezni, o kateri piše Giddens (2000). Danes je dom predvsem prostor iskanja kompromisov oziroma reševanja protislovij, ki jih pred posameznike postavlja na eni strani trg delovne sile in na drugi zahteve intimnega partnerstva (denimo iskanje kompromisov glede kraja dela in bivanja, usklajevanja vse daljših, "fleksibilnih" delovnikov in skrbi za otroke, delitve domačih del itd.).

V nadaljevanju pa Beck opozarja, da tudi družina oz. ljubezenska zveza ni več nekaj večnega, družina ni več enoznačno povezana z individualno biografijo, temveč človek v svojem življenju preide skozi več oblik družinskega/partnerskega odnosa. Pri tem različna obdobja svojega življenja preživimo z otroki, ki so "moji", "tvoji" in/ali "najini". Konstanta je le "moj" otrok, tisti, ki ostane, ko se partnerji in "tvoji" otroci menjujejo (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 47).

Tudi Bauman opozarja na bledenje in pešanje, razpadanje in razkrajanje človeških vezi, skupnosti in partnerstev. Na vezi in partnerstva gledamo in jih obravnavamo kot stvari, ki bodo porabljene, ne proizvedene, podrejene so enakim kriterijem vrednotenja kot vsi drugi porabni predmeti. Zaveza "dokler naju smrt ne loči" se spreminja v "dokler traja zadovoljstvo", če ima eden od partnerjev boljšo možnost in večjo korist, če iz partnerstva izstopi namesto da ga poskuša ohraniti. Zato se predpostavljena začasnost partnerstev spreminja v samoizpolnjujočo prerokbo (Bauman 2002, 206).

Beck je pesimističen, ko govori o ljubezni v sedanjem času. Pravi, da je v družbi tveganja ljubezen potrebna kot nikoli poprej, hkrati pa je bolj nemočna kot kadarkoli poprej. Ljubezen celo ni dovolj, da bi obdržala skupaj partnersko zvezo ali družino. Po Becku je tisto, kar resnično združuje in predstavlja najstabilnejši fundament partnerske zveze - strah pred samoto (Beck 2006, 43). Ljudje naj bi bili "prisiljeni" v iskanje dvojine v partnerskem razmerju, da bi jim nudilo zatočišče pred vse večjo praznino razredčenih socialnih vezi, kar je negativna posledica individualizacije.

Tudi Bauman se strinja, da je današnja negotovost močna individualizirajoča sila. Ločuje, namesto združuje. Sodobni strahovi, bojazni in stiske so taki, da jih trpimo sami (Bauman 2002, 187).

2.2. Individualizirani življenjski poteki - biografije izbora

Biografija posameznika ni več vnaprej določena, temveč postane biografija izbora, refleksivna biografija, narejena (self-made) biografija. Značilnosti sodobnih, individualiziranih življenjskih potekov lahko strnemo v nekaj tez:

- Življenjski potek je oblikovan individualno, različno od življenjskih potekov generacij. Generacija ne pomeni več zaporedja kolektivnih prehodov, ampak o generaciji govorimo le z vidika standardiziranega časa (npr. generacija osemdesetih..., generacija X...).
- Življenjskega poteka ne določa več primarno prostor oziroma kraj bivanja. Dejavnosti posameznika so vse bolj prostorsko ločene, kraj bivanja je stvar izbire, ki jo določa načrtovanje življenja in kariere.
- Življenjski potek se vse bolj osvobaja družbenih vezi med posamezniki ali skupinami. Sorodstvo izgublja pomen, kar zadeva vpliv na pomembne odločitve posameznika, posamezniki v pozni moderni mobilizirajo intimne odnose le toliko in tako, kolikor ustrezajo njihovim življenjskim načrtom. Na mesto tradicionalnih referentov (sorodniki, sosedje) vstopajo slučajni referenti. Giddens uvaja pojem "trajektorij", ko govori o življenjskem poteku posameznika, ki je vezan predvsem na njegove lastne načrte in projekte in je primerljiv z Luhmannovim pojmom "kariera" (Ule 2000, 65).

Biografije ljudi se tako izločijo iz tradicionalnih predpostavk in varnosti, iz mehanizmov zunanjega nadzora in nadregionalnih etičnih norm ter postanejo odprti, neodvisni dejavniki v rokah posameznika. Vse več je biografij, ki jih ljudje lahko oblikujejo sami, in v katerih sami odločajo o pogojih svojega življenja. Normalne biografije se tako spreminjajo v biografije izbora (Beck 2006, 12), kar velja tako za izobraževanje, izbiro poklica in karierni poti kot za obliko življenja v zasebnosti.

Tako rekoč vse je zdaj prepuščeno posamezniku, pravi Bauman. Vsak posameznik mora sam ugotoviti, kaj je zmožen početi, da kar najbolj razvije to zmožnost in da izbere cilje, za katere lahko to zmožnost najbolje uporabi. V takem svetu, ki je poln priložnosti, je malokaj vnaprej določeno, še manj nepreklicno. Malo porazov je dokončnih, malo spodrseljavev nepopravljivih, a tudi nobena zmaga ni končna (Bauman 2002, 80). Vse to pa pomeni, da so v življenju, ki mu vlada načelo fleksibilnosti, tudi življenjske strategije in načrti lahko le kratkoročni, sklepa Bauman (2002, 175).

V nadaljevanju naloge bomo v poglavjih, temelječih na empirični raziskavi, pokazali in dokazali, da težave s plodnostjo, prisilen zamik načrtovanega starševstva ali celo dokončna neplodnost in nehotena odpoved biološkemu starševstvu pomenijo tako odmik od individualizirane biografije izbora kot tudi neizbežno spoznanje, da imata

znanost in tehnologija še vedno omejene možnosti pri obvladovanju nekaterih naravnih stanj in procesov.

2.3. Postmoderna družina⁴

Alenka Švab (2006, 63-64) piše, da v zadnjih nekaj desetletjih opazamo pomembne spremembe družinskega življenja, ki jasno kažejo na to, da se družine odmikajo od modernega modela nuklearne družine kot neolokalne skupnosti, sestavljene iz heteroseksualnih poročenih parov z otroki. Še več; "z veliko gotovostjo lahko trdimo, da je ravno intenzivno spreminjanje glavna značilnost družinskega življenja v zadnjem času" (Švab 2006, 63).

Te spremembe so značilne za ves zahodni svet in tudi za Slovenijo, se pa lahko zaradi kulturnih, družbenih in drugih posebnosti v posameznih segmentih razlikujejo po intenziteti spreminjanja. "Družinsko življenje v Sloveniji postaja izredno raznovrstno, govorimo lahko o pluralizaciji družinskega življenja in družinskih oblik." (Švab 2006, 63).

Tudi Zoran Kanduč ugotavlja (2003, 185), da je "družina nesporno dokaj prilagodljiva struktura". Navaja ugotovitve številnih sociologov, ki preučujejo življenjske oblike na področju zasebnosti, da se družina in tudi partnerska razmerja ter odnosi med starši in otroki v poznomoderni socialni in kulturni situaciji precej spreminjajo: pluralizirajo, individualizirajo, fleksibilizirajo, demokratizirajo, egalitarizirajo, relativizirajo, diverzificirajo in predvsem denaturalizirajo. Po Kandučevem mnenju (prav tam) je najbolj opazen trend razraščanje družinskih konfiguracij, ki se razvrščajo na periferiji in so bolj ali manj oddaljene od hierarhično najvišjega in zato tudi najbolj prestižnega modela organizacije družinskega življenja.

⁴ Da bi lahko opisali premike in spremembe, ki so v obdobju postmoderne opazni na področju družinskega življenja, bomo v tem poglavju namenoma presegli sociološko definicijo družine, ki kot konstitutivni element družine opredeljuje starševsko razmerje kot socialno razmerje (Renner 2006, 16) in bomo obravnavali tudi oblike zasebnega življenja, ki (še) ne vključujejo otroka.

Toda čeprav se družinsko življenje pozne moderne oziroma postmodernosti spreminja tako po spolni kot po starostni strukturi, čeprav se spreminjajo družinske vloge in delitev družinskega dela, pomembno drugačni pa so tudi družinski poteki, pa to po mnenju Alenke Švab ne pomeni radikalnega reza v primerjavi z značilnostmi moderne družine in v ničemer ne nakazuje propada družine (Švab 2006, 63-64, prim. tudi Švab 2001). Nasprotno, družina je še vedno pomembna, celo temeljna družbena institucija, ki jo tudi v postmoderni zaznamujejo moderne dimenzije. Tako je družina še vedno nosilka dveh osrednjih družbenih funkcij: socializacije otrok in psihološke stabilizacije odraslih posameznikov, piše Alenka Švab (2006, 64).

Spremembe, ki jih opisujemo v nadaljevanju, tako po njenem mnenju ne pomenijo "prehoda od modernega družinskega modela h konsolidaciji nekega 'postmodernega' modela, ampak uveljavljanje spreminjanja in raznolikosti kot temeljnega načela delovanja družine" (Švab, prav tam).

2.3.1. Pluraliziranje družinskih potekov

Povedali smo že, da se spreminjanje družinskega življenja v pozni oziroma postmoderni najbolj jasno odraža skozi pluraliziranje družinskih potekov. Alenka Švab poudarja (2006, 64), da se ne spreminjajo le družinski poteki, ampak tudi narava njihovega vzpostavljanja; vse bolj se namreč (po Becku) individualizirajo skozi refleksivno konstruiranje biografij. Posamezniki so v svojih odločitvah o življenjskem poteku vse manj vezani na klasične družbene norme o življenjskih prehodih in njihovih časovnih zaporedjih, hkrati pa se življenjski potek ločuje od zunanjega prostora in vedno manj upošteva predobstoječe zveze s posamezniki in skupinami (Giddens v Švab 2006, 64).

Proces pluralizacije družinskih potekov se po mnenju Alenke Švab (2006, 64-65) najbolj kaže v naslednjih razsežnostih:

- maritalno vedenje postaja vse bolj nedoločno, nestabilno in spremenljivo (vse manj porok in več kohabitacij, povečanje števila razvez, več ponovnega poročanja);
- narašča število reorganiziranih družin⁵, tako po deležu kot po pogostosti reorganizacije;

⁵ Reorganizirane so ponovne vzpostavljene družine oziroma družine, v katerih je vsaj eden od staršev socialni, ne pa tudi biološki starš (Rener 2006, 17).

- pluralizirajo se prehodi med posameznimi obdobji družinskega poteka;
- nekatera obdobja življenjskega in družinskega poteka se podaljšujejo (mladost, bivanje pri starših), druga krajšajo (obdobje aktivnega starševstva), med seboj se lahko tudi mešajo ali podvajajo.

Tudi Zoran Kanduč (2003) opaza in priznava, da se, čeprav se družinsko življenje "dokaj večje" izmika sistematičnim raziskavam in so posplošene ocene o empiričnih družinah vselej problematične, družbena praksa pogosto zelo odmiha od predpisanega ideala. Očitno je v dejanskosti bolj malo harmoničnih družin oziroma takih primerov družinskega "bitja in žitja, ki bi delali prepričljivo reklamo za konvencionalno obliko organizacije zasebnega življenja." (Kanduč 2003, 179-180).

Kanduč pravi (2003, 178), da je oznaka "kriza družine" vrednostna oznaka, ki se nanaša na idealno tipski model. V resnici je v krizi kulturno hegemonski model organizacije zasebnega življenja (Kanduč 2003, 181). To po avtorjevem mnenju ni presenetljivo, saj gre za ideal, ki ga že po definiciji ni mogoče uresničiti in se mu je težko tudi približati (Kanduč 2003, 216). Razlogov za to, da je ta osrednji kulturni model malomeščanke "moderne" družine v krizi kljub njeni trdoživosti in veliki ideološki podpori, je po Kandučevem mnenju (2003, 181) več, osrednji pa je ta, da postaja posameznik močnejši ali vsaj pomembnejši od družine. Čedalje več ljudi ocenjuje, da je predpisani model družinskega življenja preveč omejujoč, celo nasilen in prisilen, pri tem pa avtor ne misli na morebitno fizično nasilje med družinskimi člani, temveč na nasilnost (malo)meščanske družine kot socialno-kulturne strukture in zgodovinsko specifičnega modela. "Zdi se, da model poka po šivih predvsem zaradi inherentnih protislovij in strogih normativnih omejitev, ki jih je le s skrajnimi napori mogoče pomiriti s sodobnimi kulturnimi težnjami." (Kanduč 2003, 257).

Tudi Dorijan Keržan (2008) opaza, da "danes družina v laičnem in ideološkem diskurzu izginja. Podoba univerzalne institucije se umika avtonomnemu posamezniku, ki je nedefinirano bitje brez apriorne socialne usode, zaradi česar se v razmerjih med družinskimi člani porajajo nove strukture, razmerja, ki jih po mnenju nekaterih antropologov ne moremo več označiti z besedo sorodstvo, pač pa povezanost." (Keržan 2008, 76). To spreminjanje oblike organiziranja sorodstvene povezanosti je posledica "treh prehodov zahodnega koncepta spočetja": prvi prehod je z dostopnostjo učinkovite

kontracepcije ločil spolnost od reprodukcije, drugi je z uvedbo postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo reprodukcijo osvobodil od spolnosti, nadaljnji razvoj novih reprodukcijskih tehnologij pa je prinesel celo ločitev organske enotnosti zarodka in matere (Keržan 2008, 18-19). Keržan poudarja (prav tam), da je "zato treba družino na novo definirati in jo ločiti od njene biološko reproduktivne vloge in tradicionalne ideologije ter raziskati mesto in vlogo družine v določenem času in prostoru."

2.3.2. Materinstvo v postmoderni

Materinstvo je tisti segment družinskega življenja, pri katerem je v postmodernosti zaznati najmanj sprememb (Švab 2001, 95). Kljub spremembam rodnostnega vedenja in pluralizaciji družinskih oblik, kar je posledica družbenih sprememb, ki so radikalno vplivale na življenjske strategije žensk (npr. izobraževanje, zaposlovanje, individualna neodvisnost), je materinstvo tista družbena vloga, ki ostaja "ključna družinska vloga" in kot taka tudi v postmodernosti tipično moderna (Švab 2006, 73, prim. tudi Švab 2001). Še več, družbeni pomen materinstva se v postmodernosti le še krepi. Na prenos poudarka z lika ženske na vlogo matere v sodobni slovenski družbi opozarja Vesna Leskošek (2002), ko piše o nadomeščanju praznika dneva žensk (8. marca) z materinskim dnevom in to prakso ocenjuje kot poskus razvrednotenja ženskega delovanja v javnosti. "Otroci se učijo, da je ženska predvsem mati, to mnenje pa podpirajo zgodbe, pesmi, spisi, ki ustvarjajo podobo dobre matere. Ta je redko javna delavka, zaposlena in aktivna, pogosteje je zvesta in pridna in, če je le mogoče, popolnoma predana svoji družini." (Leskošek 2002, 19)

Tudi Suzana Štular (1999) piše, da prakse materinjenja sicer skladno s spremembami na širši družbeni ravni variirajo v času, vendar pa se podoba "dobre" matere še dandanes ni iztrgala iz vrednotnega sistema, ki ga je načrtovalo krščanstvo s podobo device Marije kot idealne matere (Štular 1999, 27). Pri ustvarjanju vtisa v novejšem času - da ni več mati edina odgovorna za razvoj otroka, ampak sta v to zajeta oba starša - gre po njenem mnenju le za preimenovanje. "Vsebinska podoba matere se enostavno poimenuje 'podoba starša', vsebinska sama pa se ne spremeni." (Štular 1999, 101).

Kar pa je novo na področju materinstva, je dejstvo, da materinstvo "ni več ekskluzivna ženska identiteta in prioriteta med odločitvami v ženskem življenjskem poteku" (Švab 2006, 73). Ideologija obveznega materinstva izgublja pomembnost, vedno več žensk se ne odloča za materinstvo, čeprav je težko določiti, koliko žensk v mlajših kohortah bo dejansko ostalo brez otrok, piše Alenka Švab (prav tam), ki pa dodaja, da gre pri tem pojavu bolj kot za odklanjanje te vloge za "spreminjanje prioritete v življenjskem poteku posameznice in za časovno fleksibilizacijo možnosti odločanja za materinstvo, ki se največkrat realizira kot odlašanje materinstva na poznejša leta v življenjskem poteku" (Švab 2006, 74). O tem fenomenu, ki ga potrjujejo statistični podatki, in njegovih učinkih, bomo več govorili v nadaljevanju.

2.3.3. Novo očetovstvo

Med pomembnimi spremembami, ki jih družine v zahodnih družbah doživljajo v zadnjih desetletjih, je po ugotovitvah številnih sociologin in sociologov "najočitnejši trend spreminjanja očetovstva in praks očetovanja, kar pogosto označujejo kot porajanje fenomena novega očetovstva" (Švab 2000, Rener in drugi 2006, Rener in drugi 2008). V socioloških razpravah se na eni strani zavoljo zmanjševanja avtoritete moških, izgube vloge edinega oziroma glavnega prehranjevalca družine ter tudi zaradi družbene sprejemljivosti odsotnih očetov⁶ izpostavlja vprašanje krize očetovstva, na drugi strani pa diskusije o novem, aktivnem očetovstvu poudarjajo spremembe, ki se odražajo v vse večji vključenosti moških v skrb za otroke, ki se začne že v trenutku spočetja, oziroma, kot bomo pokazali v naslednjih poglavjih, v primeru težav z zanositvijo tudi že pred spočetjem.

Novo očetovstvo se kaže predvsem v aktivnejšem vključevanju v družinsko delo, skrb za otroke, vendar se v Sloveniji še ne razvija tako intenzivno kot v nekaterih drugih zahodnih družbah. Slovenske raziskovalke (Rener in drugi 2008) ugotavljajo, da so spremembe daleč najbolj zaznavne na ravni vrednot, stališč in percepcij aktivnega očetovstva, materinstva, položaja žensk v družini in širše v družbi ter tudi sicer družinskega življenja. Alenka Švab povzema (2006, 75), da si "sodobni moški bolj želijo skrbeti za otroke in z njimi vstopati v tesnejša razmerja kot njihovi očetje in da so

⁶ Alenka Švab govori o trendu legitimiranja očetovske neprisotnosti v družini (2001, 132-133).

pripravljeni povečati tudi svoj delež v družinskem delu. Raziskave ta povečana očetovska prizadevanja in tudi dejansko večjo vpletenost v skrb za otroke zaznavajo, vendar tudi očetje sami priznavajo, da njihove partnerke še vedno prevzemajo poglavitni delež skrbi za otroke."

Razlogi za počasno spreminjanje družinskih vlog, uveljavljanje enakomerne delitve družinskega dela in prevzemanje dejanskega aktivnega očetovanja so po mnenju Alenke Švab (2006, 79) različni, v Sloveniji pa predvsem posledica še vedno "ukoreninjene ideologije tradicionalne družine in družinskih vlog ter ideologizacije materinstva". "V tem kontekstu se zdi, da problem aktivnega očetovanja ni toliko problem moških oziroma njihove pripravljenosti in sposobnosti za aktivno očetovanje, temveč tudi kulturnega imaginarija, ki materinstvo še vedno umešča v ontologijo družine kot ekskluzivno, nenadomestljivo vlogo." (Švab 2006, 79).

Maca Jogan (2001, prim. tudi Zore 2007, 77-83) pa opozarja tudi na pomen skladnega učinkovanja različnih družbenih, zlasti institucionalno določenih dejavnikov pri razvijanju novih lastnosti očetovstva. Poudarja, da ponotranjenje pravil novega očetovstva in praktično uresničevanje novega modela moškosti ni odvisno le od posameznikove volje in pripravljenosti (čeprav je izvedljivo le s konkretnimi posamezniki), temveč predvsem od institucionalne urejenosti. Usmeritev ključnih institucij v sodobni družbeni skupnosti, v kateri že gre za delno erozijo moškosrediščne kulture, lahko namreč individualno (ne)tradicionalno usmeritev spodbuja ali jo pa zavira. Zaenkrat v večini družb na svetu še prevladuje zaviralna vloga institucij, saj so te namenjene v prvi vrsti "ohranjevanju moškega subjekta". (Jogan 2001, 184)

Na prevlado tradicionalnih kriterijev in stereotipno pojmovanje starševskih vlog v institucijah opozarja tudi Alenka Švab (2006, 68), ki piše o pojavu stigmatizacije očetov po razvezi. Analiza sklepov sodišč o tem, komu od staršev bo po razvezi dodeljen otrok, je pokazala, da je skrb za otroke večinsko v domeni mater, dodelitve otrok očetom pa so običajno pogojene z ugotovitvami o materini nezmožnosti skrbeti za otroka.

2.3.4. Fenomen protektivnega otroštva

Pojem otroštva in socialne figure otroka, kot jo poznamo danes, segata v sredo 18. stoletja in se pojavita hkrati s konstituiranjem moderne meščanske družine, ki postaja vse bolj pozorna do blaginje, nege in varstva otrok (več o tem v Aries, 1991; prim. tudi Sieder, 1998). Vendar pa je bilo, kot opozarja Alenka Švab (2001, 135), konstituiranje modernega otroštva družbeno omejeno na konkretni družbeni sloj - meščansko družino⁷ in tudi spolno specifično, sprva omejeno le na dečke.

V moderni uveljavljena pozornost do blaginje otrok se v postmodernosti še intenzivira v pojav protektivnega otroštva, ki "vključuje številne aktivnosti in prakse, ki izražajo vedno bolj intenzivno skrb za otroke, njihovo blaginjo, izobraževanje itd." (Švab 2001, 135).

Pojav protektivnega otroštva je po mnenju Alenke Švab del procesov individualizacije, oblikovanja refleksivnega projekta sebstva oziroma intenziviranja zahtev sodobnega sveta. Te zahteve zvišujejo tudi imperative starševstva: "Tako ni več dovolj sprejeti otroka takšnega, kakršen je, z vsemi njegovimi fizičnimi in mentalnimi posebnostmi in pomanjkljivostmi... Pomembno je, kolikor je le mogoče, popraviti te pomanjkljivosti (škiljenje, jecljanje, močenje postelje) in spodbujati razvijanje sposobnosti (igranje klavirja, učenje jezikov, šole tenisa na poletnih in smučanja na zimskih počitnicah)." (Švab 2006, 81). Alenka Švab dodaja (prav tam), da se pomeni in zahteve protektivnega otroštva pomikajo vedno v zgodnejše otroštvo in celo v obdobje spočetja in nosečnosti.

Zaradi omenjenih zahtev protektivnega otroštva tudi mladi v Sloveniji razumejo starševsko vlogo kot izredno zahtevno, v raziskavi, opravljeni med študenti, se je skoraj tri četrtine vprašanih strinjalo, da je dolžnost staršev, da poskrbijo za svoje otroke tudi na škodo lastne blaginje (Ule in Kuhar 2003, 102-103). To pa je, kot bomo pokazali pozneje, eden od razlogov za odlaganje starševstva; višja starost, zlasti ženske, pa je lahko vzrok težav z zanositvijo.

⁷ Otroci delavskega razreda so bili ravno v času razcveta protekcije otrok, v drugi polovici 19. in v začetku 20. stoletja, najbolj izkoriščana delovna sila, o otroštvu v kmečkih in delavskih družinah, ki so bile v tem obdobju v Sloveniji najštevilčnejše, pa podrobno piše Alenka Puhar (2004).

3. VPLIV DRUŽBENIH RAZMER NA REPRODUKCIJO

On in ona se srečata. Všeč sta si. Zaželita si drug drugega... Sčasoma postaja odnos vse bolj resen. On in ona se spreminjata v onadva, v par... Obide ju misel, da je treba tudi prebivati skupaj. V tej točki se prične simbolična, imaginarna in realna gradnja skupnega doma. On in ona nato ugotovita, da kaže njuno razbohoteno ljubezen tudi uradno ovekovečiti in jo, praznično ozaljšano in slovesno vzneseno, potrditi navzven... Kmalu prijoče na svet težko pričakovano dete, ki le še utrdi, poglobi in razširi razmerje; čez čas pa se mu pridruži še druga družinska pritiklina. (Kanduč 2003, 178-179).

V preteklosti je bila zakonska zveza (kot edina družbeno legitimna oblika partnerstva) tesno, pravzaprav nevprašljivo povezana s starševstvom. Kot piše Elisabeth Beck-Gernsheim, so ljudje v predindustrijski družbi otroke potrebovali predvsem iz ekonomskih razlogov: kot delovno silo v hiši in na posestvu, kot starostno zavarovanje staršev ter kot dediče in naslednike premoženja in družinskega imena. Zlasti za višje družbene sloje so imeli otroci "precej konkreten pomen", ki je bil vnaprej določen z dednim pravom in predpisi, ki so urejali višino dot. Zato je bilo rojstvo prvorojenih, zlasti moških potomcev, vesel dogodek. Vzporedno s tem pa so obstajale tudi številne situacije, ko so bili otroci v ekonomskem smislu nekoristni ali so predstavljali samo še dodatno obremenitev (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 118-119, prim. tudi Goody 2003, Sieder 1998, Puhar 2004).

V zadnjih desetletjih 20. stoletja se neposredna povezava zakona in starševstva razbije. Po mnenju številnih avtorjev je to delno posledica ekonomskih sprememb. Že v obdobju ločevanja produkcije od reprodukcije oziroma razkroja družine kot ekonomske skupnosti v 19. stoletju in prvih desetletjih 20. stoletja so se ekonomske prednosti, ki so jih prinašali otroci, začele zmanjševati. Rojstvo otroka je pomenilo vse večjo finančno obremenitev, piše Elisabeth Beck-Gernsheim, ta razvoj pa je postal še vidnejši v zadnjih desetletjih in letih. "Stroški, povezani z oskrbo in vzgojo otrok, naraščajo hitreje kot rast dohodkov, stopnja inflacije in stroški preživetja." (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 119).

Zakaj se potem danes odločamo za otroke? Očitno je namreč, da se, čeprav je odločitev za starševstvo danes le ena od možnosti izbire, ki so nam na voljo (čeprav je družbeno zaželena) oziroma je identiteta očeta ali matere izbirna oziroma izbrana identiteta (Tomažič 2008, 26), ženske in moški tudi danes v prevladujoči meri odločajo za starševstvo. Tudi opravljene sociološke raziskave in raziskave javnega mnenja kažejo na visoke stopnje aspiracije do starševstva. Jana S. Javornik (2006) sicer opozarja, da je treba razlikovati javni zagovor vrednot od zasebnih oziroma osebnih vrednotnih orientacij. Po njenem mnenju je "imeti družino" družbeno pričakovan in vrednotno zaželen odgovor, kar je tudi posledica ideologizacije družine (Javornik 2006, 80). Vendar pa tudi empirične raziskave osebnih vrednotnih orientacij v Sloveniji kažejo, da je v življenjskih načelih vedno prisotna želja po osnovanju družine in po otroku. V raziskavi Mladina 2000 je, na primer, manj kot dva odstotka anketiranih izjavilo, da otrok ne nameravajo imeti (Ule in Kuhar 2003, 97). So pa razlike med želenim in uresničenim velike povsod po Evropi (Javornik 2006, 80).

Elisabeth Beck-Gernsheim pravi (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 119), da so pri odločanju za starševstvo danes v ospredju motivi, ki so povezani s čustvenimi potrebami staršev. Otroci staršem prinašajo "psihološko korist", ki se kaže v tem, da otroci nudijo staršem "pomemben občutek odgovornosti, pristojnosti in čustvene povezanosti, hkrati pa tudi vero v to, da se bodo sami lahko človeško udejanili tudi v naslednji generaciji." Vse bolj je razširjena potreba po samouresničitvi preko lastnih otrok, pravi Elisabeth Beck-Gernsheim in citira R. Munza: "Večina današnjih staršev starševstva v prvi vrsti ne dojema več kot služenja, razdajanja, predaje otroku ali kot družbene obveze. Večina jih starševstvo zavestno razumeva kot obliko življenja, v katerih zastopajo lastne interese." (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 120).

Zoran Kanduč navaja (2003, 230-231) kopico najrazličnejših potreb in interesov, ki jih lahko otrok zadovoljuje odraslim, predvsem seveda staršem:

- krepi iluzijo o kontinuiteti biti, saj omogoča, da si starši vsaj domišljajsko podaljšajo svojo eksistenco onstran praga svoje nujne smrti, to je neizbežne končnosti človeka kot ontološko diskontinuiranega bitja;
- lahko osmišlja življenje in smisel dela;
- utrjuje zakonsko zvezo ter opredeljuje strukturo in dinamiko družinskega življenja;

- je vir socialno in kulturno odobravanih in spodbujanih identitetnih konstruktov, kakršna sta "oče" in "mati";
- je ekran, na katerega so projicirani neuresničeni načrti, neizživete aspiracije, razkrojena upanja in nezadovoljene želje odraslih;
- omogoča močne in trdne čustvene in čutne navezave v zasebni in intimni sferi;
- je "najzanesljivejši protistrup" proti osamljenosti, še posebej v razmerah, ko postajajo partnerska razmerja vse bolj krhka, negotova, prekarna in prepojena s številnimi strukturnimi napetostmi in kulturno pogojenimi protislovji;
- pomaga odraslim zapolnjevati čas, ki bi bil sicer prazen, nesmiseln, dolg, moreč ali odvečen;
- omogoča samouresničevanje ali vsaj psihično stabilizacijo starša;
- daje upanje, da roditelj v starosti ali nesreči ne bo ostal popolnoma sam, osamljen in nebogljjen;
- generira občutek normalnosti, saj roditelja samodejno vključi v "čredo" odraslih "podobnikov" - očkov in mamic;
- zaradi svojih odlik in uspehov prinaša staršem odobravanje, pohvalo, zavist, občudovanje in ugled v ožjem in širšem socialnem okolju.

Dorijan Keržan pravi (2008, 244), da je "otrok v katerikoli od možnih inačic družine tudi narcistični kapital posameznice/ka, ki zanj skrbi, je uresničenje njene/njegove samopodobe in družbene podobe. Čeprav je kri ključna metafora sorodstva in identitete⁸, se zdi, da identiteta mnogo bolj kot iz krvi in celic izhaja iz medosebnih razmerij in skrbi. "Izhajajoč iz dejstva, da sorodstvene vezi ne nastajajo samo v eni časovni smeri, pač pa tudi za nazaj, predstavljata ljubezen in medsebojna skrb bistven element identitete posameznikov. To ne velja zgolj za otroka, saj sta ljubezen in skrb morda še bolj pomembna za njegove starše in stare starše, ki skozi otroka, ki so mu posvetili svoj skrb in dali svojo ljubezen, na novo ustvarjajo tudi lastno identiteto." (Keržan 2008, 213).

⁸ Predstava biološkega sorodstva oziroma koncept "kri ni voda" sta globoko zasidrana v celotnem evroameriškem socialnokulturnem okolju (Keržan 2008, 158). O konceptu "kri ni voda" piše tudi Zoja Skušek (1996).

Darja Zaviršek (2009, 5) razmišlja o starševstvu tudi kot o vprašanju samodefinicije. "Starši so ljudje, ki se definirajo kot starši, ne glede na to, kakšna je njihova krvna povezava z otrokom."

Na drugi strani pa Alenka Švab na podlagi raziskav Becka in E. Beck-Gernsheim ugotavlja, da se večja hrepenenje po otrocih. Nove reproduktivne metode omogočajo biološko starševstvo tudi parom, ki ne morejo imeti otroka po naravni poti. Alenka Švab zapiše, da "se zdi, da ima prav biološkost starševstva, ne glede na izbrane metode, ki omogočajo njegovo uresničitev, v postmodernosti še vedno izjemen pomen (posvojitev tujega otroka je v vrsti poskusov imeti otroka še vedno zadnja izbira). To nenazadnje dokazujejo tudi raziskave o posvojenih otrocih, ki vedno bolj izražajo željo po informacijah in navezavi stikov s svojimi biološkimi starši (Švab 2001, 141-142).

3.1. Odločitev za starševstvo

Zaradi vsega navedenega odločitev za starševstvo danes ni več spontana. Kot piše Majda Černič Istenič (1998), je ta odločitev odvisna od številnih dejavnikov na mikro, mezo in makro ravni. "Odločitev za starševstvo je, na primer, odvisna od individualne motiviranosti in pripravljenosti prevzeti starševsko vlogo (socialne zrelosti), različnosti družbenih skupin, ki jim posameznik/ca pripada (pričakovanja in vrednote pomembnih drugih, ki vplivajo na posameznika/co v teku socializacije). Odločitev za starševstvo je odvisna še od značilnosti in dogodkov v širšem družbenem okolju, od socialnih, političnih, ekonomskih in kulturnih procesov." (Černič Istenič 1998, 158-159).

Kvalitativna raziskava o strategijah pri odločanju za starševstvo med mladimi v Sloveniji (Ule in Kuhar 2003) je pokazala, da pri odločanju za starševstvo delujejo subjektivni in objektivni dejavniki. Med subjektivnimi so mladi navajali željo po otroku, psihično pripravljenost na odgovorno starševstvo in stabilno partnersko razmerje. Več kot 40 odstotkov sodelujočih v raziskavi je odgovorilo, da "bodo imeli otroke takrat, ko se bodo počutili zadosti zrele za to odgovorno nalogo" (Ule in Kuhar 2003, 109, prim. Ule 2004a, 357). Med objektivnimi dejavniki, ki pa so jih v prioritetnem smislu navajali za subjektivnimi, so mladi najpogosteje omenjali zagotovljeno službo, primerno stanovanje in prilagodljiv delovni čas.

Alenka Švab pa posebej opozarja še na razkorak med materinstvom/starševstvom oziroma željo po njem in zahtevami sodobnega zaposlitvenega sveta, saj raziskave kažejo (prim. Rener in drugi 2008), da je v zadnjem času predvsem za ženske vse bolj pereč problem usklajevanja delovnih in družinskih obveznosti ter neenakomerne delitve družinskega dela med partnerjema.

Pokazali smo, da odločitev za starševstvo ni spontana, Elisabeth Beck-Gernsheim pa gre v svoji tematizaciji še korak naprej in pravi, da dandanes ni več spontana niti sama želja po otroku. Nova ženska kritično prevprašuje in problematizira, željo po otroku povezuje z nešteti razglabljanji in argumenti, zato za današnje otroke ne moremo več reči, da so zaželeni, temveč prej načrtovani, oziroma kot avtorica povzema Guentherja Grassa, "rojeni iz glave". (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 126).

Po mnenju avtorice je tudi to posledica procesa individualizacije kot enega temeljnih družbenih procesov postmoderne, o čemer smo govorili v prejšnjem poglavju. Elisabeth Beck-Gernsheim pravi (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 83), da se danes nahajamo v tretji fazi individualizacije. Potem ko je prva razkrojila tradicionalne zveze, ki so človeku poprej nudile stabilnost in je druga v ospredje postavila ljubezen med moškim in žensko, je tretja faza individualizacije razkrojila tudi partnerske vezi in to, kar so ostaja, so otroci. "V naši družbi uteleša otrok zvezo, ki je tako elementarna, vseobsežna in trdna kot nobena druga. Medtem ko je ostale odnose lažje preklicati in nadomestiti, postaja otrok poslednja varnost, ki nam zagotavlja trajnost." (prav tam)

Na gornjo trditev, da je otrok zadnja varovalka pred samoto, ker posamezniku/posameznici zagotavlja stabilnost, ki je partner/partnerka morda ne more, se navezuje tudi Keržan, ki pravi, da je "otrok nepogrešljiv kot zadnji in nezamenljiv prvinski odnos, tudi že kot predstava pred spočetjem in med nosečnostjo" (Keržan 2008, 243).

Omenili smo že, da je danes odločitev za starševstvo le ena izmed možnosti izbire, nikakor ne nujna. Enako legitimna je zavestna odločitev za nestarševstvo (Elisabeth Beck-Gernsheim govori celo o novem vzorcu odločanja - zavestni odločitvi proti otroku, ki jo zagovorniki označujejo za novo vrsto družbene odgovornosti, Beck in Beck-Gernsheim 2006, 125). Tudi posamezniki in pari, ki se zavestno odločijo za

življenje brez otrok, doživljajo v naši, v prokreacijo usmerjeni družbi v precejšnji meri nerazumevanje, pritiske in stigmo okolice, vendar se s to tematiko v nalogi ne bomo ukvarjali, saj so predmet našega raziskovanja pari, ki si otroka/otroke želijo, vendar imajo težave s plodnostjo.

3.2. Materinstvo kot poslanstvo in dolžnost

Ker se je in se še o neplodnosti govori zlasti v povezavi z ženskami, hkrati pa je imperativ materinstva v naši družbi večji kot imperativ očetovstva, bomo posebno pozornosti namenili tematiziranju materinstva.

Alenka Švab piše, da je ženska prav prek materinske vloge subjekt, ujet med naravo in kulturo. Njena biološkost je torej družbeno determinirana in njena družbenost je biološko determinirana. Ženska družbenost je opredeljena z biološkimi (naravnimi) atributi, paradoksalno pa je, da ta biološkost ni naravna per se, ampak je družbena (Švab 2001, 96).

Sposobnost rojevanja je biološko dejstvo, materinstvo pa nekaj, kar spada predvsem v področje družbenega, piše Darja Zaviršek (1994, 26). Ann Oakley v svojem delu Gospodinja obravnava mit materinstva in poudarja, da nekaj, kar bi lahko označili kot materinski instinkt, preprosto ne obstaja (Oakley 2000, 199).

Po Ann Oakley mit o materinstvu vsebuje tri splošno sprejete trditve:

- otrok potrebuje mater
- mati potrebuje otroka
- materinstvo je največ, kar lahko ženska doseže v življenju, samo z njim se res potrdi kot ženska.

Te trditve skupaj sestavljajo zaprt krog: ženska mora biti mati, mati potrebuje otroka, otrok potrebuje mater. Kakor vsi miti ima tudi ta velik vpliv, saj ponavlja in potrjuje tradicionalne oblike vedenja; in na eni ravni tudi drži. Kot pravi Ann Oakley, je res, da v današnji zahodni družbi otrok potrebuje mater, mati potrebuje otroka in da se v ženski sprožajo želje, ki jih lahko zadovolji le z rojevanjem otrok (2000, 200; prim. tudi

Oakley 1979, Oakley 1981). Ko pa v nadaljevanju analizira omenjene trditve mita o materinstvu, ugotovi, da nobena od trditev ni resnična, ampak jih izzivajo kulturni mehanizmi.

Mit: Vsaka ženska mora biti mati, materinstvo je glavni element ženske spolne vloge. → *Resnica:* Vedenje žensk, ki so matere, je povezano z vzgojo in kulturnimi vrednotami, ne biologijo.

Mit: Ženska potrebuje svojega otroka. → *Resnica:* Materinska skrb ni mistična, ampak izraz ljubezni. Vez med materjo in otrokom ni biološka, ampak čustvena.

Mit: Otrok potrebuje mater. → *Resnica:* Otrok potrebuje ljubečo skrb, ki ni nujno materina. (Oakley 2000, 200- 236).

Darja Zaviršek pa opozarja, da je ne glede na to, da je materinstvo družbeno konstruirano, že samo dejstvo, da ženska lahko ima otroka, pomembno tako za oblikovanje samopodobe, kakor tudi za to, kakšna sporočila bo človek na temelju biološkega spola sprejemal iz zunanjega sveta (Zaviršek 1994, 25-26).

Ker izhaja iz predpostavke o biološki danosti, velja materinstvo za "naravno" dejstvo in "ne biti mati" kot odstopanje od norme, celo "delovanje proti naravi". Kot piše Suzana Štular (1999, 4), je materinstvo celo več kot obligatorna podoba: je os ženske spolne identitete, ki jo ženska mora doseči, je tisti presežek, ki temeljno obeležuje žensko telo in žensko željo. Biti ženska torej pomeni biti mati (Štular 1999, 14).

Z razvojem novih reprodukcijskih tehnologij pa se pomen in koncept materinstva pospešeno in radikalno spreminjata in dodatno diferencirata⁹. Keržan poudarja, da se lahko ob uporabi darovanih spolnih celic in (pri nas sicer nedovoljenega) nadomestnega roditeljstva materinstvo definira na kar štiri načine:

- oskrbno materinstvo (socialna mati)
- genetsko materinstvo (darovalka spolne celice)
- nosečniško ali gestacijsko materinstvo (nadomestna roditeljica)
- kompletno materinstvo, ki eni osebi združuje genetsko, nosečniško in oskrbno materinstvo (Keržan 2008, 173).

⁹ Enako, le v nekoliko manjši meri, velja tudi za očetovstvo.

3.2.1. Ne-matere - žrtve ali krive?

Da materinstvo ni samo jedro ženske spolne identitete, temveč ultimativen dokaz ženskosti, se kaže tudi v družbeno negativnem odnosu do žensk, ki niso matere. V preteklosti so bile velikokrat družbeno sankcionirane. Vesna Leskošek piše (2008, 218), da so bila zaradi vseh norm, stereotipov in celotne konstrukcije materinskosti vsaka odstopanja stigmatizirana. Še posebej sta bili zaznamovani vlogi mačehe in jalove ženske. Slednja je veljala za telesno in duševno nepopolno žensko.

Kljub vsem spremembam, ki jih je prinesel čas, pa tudi v sodobni družbi za ženske brez otrok ni družbenega prostora in praktično ni vsakdanjega in medijskega diskurza o ženski, ki ne bi nevprašljivo povezoval ženskosti z materinstvom (Štular 1999, 19). Še v leta 1990 opravljeni raziskavi o rodnosti v Sloveniji (Črnič Istenič, 1994) je dobra desetina vprašanih menila, da je ženska, ki ima več otrok, vredna več.

Zoran Kanduč ugotavlja (2003, 232), da je družbeno-kulturna poklicanost k materinstvu, ki je v patriarhalno-tradicionalni optiki opredeljeno kot temeljno poslanstvo ženske, paradokсна. Po eni strani je namreč materinstvo prikazano kot nekaj najbolj naravnega, biološko programiranega, normalna ženska naj bi imela v svojem najglobljem bistvu vsajen materinski instinkt, po drugi strani pa je materinstvo normativno postavljeno kot dolžnost: "Če si ženska, potem moraš (prej ali slej, vendar ne prezgodaj in ne prepozno) postati, biti in ostati mati, in to ne kakršnakoli, ampak dobra¹⁰ mati."

Kanduč ta paradoks pojasnjuje z dejstvom, da ljudje težimo k temu, da prejme to, kar je običajno, prej ali slej še normativni predznak. Kar je v praksi prevladujoče, postane zapovedano. Takšna normativna situacija velja še danes, ko med sicer raznovrstnimi pritiski, ki silijo v materinstvo, prevladujejo subtilni in neopazni, taki, ki jih morda niti naslovnice ne dojemajo kot pritiske. Navajanje na misel, da ženska mora postati mati, je pomembna simbolno-imaginarna sestavina socializacije v žensko vlogo. Pomembno množico ideoloških sporočil, ki izenačujejo ženskost z materinstvom, pa prispevajo še

¹⁰ Sabina Ž. Žnidaršič pravi, da je oblikovanje in utrjevanje lika idealne matere in žene nedvomno kreacija poznega 19. in začetkov 20. stoletja (2000, 26).

mediji s slikami materinstva kot pogoja in jamstva za nepojmljivo žensko srečo: ženska, ki nima otrok, ostane za vekomaj nerealizirana, nepopolna, manjkava in (to je navadno namignjeno med vrsticami) moralno manjvredna v primerjavi z uresničenimi "normalnimi" ženskami. Po potrebi pa se aktivira še zadnji adut - zdravje: ženska naj rodi, da ne bi z abstinenco ogrozila te nadvse dragocene dobrine (Kanduč 2003, 232-234).

Družbeni pomen materinstva se v postmoderni le še krepi, ugotavlja Alenka Švab (2001, 115). Kljub vse večjim oviram v kombiniranju materinstva z drugimi cilji v življenju, posebej delom, otroci za ženske niso manj pomembni, kot so bili nekoč. Nasprotno, v času individualizirane družbe z visoko stopnjo anonimnosti, negotovosti, mobilnosti postaja želja o otrocih del iskanja smisla, ukoreninjenosti, prepoznanja (Ule in Kuhar 2003, 57).

Ob spremembah družinskih oblik, ki v postmodernosti, kot smo pokazali v prejšnjem poglavju, prehajajo iz ene v drugo, ostaja "temeljna enota" eden od staršev in otrok (otroci). Diadno razmerje med otrokom in staršem, večinoma med materjo in otrokom/otroki, predstavlja temeljno družbeno vez družinskega življenja (Rener 2006, 24). Tudi Kanduč povzema nekatere avtorje, ki opozarjajo na trend premeščanja "gravitacijskega središča" družinske strukture. "Trdo jedro" družinske celice ni več ljubeči par, ampak razmerje med materjo in otrokom, ki postaja gonilo in gorivo družinskega življenja (Kanduč 2003, 185).

Tudi Beck opisuje odnos mati-otrok kot najtesnejše primarno razmerje, do konca obvezujoče in nenadomestljivo. Celo več, otrok je edino, kar nas lahko ponovno očara v po webrovsko odčaranem svetu in je hkrati zadnja možnost, ki nam v svetu vse bolj odmaknjene ljubezni še nudi zdravilo proti vseobsežni osamljenosti (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 47).

Ker sta ženskost in materinstvo tako povezana v kulturnih skriptih, je v večini družb odločitev, da ženska ostane brez otroka, sprejeta kot nekaj nenaravnega (Miller 2005, 58). Prevladuje občutek, da mora biti ženska, ki nikoli ni imela otrok, čustveno neizpolnjena in je zato manj ženska. Če si pri tem ne more pomagati, jo je treba

pomilovati, kot če bi imela kako okvaro. Če pa nima otrok pa lastni izbiri ali se jim odpove, jo imajo za sebično in trdo (Repinc 2000, spletni vir).

Podobno opaža Kanduč. Ženska, ki nima otrok, ker jih iz tega ali onega razloga ne more imeti, vendar pa si jih želi, je deležna pomilovanja in sočutja, medtem ko je ženska, ki noče imeti otrok, čeprav bi jih lahko imela, pogosto objekt neformalnih/moralnih sankcij (Kanduč 2003, 233).

Diskurz o neplodni ženski se zelo spreminja, pač glede na to, o kateri ženski govori. Večina poljudnih in medicinskih diskurzov pa niha od simpatije do nje do njene "krivde" za lastno nereproduktivnost, piše Dion Farquahar (1996). "Če je mlada, pripadnica srednjega razreda, bela in v heteroseksualnem partnerstvu, je njena nesposobnost reprodukcije obravnavana kot frustracija njenega naravnega materinskega nagona, njenega cilja izpolniti se kot ženska. Ta diskurz izbriše vse druge socialne in kulturne dimenzije materinstva. Če pa je starejša in je materinstvo iz kateregakoli razloga odlagala, zaradi svoje neplodnosti nima statusa žrtve, ampak krivca." (Farquahar 1996, 85).

Ženske so pod velikim pritiskom, da morajo imeti otroke. Na to vlogo jih pripravljajo že od otroštva preko stereotipnih socialnih podob ženske in moškega, deklice se identificirajo z materami in rastejo z razumevanjem, da je vloga matere del ženske identitete, da je to nekaj naravnega (Repinc 2000, spletni vir). Simone de Beauvoir (2000) plodnost celo enači z erotično privlačnostjo. Zapis: "Plodnost je tako v očeh družbe kot v njenih lastnih očeh upravičevala njeno eksistenco in je pomenila možnost sreče: ostane ji še polovica njenega odraslega življenja, ki ga bo živela brez vsakršne prihodnosti pred seboj," (Beauvoir 2000, 49), se sicer nanaša na staranje ženske in prehod v menopavzo, ki pomeni konec plodnega obdobja, vendar bi po analogiji lahko sklepali, da neplodna ženska preživi vse življenje brez upravičljive eksistence, brez sreče in brez vsakršne prihodnosti.

Zato je šok ob spoznanju, da otrok ne bo, za žensko toliko večji. Silvia Vegetti Finzi (1997, 126, citirano po Prevolšek 2009, 33) pravi, da se ženske preko neplodnosti srečajo z dvema nasprotujočima si izkušnjama, saj jih tare občutek praznine, ker otroka

ni, po drugi strani pa ta "manjkajoči" otrok ves čas biva v njihovem nezavednem imaginariju.

Renata Salecl opozarja na še eno izgubo, ki zlasti pri ženski spremlja neplodnost. "Ko se ženska končno odloči, da bi rada imela otroka, a potem ugotovi, da ne more zanositi, doživi še en pretres. Izgubi lahko občutek, da je vse mogoče. V skladu z današnjim razmišljanjem velja, da je vse mogoče in da ima človek 'lahko vse', zato je ta izguba posebej povezana z občutkom nemoči." (Salecl 2009)

Isla McGuckin, ki ima lastno izkušnje neplodnosti, pa piše: "Počutila sem se, kot da sem zaradi nezmožnosti, da bi zanosila, izgubila tudi vse svoje samospoštovanje. Vedno težje sem gledala nase kot na močno in inteligentno žensko. Zdelo se mi je, da sploh nisem prava ženska, če ne morem imeti otrok. Kaj šele močna ali inteligentna ženska. Počutila sem se povsem nemočno. Zmedena sem bila in imela sem občutek, kot da sem ujeta v neke vrste zamegljen in nejasen milni mehurček." (McGuckin 2008, 57)

3.3. Spremembe rodnostnega vedenja v postmoderni

V prejšnjih poglavjih smo govorili o spreminjanju oblik in vzorcev družinskega vedenja v postmoderni, zdaj pa se bomo posvetili spremembam rodnostnega vedenja, ki so prav tako posledica že prej opisanih družbenih sprememb.

Rodnost je v Sloveniji upadala vse od prve polovice sedemdesetih let prejšnjega stoletja do leta 2003. Leta 1993 je bil naravni prirast prvič po drugi svetovni vojni negativen, v letu 2003 pa smo zabeležili najnižje število živorojenih otrok doslej. Po tem letu se je krivulja obrnila navzgor, število rojenih otrok od takrat iz leta v leto počasi, a konstantno narašča. Leta 2008 je število rojenih otrok prvič preseglo število iz leta 1991, vrednost celotne stopnje rodnosti pa je bila najvišja v zadnjih dvajsetih letih. (Vir Statistični letopisi, Švab 2006).

Naglo narašča število otrok, rojenih zunaj zakonske zveze. Ta delež se opazno povečuje že od 70. let in še posebej od 80. let prejšnjega stoletja in od takrat strmo narašča. V letu 2007 je delež otrok, rojenih zunaj zakonske zveze, prvič presegel polovico vseh, leta

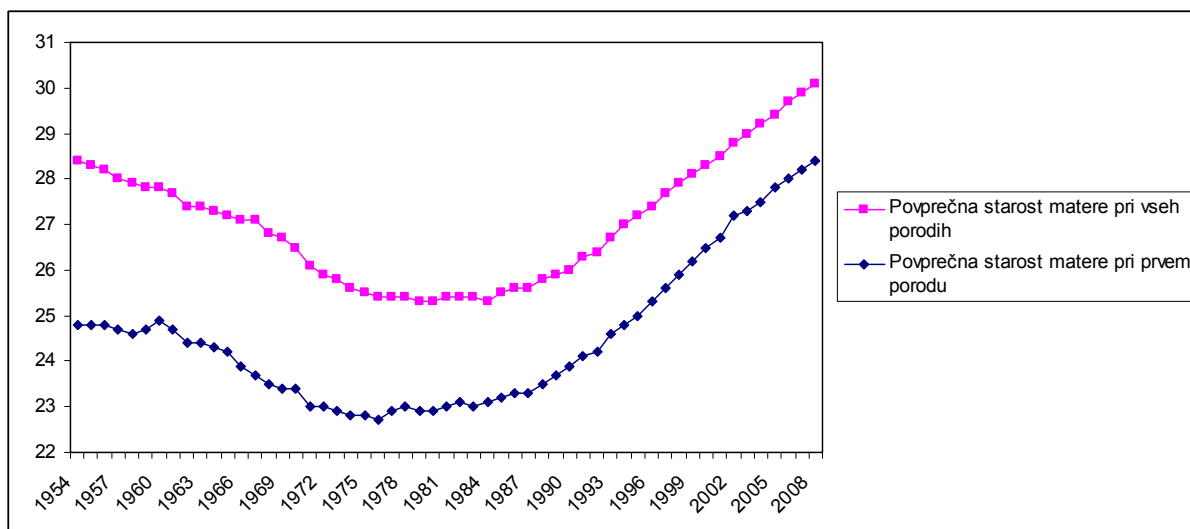
2008 je še narasel na 52,7 odstotka. Med prvorojenci sta bili zunaj zakonske zveze rojeni kar dve tretjini (65 odstotkov) vseh.

Omenjeni spremembi sta najznačilnejši spremembi rodnostnega vedenja v zadnjem obdobju, vendar nista neposredno povezani s temo te magistrske naloge. Naslednje sprememba, ki jo bomo obravnavali podrobneje - zviševanje starosti staršev ob rojstvu otroka - pa je, kot bomo prikazali, neposredno povezana s težavami z zanositvijo.

Pri tem je še posebej pomembna starost matere. Starost žensk ob rojstvu prvega otroka se zvišuje že od leta 1975, ko je dosegla najnižjo vrednost (22,8 let). V prvi polovici devetdesetih let je bila mati ob rojstvu prvega otroka v povprečju stara 24,3 let, v drugi polovici devetdesetih let že 25,6 let. V letu 2002 je povprečje znašalo 27,2 let, leta 2004 27,5 let, v letu 2006 je povprečna starost matere pri rojstvu prvega otroka dosegla 28 let in leta 2008 28,4 leta, kar je najvišja povprečna starost po drugi svetovni vojni.

Povprečna starost mater pri vseh rojstvih je z 27,7 let v drugi polovici devetdesetih let v letu 2002 narasla na 29 let, v letu 2006 na 29,7 let, v letu 2008 pa je povprečje doseglo 30 let, kar je tudi najvišja povprečna starost po drugi svetovni vojni.

Graf 3.1: Povprečna starost matere ob rojstvu prvega in vseh otrok (1954-2008)



Vir: Statistični urad RS.

Zvišuje se tudi starost očetov. Medtem ko je bil v Sloveniji oče ob rojstvu otroka leta 1985 v povprečju star 29 let, je bil deset let pozneje že dve leti starejši. Leta 2005 je povprečna starost očetov dosegla 33 let, v letu 2006 in 2007 pa je povprečje znašalo 32,7 leta. Je pa starostni razpon, v katerem moški postajajo starši, večji kot pri ženskah, saj je bil vsak deseti moški, ki je postal oče v letu 2007, starejši od 40 let. Zviševanje povprečne starosti očetov sicer z vidika možnosti za zanositev ni tako problematično, saj se plodnost moških z leti zmanjšuje bistveno počasneje in v manjši meri kot plodnost žensk (vzroki za naraščajočo neplodnost moških so, kot bomo pokazali pozneje, drugje). Kaže pa tudi naraščanje povprečne starosti očetov pri rojstvu otrok na to, da se v časovnem poteku posameznih dogodkov v življenju dogajajo pomembne spremembe.

Alenka Švab ta trend zviševanja starosti staršev ob rojstvu otrok razlaga s spreminjanjem prioritet v življenjskem poteku posameznic in posameznikov in s časovno fleksibilizacijo možnosti odločanja za starševstvo, ki se največkrat realizira kot odlašanje s starševstvom oziroma prelaganje prehoda v starševstvo na kasnejša obdobja v življenjskem poteku (Švab 2006, 74, prim. Ule 2004, 355-358). Avtorica pa hkrati opozarja, da prelaganje starševstva in materinstva še posebej ni samo posledica svobodne subjektivne odločitve žensk, kot bi se morda zdelo, ampak je, poleg tega da je pogojeno tudi z objektivnimi pogoji, o katerih smo že govorili, takšno reproduktivno vedenje že "postalo družbena norma, ustaljeni vzorec, ki ga ženske večinoma ne morejo zaobiti", saj "družbeni pogoji pozne modernosti ustvarjajo le navidezno iluzijo individualne izbire". O iluziji govorimo zato, ker je "družbeno pričakovana opcija pravzaprav le ena - prelaganje odločitve za materinstvo, na mesto katere posameznica oziroma posameznik največkrat postavi zaposlitveno kariero", piše Alenka Švab (2001, 105-106) in dodaja (prav tam), da ni naključje, da je ta težnja predvsem spolno specifična.

Zakaj poudarjamo zviševanje povprečne starosti mater pri rojstvu otrok? Odlašanje z materinstvom namreč lahko neposredno vpliva na sposobnost zanositve, saj se naravna plodnost ženske z leti hitro zmanjšuje. Podrobneje bomo ta vpliv pojasnili v nadaljevanju, v poglavju o vzrokih neplodnosti.

4. NEPLODNOST V SOCIOLOŠKIH TEORIJAH

4.1. Ontologija neplodnosti

Ontologija "neplodnosti" je učinek diskurza in želje, pravi Dion Farquahar (1996, 83). Neplodnost je namreč edino medicinsko stanje, ki za svoj obstoj potrebuje subjektovo željo. Za razliko od bolezni je odsotnost želenega stanja. Ampak to velja le za ljudi, ki si želijo otroka. Ženska je morda lahko neplodna zaradi svojega fiziološkega stanja, pa tega sploh ne ve, dokler ne želi zanositi. Do takrat ni neplodna, ampak brez otrok. Dokler ne želi zanositi, njeno stanje ni problem. Šele ko neha uporabljati metode za kontrolo rojstev in skuša zanositi, pa ji to dalj časa ne uspe, gre na preiskave in zdravljenje. Z drugimi besedami, ženska, ki ne poskuša udejaniti svoje želje po otroku, ne more biti "neplodna", tudi če za to obstajajo absolutni fiziološki ali strukturni razlogi. Patologija je torej odvisna od želje, je hipernaravna (Farquahar 1996, 83). Avtorica v tem delu sicer govori o ženskah, ampak enako velja za moške. Tudi moški, ki je sterilen ali zmanjšano ploden zaradi fizioloških razlogov, tega v večini primerov ne ve, dokler ne skuša spočeti otroka. Nezmožnost oploditve namreč, kljub pogostemu drugačnemu "ljudskemu" prepričanju, v ničemer ne vpliva na sposobnost spolnega življenja.

Tudi Naomi Pfeffer poudarja (1987, 83), da fizična neplodnost ni sinonim za neželjeno nestarševstvo. Pravi, da se na splošno pozablja, da nekatere ženske in moški ostanejo brez otrok ne zaradi fizioloških, ampak socialnih razlogov. Po drugi strani posamezniki in posameznice, ki so sterilni/e zaradi prirojenih vzrokov ali bolezni, a si otroka niti ne želijo, morda obžalujejo izgubo svoje plodnosti kot potenciala, toda niso prizadeti/e zaradi odsotnosti otroka.

"Lakmusov test" fizične plodnosti je spočetje in rojstvo otroka. Z nekaj izjemami nihče ne ve, ali je ploden ali ne, dokler ne skuša spočeti otroka. Šele poskus spočetja prinese odkritje o tem, ali je posameznik/posameznica ploden/plodna ali ne. V današnjih časih, ko so na voljo učinkoviti načini kontrole rojstev, je poskus spočetja običajno posledica predhodne zavestne odločitve partnerjev za starševstvo. Ta odločitev je rezultat procesov, ki jih krojijo družbene in zgodovinske sile. Te pa imajo enak vpliv na plodne

in neplodne posameznike, motivacija za starševstvo je pri vseh enaka, tudi pri tistih, ki kasneje ugotovijo, da so neplodni (Pfeffer, 1987, 83).

4.2. Hendikep neplodnosti

Barbara Katz Rothman svojo teorijo neplodnosti izpeljuje iz pojma sposobnost. Začenja z mislijo, da "družba implicitno določi populacijo 'normalnih' ljudi oziroma standardni človeški model kot 'telesno sposoben' (angl. able-bodied)", torej tak, ki ima vse, kar velja za tipične funkcionalne lastnosti (1998, 142). Iz tega izpeljuje koncept neplodnosti kot nesposobnosti, ker jo označuje predpona -ne (angl. dis-ability), se pravi odsotnost nečesa, v tem primeru sposobnosti za opravljanje določenih funkcij ali še natančneje, sposobnosti prokreacije. Ker je koncept neplodnosti kot nesposobnosti mogoče razumeti le v kontekstu normalne sposobnosti, je to po Katz Rothman družbeni in ne medicinski koncept. Ustrezni medicinski koncept bi bil manko¹¹, kot bi bil najustreznejši smiselni prevod angleškega termina "impairment", ki ga uporablja Barbara Katz Rothman. Neplodnost kot manko v medicinskem konceptu definira kot "izraz fiziološke, anatomske ali mentalne škode ali nenormalnosti, ki je lahko posledica nesreče, bolezni ali prirojeno stanje" (prav tam).

Primeri manka, katerih posledica je neplodnost, so tako denimo neprehodni jajcevodi ali prirojene malformacije maternice pri ženski ali poškodbe testisov zaradi prebolelega mumpsa pri moških. Kot temeljne človeške funkcije pa Katz Rothman razume denimo nastajanje sperme in ejakulacijo pri moškem ter ovulacijo, zanositev in nosečnost pri ženski. Zato odsotnost sposobnosti opravljanja katere od teh funkcij pomeni neplodnost kot nesposobnost.

Nad koncept manka in nesposobnosti pa Barbara Katz Rothman postavlja še tretji nivo neplodnosti - to je hendikep, ki ga definira kot "socialno, okoljsko ali osebno določene omejitve, pri čemer moramo pri definiciji ali identifikaciji hendikepa upoštevati aspiracije in življenjske cilje" (1998, 142). Če govorimo o neplodnosti: človek, ki ne želi imeti (več) otrok, zaradi neplodnosti ni hendikepiran. Zaželena kirurška sterilizacija

¹¹ Po Slovarju slovenskega knjižnega jezika: napaka, pomanjkljivost.

denimo celo namensko umetno ustvari tak manko. Pri človeku, ki si želi otroka, pa enak manko ustvarja temelj za hendikep (1998, 142-143).

Učinki hendikepa so pri enakem manku odvisni tudi od socialnega okolja, pravi Barbara Katz Rothman (1998, 144). Ni enako, kako denimo na amputacijo noge reagira pretežno sedeča oseba ali profesionalni športnik. Iz tega primera vleče paralele z neplodnostjo. "Oseba, ki lahko posvoji otroka in tako vstopi v socialno vlogo starša, ali oseba, ki dobi otroka s pomočjo darovane spolne celice, morda zaradi svoje neplodnosti ne bo hendikepirana. Hendikep je odvisen od tega, kako so definirani cilji in družbeni resursi, ki so na voljo za posameznika."(prav tam).

Avtorica pravi, da je hendikep mogoče preseči na medicinski (tako kot je mogoče povrniti sluh, je mogoče v nekaterih primerih povrniti plodnost) ali nemedicinski način (denimo z učenjem znakovnega jezika, ureditvijo klančin za invalidski voziček ali posvojitvijo otroka). Seveda vsi načini niso enako družbeno sprejemljivi (ugrabitev otroka denimo ni), ampak to ni problem, ki bi bil značilen samo za neplodnost, pravi Katz Rothman (1998, 145).

Prav tako je treba upoštevati, da vsi načini preseganja hendikepa niso enako sprejemljivi za vsakega posameznika. Pri neplodnosti so tako kot pri preseganju drugih "nesposobnosti" običajno najbolj sprejemljive metode, ki se najbolj približajo funkcioniranju "sposobnega" telesa. Ampak to so vedno individualne odločitve. Morda se bo kdo od amputirancev raje odločil za uporabo bergel in vozička kot za protezo in morda se bodo nekateri neplodni pari raje odločili za posvojitev otroka kot za tveganja in neprijetnosti zdravljenja neplodnosti (prav tam).

4.3. Družbena konstrukcija neplodnosti

Dion Farquahar zavrača medicinski diskurz, ki govori o neplodnosti kot bolezni. Pravi, da je neplodnost tako kot denimo homoseksualnost ali duševna bolezen zgodovinsko konstruirano in dogovorjeno družbeno stanje in status, ki nato dobi avro "naravnega" in s tem večnega stanja (Farquahar 1996, 64). Tako kot "materinstvo" je tudi "neplodnost" od okoliščin odvisna družbena relacija in sama skupek kulturnih praks. Nima prej

obstoječega univerzalnega pomena ali praks in je lahko polno pomensko uporabljena za ženske le v ozko določenih zgodovinskih okvirjih (prav tam).

Avtorica meni (Farquahar 1996, 81-83), da "biti brez otrok" samo po sebi ni avtomatski ali ontološki zaznamovalec odklona ali napake (prav tako tudi ne uspeha ali sreče), ampak je pomen tega stanja kompleksen učinek zgodovinskih in biografskih okoliščin. Sedanja patologizacija in klasifikacija družbenega stanja "neželeno nestarševstvo" kot "neplodnost" je zgodovinsko specifičen učinek konjunkcije. Medikalizacija neželenega nestarševstva deluje tako, da na eni strani legitimizira in publicizira nekoč zasebni status, na drugi pa tehnologizira oziroma nadzoruje objekt, stopnjo in kvaliteto morebitnega posredovanja. Medikalizacija tako zmanjšuje stigmatizacijo, saj ljudem zagotavlja, da so naredili vse, da bi dobili "lastnega" otroka, hkrati pa posameznike veže na utesnjujoče institucije in protokole.

Povezanost neželenega nestarševstva z zasebnim, osebnim, ponotranjenim občutkom poraza - namesto javne stigme in družbenega zasramovanja - pa je razumljiva le v zgodovinskem obdobju, v katerem se pojavi želeno nestarševstvo¹². Ko je "biti brez otrok" postalo izbira, je bila neplodnost preoblikovana iz javnega v zasebno trpljenje. Danes je neplodnost zasebna in osebna žalost, ki jo posamezniki oziroma pari trpijo in izkušajo individualno, resda brez zasramovanja, toda tudi brez tolažilnih postopkov, ki so jih nudile predmoderne tradicionalne družbe (Farquahar 1996, 81).

V preteklosti so nezmožnost spočetja opisovali kot sterilnost ali jalovost. Sterilni so bili deležni obžalovanja, vendar se je pričakovalo, da bodo sami kos situaciji. S prihodom novih tehnologij pa je medicinski diskurz termin sterilnost, ki je permanentno stanje, zamenjal z neplodnost. Tako je skupaj z definicijo neplodnosti kot nezanositve po enem letu nezaščitenih spolnih odnosov veliko parov označil kot "neplodnih" in s tem potencialnih pacientov, potrebnih zdravljenja (Condit 1996, 344-345).

Taka terminologija ustvarja domnevo, da neplodnost ogroža praktično vsakogar. S to definicijo so namreč vse ženske potencialno neplodne, kajti tudi če že imajo otroka, jih lahko doleti sekundarna neplodnost. Z vsakim nadaljnjim mesecem, ki mine brez

¹² Angleščina je v tem primeru doslednejša: namesto izraza "childless" - brez otrok uporablja termin "childfree" - otrok prost.

nosečnosti, ostanejo v tej "neplodni" kategoriji. Za veliko skupino ljudi zdravljenje ni nikoli končano, saj niso nikoli definitivno spoznani za sterilne (prav tam).

4.4. Stigma neplodnosti

Stigma je nezaželena in sankcionirana različnost, vidna ali nevidna značilnost, zaradi katere je njen nosilec dojet kot nenormalno, inferiorno ali moralno tuje bitje. Najhujša stigma je tista, ki namiguje, da je posameznik ontološko odklonska oseba, ker ne ustreza normi, ki opredeljuje bistvo človeka ali še bolj konkretno, bistvo moškega ali ženske.

Stigmatizacija je ena izmed najstrožjih neformalnih sankcij. Stigmatizirana oseba je statusno degradirana in identitetno diskretirana, transformirana v manjvredno in zavrženo bitje, ki terja posebno obravnavo, poleg tega pa v očeh "moralne" večine izgubi spoštovanje. Stigma zavzame osrednji položaj v kognitivnem procesu in obarva celoto dojemanja stigmatizirane osebe, ki je obravnavana kot pripadnik socialne kategorije, ne pa individualno. To daje vtis, da je stigmatizirana oseba bistveno drugačna od "normalne" večine, hkrati pa povečuje socialno, psihično in moralno razdaljo med večvredno večino in manjvredno manjšino, ki jo je zato še lažje marginalizirati, diskriminirati in izpostaviti sovraštvu in agresiji (povzeto po Kanduč 2003, 291, prim. Goffman 2008, 3-7).

Lerita M. Coleman, ki povzema Goffmanovo definicijo stigme kot "neželene drugačnosti" poudarja, da do stigmatizacije pogosto pride v mejah psihološko konstruiranih ali dejanskih socialnih odnosov, sama izkušnja pa odraža relativne primerjave. Te primerjave lahko vzbujajo občutek superiornosti ali občutek manjvrednosti. Opozarja torej, da je stigmatizacija ali občutek stigmatizacije posledica socialne primerjave, stopnja stigmatizacije pa je lahko odvisna od tega, kako neželena je razlika v določeni družbeni skupini (Coleman 1999, 199-200). Avtorica poudarja, da lahko vsaka lastnost postane stigma. "Nihče nikoli ne ve, kdaj oziroma ali bo pridobil stigmo oziroma kdaj se družbene norme lahko spremenijo, da stigmatizirajo značilnost, ki jo že ima." (Coleman 1999, 210).

Tudi Mirjana Ule (2004b) pravi, da se vsak od nas lahko znajde v situaciji, da je označen kot človek z "mankom": smo premajhni, predebeli, premladi, prestari, druge narodnosti, socialnega porekla, poklica, prerevni, prebogati... Skratka, kriterijev normalnosti preprosto ni mogoče v celoti izpolniti ali pa so protislovni, pa še v različnih skupinah so različnih kriteriji (Ule 2004b, 186).

O stigmi neplodnosti piše Naomi Pfeffer (1987, 81-82), ki poudarja, da je danes prevladujoč diskurz o sodobnih metodah premagovanja neplodnosti osredotočen na etične vidike. Argumenti posameznih struj so zelo različni, segajo od popolnega sprejemanja novih tehnik kot dobrodošle pridobitve znanstvenega in medicinskega napredka do popolnega zavračanja sodobnih načinov zdravljenja neplodnosti kot zgrešenih in neetičnih, ker gre za "igranje" s skrivnostmi življenja in celo potencialno uničenje osnovne človeškosti človeka. Vendar to osredotočenje na etične pomisleke izključuje vsako razpravo o socialnem in zgodovinskem kontekstu stanja neplodnosti (Pfeffer 1987, 81). Zaradi tega nobeden od številnih različnih in pogosto nasprotujočih si razlogov za sedanje zanimanje za nove tehnike premagovanja neplodnosti ni prepričljiv. "Še več, ta odsotnost socialnega in zgodovinskega konteksta ima za neplodne moške in ženske nesrečno posledico - ustvarja se stigma neplodnosti. Zdi se, da ko si enkrat ne po lastni želji brez otrok, se izbrišejo, izginejo vsi drugi identifikacijski znaki. Seveda ta transformacija ni neobičajna, je znak družbeno stigmatizirajočih pogojev." (Pfeffer 1987, 82).

Za neplodne velja, da imajo poleg tega, da so - ne po lastni želji - brez otrok, še eno skupno značilnost - obup. "Beseda obup in njene sopomenke se v zvezi z neplodnostjo pojavljajo tako pogosto, da se včasih zdi, da tisto, kar teži neplodne moške in ženske, ni odsotnost otroka samega, ampak nekakšna oblika čustvene motnje zaradi njihovega neuspeha." (Pfeffer 1987, 82). Avtorica se sprašuje, ali neplodnost vedno vodi v nepopravljiv obup? Meni, da je neplodnost zelo negativna izkušnja in da se večina neplodnih moških in žensk občasno počuti obupano. "Toda obup je le eno od čustev, ki jih lahko povzroči neplodnost, in vsa niso negativna." (Pfeffer 1987, 83). Pozitivni vidiki nestarševstva so redko omenjani ali so celo obsojani kot sebični. Po drugi strani pa tudi obup ni nujno posledica stanja neplodnosti, ampak brezčutne in ponižujoče obravnave zdravstvenih in drugih strokovnjakov, to pa so prav tisti, ki trdijo, da se trudijo neplodne rešiti njihovega obupa. "Osredotočenje na obup ob izključitvi vseh

drugih čustev ne daje pojasnila, ampak ustvarja karikature neplodnih moških in žensk." (Pfeffer, prav tam).

Stigma neplodnosti ni nepreklicna. Zgodovinske analize kažejo, kako jo družbeni procesi rekonstruirajo različno v različnih časovnih obdobjih. "Toda za neplodne moške in ženske je stigma realnost; je stiska, ki jo morajo običajno premagati sami. Pravo vprašanje neplodnosti pa ostaja neraziskano - to je, zakaj človeka na splošno enačimo z njegovo sposobnostjo reprodukcije?" (Pfeffer 1987, 97)

4.5. Medkulturne perspektive neplodnosti

V tradicionalnih družbah je neplodnost praktično edini vzrok, da par nima otrok, piše Greil (1993a, 196), opozarja pa na to, da v vseh kulturah stanje "biti brez otrok" ne pomeni istega. V tradicionalnih družbah v Koreji in na Tajvanu, kjer družinsko kontinuiteto zagotavlja le moški potomec, ima dejstvo, da par nima sina, za partnerja enake socialne posledice kot če sploh ne bi imela otrok.

Prav tako različne družbe različno pojmujejo vzroke neplodnosti. Pri ljudstvu Aowin v Gani je neplodnost posledica čarovniškega uroka, nespoštovanja predpisanega vedenja, prekinitve družbenih odnosov ali prepиров med sorodniki po materini strani. Večina vseh kultur pa neplodnost dojema kot predvsem ženski problem¹³ (Greil 1993a, 196).

Prav tako so opazne velike medkulturne razlike pri soočanju z neplodnostjo. V mnogih družbah je dejstvo, da zakonska žena ni rodila otroka, za moža legitimen razlog za ločitev. Prav tako je v številnih kulturah običajno, da si moški, katerega žena ne rodi otrok, poišče še drugo ženo. V nekaterih kulturah je posvojitev običajen način reševanja težav z neplodnostjo, te so lahko tako pogoste, da v skoraj polovici gospodinjstev živijo posvojeni otroci (Greil 1993a, 196).

¹³ Prav zaradi razširjenosti takega prepričanja, ki je zmotno, smo in bomo v nalogi večkrat posebej opozorili na dejstvo, da so vzroki za neplodnost zelo enakomerno razporejeni med oba partnerja, kar bomo podrobneje predstavili v nadaljevanju.

Lesley Doyal piše, da je hendikep zaradi neplodnosti najhujši za neizobražene ženske v majhnih skupnostih, kjer so druge opcije razen materinstva kulturno sankcionirane. Ko postane očitno, da ženska ne bo mati, doživlja ekstremen pritisk ne samo s strani moža, ampak tudi njegove družine. Pogosti so primeri trpinčenja, mož jo lahko tudi zapusti ali se loči. Neplodnost je individualna tragedija, ki v nekaterih okoljih (na primer severni Indiji) lahko ogrozi celo življenje ženske, ali pa jo mož kot "pokvarjeno blago" vrne njenim staršem (Doyal 1995, 147).

Je pa praktično vsem kulturam skupna stigmatizacija neplodnosti. Greil na osnovi zapisov antropologov Rattraya in Tschopika navaja primer afriškega ljudstva Ashanti, ki za neplodnega moškega pozna naziv "voščeni penis", in južnoameriškega plemena Cagaba, ki neplodno žensko naslavlja z "mulo". Temu dodaja navedbe Margaret Sandelowski, da je za neplodne Američane dolgo veljalo in še velja, da so sami odgovorni za svoje težave (Greil 1993a, 196).

5. SOOČENJE Z NEPLODNOSTJO

"Zase lahko rečem, da nisem nikoli niti pomislila, da ne bi mogla imeti otrok. Veliko lažje se spominjam mesecev, ko sem nestrpno pričakovala menstruacijo, ko sem po večkrat na dan računala, ali že zamuja, ali sva se dovolj zaščitila, sva dovolj pazila v plodnih dnevih... Na kraj pameti mi ni prišlo, da nekoč, ko si bom zaželela otrok, to ne bo mogoče. Imeti otroka je pa ja neka osnovna pravica vsakega človeka, ki se nam zdi samoumevna." (Afrodita blog, 29. marca 2007)

Zdravniki in znanstveniki si niso enotni v tem, koliko časa si je še "normalno" prizadevati za zanositev, preden je priporočljivo poiskati zdravniško pomoč. Čeprav je v večini zahodnih držav ta meja, skladno z definicijo neplodnosti Svetovne zdravstvene organizacije, postavljena na eno leto (Bequaert Holmes 1993, 197), to mejo lahko zasledimo tudi v medicinskih in poljudnih tekstih na temo neplodnost v Sloveniji, pa

pravih argumentov za to časovno določitev ni. Po mnenju Naomi Pfeffer je zato "neplodnost definicija, ki si jo vsak postavi sam" (Pfeffer 1987, 83).

Neplodnost je zdravstveni problem, ki pa lahko ima obsežen vpliv na zadovoljstvo z življenjem, kvaliteto življenja in psihološko stanje (Greil 1993b, 202). Neplodnost prizadene vse vidike življenj prizadetih, zlasti še neplodnih žensk. Televizijske reklame, priložnostni klepeti z mimoidočimi, pogovori med sodelavci in brezobzirne pripombe prijateljev in sorodnikov - vse to pri neplodnosti povečuje vtis, da ne po lastni želji odstopajo od normalnega. Zato se mnogi umikajo v osamo, da bi se izognili situacijam, v katerih bi jih opomnili na njihovo neplodnost. Zaradi prepričanja, da jih lahko razumejo le tisti, ki doživljajo enako izkušnjo, mnogi neplodni moški in ženske prijateljujejo le z ljudmi, ki se soočajo z enako težavo ali iščejo podporo v skupinah za samopomoč (Greil 1993b, 202-203).

Ti pari izgubijo kontrolo nad vsemi področji življenja - kupiti določeno znamko avtomobila je odvisno od tega, ali bosta potrebovala prostor za otroka ali ne; kupiti stanovanje blizu službe ali začeti graditi hišo na podeželju s sobami za otroke; sprejeti ponujeno službo je odvisno od tega, ali bodo službena potovanja vplivala na potek zdravljenja ali ne in ali bo novi šef imel razumevanje za vsakodnevne zamude na delo zaradi pregledov; nadaljevanje študija je vprašljivo, ker se ne ve, ali ga bo žena lahko zaključila zaradi morebitne nosečnosti; koledar družabnih srečanj postane odvisen od menstruacijskega koledarja ipd. Celó najbolj privatne odločitve postanejo odvisne od tega novega položaja - koliko časa stati pod vročim tušem, koliko skodelic kave popiti vsak dan, koliko kilometrov preteči vsak teden. (Repinc 2000, spletni vir)

5.1. Občutki ob soočenju z neplodnostjo

Raziskava, opravljena za potrebe te magistrske naloge, je pokazala, da so najpogostejši občutki, ki spremljajo spoznanje, da so pri zanositvi težave, naslednji: jeza, prizadetost, razočaranje, občutek krivde, žalost, obup ... Postavljajo se vprašanja "zakaj ravno jaz?" Prav tako niso redki občutki manjvrednosti, nesposobnosti ali celo neprimernosti za starševstvo.

"Sprva sem občutila, da sem zatajila kot ženska na primarnem nivoju. Naslednji korak je bil, da sem začela razmišljati, če si s partnerjem nisva usojena in nama narava zaradi tega noče nakloniti otroka. Zame najbolj boleče razmišljanje pa je bilo, da bom morda nesposobna in neprimerna mama in nama zato ni namenjeno imeti otrok." (Mateja, v pismenem intervjuju)

Negativni občutki se stopnjujejo po začetem zdravljenju, če to ne pokaže uspehov.

"Na začetku nisem imela negativnih občutkov - sem bila optimistična, obup, jeza in prizadetost so prišli kasneje, po prvem neuspelem poizkusu. (Nataša, 26 let)

"No, v tem trenutku, po dveh letih medicinskih postopkov, bi lahko rekla, da občutim jezo, obup, prizadetost in veliko razočaranje nad sabo, ko slišim zgodbe o ženskah - znankah, ki so zanosile po naravni poti." (Vesna, 28 let)

"Moja prva misel je bila zelo hecna; počutila sem se manjvredno. Danes, ko na to pomislim, je brez zveze, takrat pa me je kar dotolklo. Ta misel se mi je vrnila po prvem neuspelem postopku IVF." (Alenka, 34 let)

Edini v raziskavi sodelujoči moški je odgovoril, da ga je ob spoznanju, da imata s partnerko težave z zanositvijo, spremljal občutek krivde.

V raziskavi nihče ni govoril o zanikanju problema, se pa tako razmišljanje pojavi na forumu.

"Drage sotrpinke! Zase sem se odločila, da se ne bom več udeleževala tega ali kateregakoli drugega foruma z naslovom Neplodnost. Razlog je, da dokler se bom gledala kot neplodno osebo, se mi želja po otroku ne bo izpolnila." (Sahe, 31.12.08)

Nadaljnja analiza zapisov na forumu Neplodnost (www.med.over.net) pokaže, da so žalost, bolečina, razočaranje, obup najpogostejši občutki, ki spremljajo neplodnost. Ti občutki se sčasoma samo še stopnjujejo in dosegajo skrajno mejo, ki jo človek še lahko prenese. Takole jih je zapisala ena od uporabnic foruma.

"Ne prenesem več, da vsak mesec ponovno ne uspe. Da ni uspelo v treh postopkih IVF. Da je vprašanje, če bo sploh kdaj uspelo."

Ne prenesem pogleda na razočaran partnerjev obraz, ko povem, da spet ni uspelo. Ne prenesem pogleda na obupan mamim obraz, ko povem, da spet ni uspelo.

Ne prenesem več otroškega joka ali smeha, ki ga slišim skozi vhodna vrata. Ne prenesem več pogleda na vozičke sosedov, ki jih spravljajo v pritličju.

Ne prenesem neprestanega pogovora sodelavk o tem, kaj je naredil kateri od njihovih otrok.

Ne prenesem branja revij, kjer na vsaki strani piše, da je ta in ta noseča, da ima ta in ta navadno že tri otroke. Navadno so vse mlajše od mene.

Na srečanja sošolcev ne hodim. Kako naj ne planem v jok, ko bo spet govora o otrocih in da je res čudno, da jih pa nekateri pri teh letih še nimamo. Najraje bi... Ne bom napisala, ampak zares težko že najdem košček upanja." (Upajoča, 22.11.08)

Mnoge trpijo tiho, skoraj na skrivaj: *"Ko mož zaspi, sama planem v jok in kar ne morem nehat. Včasih je tako hudo, da mislim, da se mi bo kar zmešalo." (Tajči1000, 26.12.08)*

Občutki so najhujši v dneh in obdobjih, ki tradicionalno veljalo za družinske, še posebej v času božično-novoletnih praznikov. *"Komaj čakam, da tile prazniki minejo, da bomo normalno živeli naprej. Ker ko ni praznikov, si ne delaš utvar, da bi pa zdaj moral imeti otroka in z njim delat božično drevo in vse, kar spada zraven." (Kaprica, 25.12.08)*

Nekateri gredo v svoji žalosti še dlje. *"Nočem niti božičnega drevesca postaviti in pravim, da ga bom postavila ponovno takrat, ko bom imela otročka. Partner pravi, naj ne žalujem še na takšen način. Pa si ne morem pomagati." (Maja1, 25.12.08)*

Že tako labilno čustveno stanje pogosto dodatno zamajejo besede, vprašanja, komentarji ljudi, ki za posameznikove težave ne vedo. V tem so si intervjuvanke enotne.

"Najbolj me je vedno prizadelo spraševanje ljudi, tudi tistih, ki mi niso blizu, zakaj še nimava otrok, da sva že stara." (Mateja, v pismenem intervjuju)

"Najbolj grozna so vprašanja v stilu: Ja, koliko časa pa sta sedaj že poročena? A dve leti? Ja kdaj bosta pa kaj naročila? Ja sedaj je pa res že čas za dojenčka in v tem stilu naprej." (Tanja, 36 let)

5.2. Spregovoriti o neplodnosti

Analiza odgovorov iz intervjujev in zapisov na spletnih forumih pokaže, da posamezniki/posameznice, ki se soočijo z neplodnostjo, o tem sprva govorijo le s svojim partnerjem/partnerko. Z drugimi o tem, vsaj sprva, ne želijo govoriti iz različnih vzrokov. Nekaterim se zdi, da njihovo stanje ni dokončno, drugi ga še sami ne sprejemajo, nekateri s svojimi težavami nočejo obremenjevati drugih. Po določenem času večina žensk o težavah s plodnostjo spregovori najprej s svojo mamo, nekatere s sestro in nekaj najbližjimi prijateljicami, večinoma ozkim krogom ljudi. Redki so posamezniki, ki o svojih težavah govorijo z vsakomer, predvsem zato, ker menijo, da jih tisti, ki sami niso doživljali boja z neplodnostjo, ne morejo razumeti, še bolj pa motijo, bolijo in jezijo sicer večinoma dobronamerni, a neprimerni komentarji.

"Odzivi so najrazličnejši, vendar večinoma vsaj delno pomilovalni." (Irena, 32 let)

"Večini prijateljic, ki same s tem nimajo problemov, se smilim. Pomilovanje pa mi gre na živce, nikomur se nočem smiliti." (Tanja, 36 let)

"Starši in družina poslušajo, ne svetujejo in mislim, da občutijo žalost. Pravi prijatelji se odzivajo enako kot starši, medtem ko kolegi in vsi ostali, ki jim pride na ušesa, postrežejo znanimi besedami: Nehajta se truditi, pa bo." (Vesna, 28 let)

"Nisem imela težav govoriti o tem problemu, vendar me je motilo, da je veliko ljudi dajalo nasvete (noge gor, počivat itd.) in govorilo o znancih, ki jim je uspelo (zanositi op.p.) na eksotičnem potovanju in podobno, motilo pa me tudi pomilovanje." (Nataša, 26 let)

"Najbolj moteče je poslušanje tistih staršev, ki so se za nosečnost 'trudili' par mesecev in ti vsi po vrsti govorijo, da se ne sekiraj, da ti bo že uspelo. Kaj pa oni vedo o težavah z zanositvijo? Nič!" (Alenka, 34 let)

Nekateri pa skušajo dajalce "nasvetov" o zdravljenju neplodnosti utišati prav z odkrito besedo o svojem problemu.

"Na vsako pripombo sem takoj omenila, da sva neplodna. To je tak tabu, da ljudje v trenutku umolknejo. Takrat prenehajo dajati nasvete za delo otrok, razlagati, da je vse v glavi..." (Barbara, 31 let)

"Bolje je, da vedo in me potem nič ne sprašujejo in ne dajejo takih neumestnih komentarjev." (Maja, 31 le)

Odkrit pogovor o težavah s plodnostjo pa ima tudi drugo plat, pomeni izgubo zasebnosti, intimen problem para lahko postane javno vprašanje. *"Danes tega ne skrivam več nikomur. A sedaj me najbolj moti to, da naju določeni ljudje pomilujejo, določeni pa kar naprej kličejo, če se je že 'prijelo'. Vse skupaj je postalo malo preveč javno." (Mateja, v pismenem intervjuju)*

Podobna mnenja delijo uporabnice foruma Neplodnost, ena od njih pa poroča tudi o takem skrajnem odzivu okolice:

"Najhuje me je prizadel popoln neznanec. Ko sem se mukoma pobirala po drugem neuspelem IVF in sva bila z možem na sprehodu s psom, se je na ulici starejši moški začel dreti za nama: 'Kaj sprehajata psa naokoli, otroka imejta, pa njega sprehajajta!' Saj vem, tak primitivizem ni vreden besed, ampak takrat se mi je res zazdelo, da mi bo počilo srce." (Sraf, 02.11.08)

5.3. Vpliv neplodnosti na partnerski odnos

Zaradi vsega doslej povedanega, še bolj pa zaradi psihičnih in fizičnih obremenitev, ki jih prinaša zdravljenje neplodnosti in o čemer bomo govorili v nadaljevanju, je soočenje z neplodnostjo velika preizkušnja za odnos med partnerjema, pa tudi za odnos z drugimi člani socialnega omrežja.

Od dvanajstih žensk, ki so pismeno odgovarjale na zastavljena vprašanja v strukturiranem intervjuju, so le tri izjavile, da se njihov odnos s partnerjem zaradi neplodnosti ni spremenil, pa še od teh sta dve izrazili dvom, ali bo tako tudi v prihodnje. *"Bojim se spremembe, ki se bo zgodila, ko bo kateri izmed naju obupal (nad zdravljenjem, op.p.)" (Vesna, 28 let)*

Ena intervjuvanka je odgovorila, da je partnerski odnos postal veliko bolj nabit s čustvi, pozitivni in negativnimi, pet jih je spremembe v partnerskem odnosu opisalo kot pozitivne.

"Neplodnost naju je prisilila k pogovoru o marsičem, o čemer se sicer ne bi pogovarjala. Menim, da sva zaradi tega bolj povezana." (Irena, 32 let)

"Gotovo je neplodnost velika preizkušnja za partnerstvo, vendar lahko rečem, da zaradi tega najin odnos nikoli ni bil ogrožen. Verjetno se več pogovarjava o občutkih in o prihodnosti, kot bi se sicer. In imela sva priložnost ponovno premisliti, ali je to to. Sicer o tem nikoli ni bilo dvoma, samo na nek način sva potrdila odločitev, da želiva ostati skupaj. Z otroki ali brez." (Mojca, 35 let)

"Najin odnos se je poglobil." (Simona, 28 let)

"Mislim, da naju je to (neplodnost, op.p.) povežalo." (Alenka, 34 let)

"Najina ljubezen je večja in močnejša kot kadarkoli." (Tanja, 36 let)

Ena od intervjuvank je zapisala, da stres neplodnosti načenja oba, a njo veliko bolj njega. *"Zelo sem razdražljiva, mož je razumevajoč, kljub temu se večkrat sporečeva." (Andreja, 33 let)*

Zanimiv pa je odgovor para, kjer sta na vprašanja odgovarjala oba partnerja. Medtem ko je Nataša zapisala: *"Menim, da se je najina zveza okrepila po duhovni plati in da sva ugotovila, da sva sposobna premagati marsikaj,"* pa je Janez menil: *"Postala sva bolj vzkipljiva in nepotrpežljiva drug do drugega."* Že ta odgovor kaže na to, da moški in ženske drugače dojemajo in doživljajo breme neplodnosti, o čemer bo, čeprav je podatkov z moške strani zelo malo, več govora v nadaljevanju.

Tudi pri analizi spletnega foruma o neplodnosti naletimo na različne posledice neplodnosti na partnerski odnos. Nekatere uporabnice pišejo, da problem partnerja povezuje, najti pa je tudi zapise o odtujevanju, strahu pred izguba partnerja ali celo razhajanju kot posledico neplodnosti.

"Jaz nimam v tem trenutku nikogar. On se zapira vase, zdaj je že nekaj dni pri svojih starših, čeprav nihče ne ve za najin problem. Jaz pa praznike preživljam sama. Ne vem, če bom lahko prenesla to breme." (Nidalo, 26.12.08)

"Midva tudi hodiva po tankem ledu. Včeraj sem dala zaročni prstan dol in sem ga šele prej nataknila nazaj. Moj je jokal, jaz pa tudi. Vse na kupu, groza. Začet moram delat na sebi, poiskati moram samozavest, ki je počasi odhajala iz meseca v mesec. Vse to je po moje povezano z neplodnostjo. Mogoče me je v podzavesti strah, da ne bo odšel drugam. K ženski, ki mu bo lahko dala otroke..." (Mašaj, 26.12.08)

"Midva sva se v tem času skoraj izgubila, saj se nisva več znala pogovarjati, ker je preveč bolelo. To je vplivalo na najin celoten odnos. Ni vredno. Ker če ne bova dobra zakonca, kako bova potem lahko starša?" (Nejc2006, 07.11.06)

5.4. Spremembe v socialnih omrežjih

Spreminjajo se tudi odnosi s sorodniki, prijatelji in znanci, a spet se pokaže, da neplodnost ni nekaj, kar bi vsi dojemali in doživljali na enak način. Nekatere intervjuvanke so odgovorile, da so zdaj v odnosih bolj odprte.

"Prijateljice preseneča, da se tako odkrito pogovarjam z njimi o tem. Jaz tega nikoli ne skrivam, povem bližnji okolici. Izkazalo se je, da nisem edina, da jih je veliko, ki so imeli podobne zgodbe." (Alenka, 34 let)

A več je takih, ki se zaradi neplodnosti izogibajo socialnim stikom.

"Prej sem bila vesela, družabna punca. Sedaj pa se že pet let izogibam vsem prijateljicam z malimi otroki (kar praktično pomeni vsem). Tako da sva z možem zaradi neplodnosti postala samotarja. Rajši sva sama, kakor da te ljudje neprestano, čeprav nehote, prizadenejo s svojimi vprašanji." (Tanja, 36 let)

Za tiste, ki se soočajo z neplodnostjo, in za odnose v njihovi širši družini so najhujša preizkušnja nosečnosti sester oziroma svakinj.

"Nama ni uspevalo, vmes so zanosile svakinje. In najini starši so bili zelo izgubljeni, z njimi bi se veselili in imeli ob nama slabo vest." (Barbara, 31 let)

"Spremenil se je odnos s sestro, ko je ona noseča, ker morda pričakuje, da jo kaj vprašam, vendar je meni boljše, da vem čimmanj." (Petra, 30 let)

"Edino, kar je me je bolelo do solz, je bilo, ko se je rodila nečakinja in je moja mami postala babica. Ker sem njena prvorojenka, sem mislila, da bo prvič babica mojemu otroku." (Agnes77, 29.10.08)

"Meni je bila najhujša preizkušnja nosečnost moje sestre. Nisem ji bila nevoščljiva, prav veselila sem se otročka, kupovala stvari zanj, vendar je nisem nikoli mogla pobožati po trebuhu. Prvič sem jo lahko objela šele dan pred porodom. Moja sestra je to razumela in je moje umike, ko mi ni bilo za pogovor, tudi upoštevala." (Eva, 03.11.08)

Nekatere ženske poročajo o poslabšanju odnosov s partnerjevimi starši.

"Moj odnos z moževimi starši se je zelo skrhal." (Nataša, 26 let)

Na forumu je najti zapise o primerih neplodnosti moškega partnerja, kjer njegova mati dejanskega stanja ne priznava in krivdo prenaša na sinovo partnerko.

"Midva sva povedala svoji družini, vendar namesto da nam bi stala ob strani, je tašča rekla, da z njenim sinom ni nič narobe, da sem jaz tista, ki ne morem zanositi in da me mož jemlje v zavetje..." (kada, 10.03.09)

"Moja tašča ni verjela, trdi, da jaz ne morem zanositi in da je on sedaj 'žrtev', ker je krivdo prevzel na sebe. Ubogi sine, je vzel 'jalovo' ženo. Ker njen drugi sin pa ima že dva otročka. Torej, njeni fantje so zdravi. Prav hudobna je. In vsak mesec znova naju je špikala, kaj če še ne bo? Možu je končno prekipelo in je prekinil vse stike s svojo družino." (Lissa, 16.03.09)

Številni zapisi pa kažejo na to, da je neplodnost največja preizkušnja za dolgoletna prijateljstva med ženskami. Ko v družbi, s katero so skupaj odraščale, prijateljice druga za drugo postajajo nosečnice in matere, je to za žensko, ki ne more zanositi, velikokrat preveliko čustveno breme. Tako se iz prijateljstva same umaknejo. Kot kažejo zapisi na forumih, pa mnoge za razpad prijateljstva krivijo nerazumevanje in netaktnost nosečih prijateljic.

"Enostavno nisem mogla gledat srečnih obrazov in trebuščkov okoli sebe, vsakič ko sem zagledala novega, sem doživela osebni poraz. Meni pa ne uspe, pa vse sem poskusila..." (Magrathea, 03.11.08)

"Opažam, da so se nekatere prijateljice, ko so zanosile, kar oddaljile. Mogoče sem vplivala s svojim obnašanjem (česar se nisem zavedala), mogoče mi samo niso hotele stalno povzročat bolečin, mogoče pa jim samo ni bilo več za druženje z nekom, ki nima otrok." (Julie, 02.11.08)

"Biti neploden in imeti nosečo prijateljico je tako nemogoča situacija, da jo je res težko razumeti. In verjamem, da je za nekatere tako težko, da tega ne morejo premostiti." (Agnes 77, 03.11.08)

"Mislijo, da to pa pač ne more biti tako zelo hudo, če nimaš otrok in da nekaj jamram v tri krasne. Moje prijateljice me poslušajo natančno pet minut, potem pa na hitro temo

obrnejo na seminar, na katerega gredo, na torbico, ki jo bodo kupile, ali dostikrat, da me navsezgodaj zjutraj v želodcu zvije, kaj je malček zjutraj naredil. Ja, nekateri se obnašajo kot slon v trgovini s porcelanom." (Maja 1, 04.06.09)

"Nosečnic sem se izogibala. Tiste, ki so bile moje prijateljice in so razumele, so še danes moje prijateljice in jim bom vedno hvaležna za razumevanje. Tiste, ki tega niso mogle razumeti in jim je bilo nezaslišano, da cel svet ne vriska ob pogledu na njen trebuh, so danes moje bivše prijateljice. Skratka, meni je neplodnost prinesla prave prijatelje in odnesla neprave." (Kitty, 30.10.08)

Nerazumevanje je lahko obojestransko. Tudi ženske, ki so zanosile, pa ob tem izgubile dosedanje prijateljice, ki se bori z neplodnostjo, tega odmika pogosto ne razumejo. Zapis s foruma:

"Prej sem ji dolgo stala ob strani in jo poslušala, skušala najti kakšno vzpodbudno besedo, se veselila z njo ob možnosti uspeha. Ko pa sem zanosila, pa naenkrat nisem bila več dobra. V trenutku, ko sem povedala, da sem noseča, je prekinila z mano. Počutim se, kot da je vzela mojo nosečnost kot neke vrste 'napad' na njeno neplodnost. Vem, da je neplodnost bolezen, a nič ne rešim, če se sama odpovem otrokom zaradi nje." (xy, 03.11.08)

Tole pa je zapis ženske, ki je spoznala obe plati. Po dolgih letih zdravljenja in neuspehov je zanosila in rodila in to je prineslo precej sprememb v njena socialna omrežja. *"Kar nekaj tistih, s katerimi smo prej preživele veliko časa skupaj, se je umaknilo. Z nekaterimi smo se kasneje spet zbližale, drugih ne srečam več. Vem pa, da se niso umaknile, ker bi meni karkoli zamerile, ampak zato, ker bi jim bilo v nekem trenutku življenja pretežko biti v moji družbi. Včasih uporabim banalno primerjavo. Pelji sladkornega bolnika na kavo v slaščičarno in ga vprašaj, če se je imel lepo. Saj si lahko njegov najboljši prijatelj, lahko neizmerno uživa v tvoji družbi, te ima najrajši na svetu, a v tisti situaciji se ne bo počutil dobro." (Kitty, 03.11.08)*

6. KONSTRUKCIJA NEPLODNEGA PARA

Neploidnost je v večini diskurzov obravnavana kot patologija para. Včasih to res drži, vendar je dejstvo, ki ga problematizirajo številne avtorice (Farquahar, Rothman, Condit), da je neplodnost obravnavana kot ženski problem tudi v primerih, ko je evidentno, da je problem pri moškem. Večina tehnologij za zdravljenje moške neplodnosti je uporabljenih na ženskem telesu, kar pomeni, da je tudi v primeru moške neplodnosti žensko telo tisto, ki postane objekt medicinskega posredovanja (Farquahar 1996, 84-85).

Tehnike zunajtelesne oploditve omogočajo spočetje tudi moškim, ki imajo zelo malo spermijev ali imajo druge težave s plodnostjo. A to je po mnenju Barbare Katz Rotman največja "prevara" tehnologij oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP). "To pomeni, da je plodna ženska, ki bi lahko brez težav zanosila z drugim moškim ali po inseminaciji z donorskim semenom, podvržena postopkom OBMP, vključno s hormonsko stimulacijo, ultrazvoki in kirurškimi postopki, da bi zagotovila genetsko očetovstvo svojemu partnerju." (Katz Rothman 1989, 149).

Še več, pravi Barbara Katz Rothman (prav tam), raziskave celo kažejo, da ženske, ki so v postopkih OBMP zaradi partnerjevih težav s plodnostjo, večinoma govorijo, da je "tudi pri njih nekaj malega narobe". To je potencialno sicer res, pravi avtorica, saj tudi pari, ki nimajo težav s plodnostjo, ne zanosijo ob vsaki priložnosti. Toda vključitev "tega malega problema ženske" omogoči, da je obravnava ženske kot pacientke v zdravljenju moške neplodnosti "medicinsko bolj sprejemljiva tako za par kot za zdravstveno osebje" (Katz Rothman 1989, 150).

O takem odzivu žensk piše tudi Celeste Michelle Condit. "Tudi če je vzrok neplodnosti pri moškem (in tako je v 40 odstotkih primerov), bo ženska govorila prijateljem in družini, da je vzrok pri njej." (1996, 351). Po mnenju avtorice je to posledica medijskega konstrukta, ki ženske identitete ne konstruira samo kot odgovora na njeno lastno biološko plodnost, temveč tudi kot mero njene pripravljenosti, da "naredi karkoli" za preseganje neplodnosti moškega partnerja. Ženska tako pristane na rigorozne in

potencialno nevarne postopke za zaščito svoje "feminine identitete", ne glede na to, da je sama plodna (prav tam).

Avtorica govori celo o kontroli medicine in moškega nad reprodukcijsko svobodo ženske kot posledico takega medijskega konstrukta, saj s poudarjanjem "neplodnosti para" postane ključni odločevalec moški. Medijska konstrukcija ga kaže kot racionalnega sprejemalca odločitev, žensko pa kot emocionalno inkompetentno, saj jo zlomijo čustva. Navaja tudi izjavo neimenovanega zdravnika: "Ženske so običajno zaradi svojega obupa tako motivirane, da so pripravljene narediti karkoli... Možje so bolj analitični in običajno oni sprejemajo odločitve..." (Condit 1996, 352).

Dodaja, da so v nasprotju z medijsko obravnavo abortusa, ki je izključno "odločitev ženske, njena izbira", reproduktivne tehnologije "odločitev para pod zdravniškim nadzorom". Pravice ženske praktično niso omenjene in tak diskurz po mnenju avtorice pomeni odmik od reproduktivne pravice ženske (prav tam).

Avtorica posebej opozarja še na dejstvo, da se tudi v postopkih, ki bodo paru omogočili rojstvo otroka, ki bo genetsko povezan le z enim od njiju (spočetje z darovano spolno celico) obravnava neplodnosti osredotoči na par. Spet bo namreč ženska tista, ki bo, ne glede na to, kateri od partnerjev je neploden, morala skozi težke, boleče in/ali tvegane postopke, da bo nagrajena z otrokom, ki bo "njun" (Condit 1996, 345). Hkrati se z obravnavo para izognejo dejstvu, da posameznikov/posamezničin medicinski problem, to je neplodnost, tudi po rojstvu otroka ne bo rešen. Bo pa rešen problem para. "Tako se donacije sperme oziroma jajčeca ali celo uporaba nadomestne maternice¹⁴ obravnavajo kot medicinsko zdravilo za 'neplodnost para', čeprav problema posameznikove sterilnosti ne rešijo." (Condit, prav tam)

V reproduktivni medicini posameznik kot subjekt ne šteje, preprosto ga ni, na mesto subjekta je postavljen par, ki se nenadoma vzpostavi kot nekakšna fiktivna oseba in to ne glede na to, ali je v konkretnem primeru neploden ali zmanjšano ploden eden od partnerjev ali morebiti oba, saj je njuna vloga zreducirana na obstoj v paru, pravi Dorijan Keržan (2008, 127-128) in dodaja, da je paradoks v tem, da neplodnega para ni

¹⁴ Nadomestno materinstvo v Sloveniji in v večini evropskih držav ni dovoljeno.

mogoče definirati drugače kot negativno. Prav to, da jima spodleti pri spočetju otroka, "ju subjektivizira kot celoto in desubjektivizira kot posameznika". "Medicina torej s tem, da na nek način vzpostavlja novo družbeno entiteto, par, hkrati zanika subjektivnost posameznika, tako moškega kot ženske, vendar ženske še posebej, saj je prav ženska tista, ki je v postopkih OBMP fizično in psihično najbolj ogrožena in najbolj prizadeta." Ženska na nek način postane objekt medicinskega posega, vendar tudi kot objekt se lahko spet subjektivizira samo v paru s partnerjem, ki je sicer po drugi strani prav tako postavljen v vlogo objekta. "Posameznika, čeprav so vsi postopki izvedeni na posamezniku, pretežno na ženskah, deloma pa tudi na moških, torej medicina odstrani, ostane ji namišljena družbena entiteta para." Ta je kot neke vrste kvazi subjekt mnogo bolj obvladljiv in zato tako medicini kot družbi manj nevaren, saj je sestavljen iz dveh posameznikov, ki v okviru svoje vloge v paru antagonizme, ki bi utegnili zadevati tudi medicino, razrešujeta v zaprtem krogu, medicina pa je tako rešena težav z nezadovoljnimi posamezniki." (Keržan 2008, 128-129)

6.1. Razlike v doživljanju neplodnosti med spoloma

Greil navaja podatke, ki kažejo na to, da moške in ženske različno doživljajo neplodnost. Ženske pogosteje kot moški neplodnost dojemajo kot uničujočo grožnjo svoji identiteti, o tem velikokrat razmišljajo in temu ne morejo uiti. Moški, zlasti tisti z reproduktivnimi manki, pogosto doživljajo neplodnost kot sicer nesrečno okoliščino, ki pa jo je mogoče premagati.

Greil navaja izjavo neimenovanega moškega: *"Mislim, da je ona reagirala močneje v tem smislu, da njeno telo ne deluje in da je njena krivda, da ni mati. Jaz sem bil bolj jezen zaradi neprijetnosti in nepravčnosti tega. Ona si je to vzela bolj k srcu, bolj osebno. Jaz sem imel občutek, da se bolj ukvarjam z njenim odzivom. Verjetno sem bil pri vsej stvari bolj frustriran zaradi njenega odziva kot zaradi sebe."* (Greil 1993, 183)

Tudi Silvia Vegetti Finzi (1997, 126, citirano po Prevolšek 2009, 33) se strinja, da je neplodnost veliko hujše breme za ženske kot za moške, saj roditi otroka za marsikatero žensko predstavlja kompleksen življenjski projekt, moški pa pomanjkanje biološkega otroka razrešijo na simbolni ravni, saj tudi posvojen otrok zadovolji moško potrebo po nadaljevanju družinskega imena.

Te spolno pogojene razlike v doživljanju neplodnosti so pri mnogih parih vir frustracij in napetosti. Ženske očitajo partnerjem, da so neobčutljivi in neprizadeti zaradi neplodnosti, moški pa partnerkam očitajo pretiran čustven odziv in nesposobnost videti stvari take, kot so.

Te napetosti imajo pogosto tudi velik vpliv na spolnost. Potreba po spolnosti "po urniku" odnaša vso spontanost in romantiko. Neplodni pari imajo pogosto občutek, da si zdravljenje neplodnosti prisvaja njihovo zasebnost. Že sam spolni akt ju vedno znova opominja na njuno nesposobnost spočeti otroka. (Greil 1993b, 203).

Da bi se prepričala, ali ženske in moški res različno doživljajo neplodnosti in kakšne so te razlike, sem sodelujočim v raziskavi postavila tudi naslednje vprašanje: Imate občutek, da vaš partner/partnerka težave z neplodnostjo in njihove posledice dojema drugače kot vi?

Tri intervjuvanke so na to vprašanje odgovorile negativno. Dve sta odgovorili pozitivno, vendar odgovora nista podrobneje pojasnili, enak je bil tudi odgovor edinega moškega intervjuvanca.

Respondentke, ki so na odprto postavljeno vprašanje odgovorile podrobneje, pa so v večini menile, da partner doživlja breme neplodnosti in vse z zdravljenjem povezane pritiske na nek način lažje kot same.

"On jemlje to bolj lahkotno kot jaz." (Alenka, 34 let)

"Mojemu možu se zdi dejstvo, da najbrž nikoli ne bova imela otrok, manj tragično kot meni." (Tanja, 36 let)

"Partner je bolj optimističen oziroma se bo lažje sprijaznil, če ne bova imela otrok." (Andreja, 33 let)

"On vedno reče, tako pač je in s tem se je potrebno sprijazniti. Meni je to malo težje sprejeti." (Maja, 31 let)

"Na začetku ni verjel, da je lahko to tak velik 'problem', da saj nama bo že uspelo. Vendar ko čas in meseci letijo, nosečnosti pa ni, si primoran se s tem soočiti. In ko enkrat sam pri sebi rešiš, da imaš pač težavo neplodnosti, da boš moral za otroka na umetno oploditev, potem je lažje, vsaj pri meni je bilo tako." (Petra, 30 let)

Drugače od zgoraj navedenih pa je partnerjevo doživljanje neplodnosti opisala Nataša (26 let): *"Jaz sem znala v vsej situaciji poiskati kaj dobrega, za razliko od njega."*

Mateja pa poudarja pomen spoznanja, da neplodnost ni osamljen problem, za njenega partnerja. *"Težave je sprejemal po moško. Zelo prizadeto, da mi kot moški ne more narediti otroka. Sem pa v njegovih očeh videla, da mu je padlo veliko breme z ramen, ko je na kliniki za neplodnost na prvem posvetu v čakalnici naenkrat videl deset parov, ki prestajajo isto kot midva. Takrat je doumel, da se to ne dogaja samo nama in da v tem nisva sama."* (Maja, 31 let)

Razprava na to temo se je večkrat razvila tudi na forumu Neplodnost.

"Moški se resnično drugače spopadajo s temi vprašanji. Njegov strah, da je kaj narobe z njim, je bil meni nerazumljiv. Saj po moji logiki, ko/če najdejo, kaj je z nama narobe, nama bodo lahko pomagali. Sama sem dala čez vrsto preiskav, operacij in nič koliko odvzemov krvi, in verjetno še nisem zaključila, in sem si mislila, zakaj hudiča pa on ne bi mogel dat sperme pregledat? O tem sva se pogovorila, odkrito in brez sramu, in je pomagalo, meni razumeti njega in njemu, da je videl in slišal mene..." (nova 01.05.09)

Nekatere ženske poročajo o partnerjih, ki se nikakor nočejo odločiti za pregled pri zdravniku in morebitno zdravljenje, čeprav je problem očiten.

"Rekel je, da je prezgodaj in da ne bo šel in da naj kar počakam še malo ter da preveč silim v vse skupaj. Saj po eni strani ga razumem, za moške je še težje 'priznati poraz', vendar si kar zatiska oči pred resnico, da po skoraj dveh letih bi pa res lahko že uspelo. In ne da se mi več prepričevati ga v vse skupaj, ker bi tudi sama rabila malo moralne podpore, ne pa tole..." (multivitam, 19.05.07)

"Ko sem videla, da ga naročam brez zveze, sem prenehala hodit tudi jaz. Mislila sem si, ma kaj čem jaz hodit, ko pa morava oba sodelovati. Bila sem zelo jezna na njega. Šele čez precej časa je pristal..." (Tanjapan, 20.05.07)

"Ko sva spoznala, da se bova morala za najinega malčka malo bolj 'potruditi', je moj rekel, da on pa nikoli ne bo šel na preiskave. Zame in najino zvezo je bil to kar velik šok. Veliko sva se pogovarjala o tem, se skoraj razšla, potem pa sva oba utihnila in pustila času čas. In to je trajalo kar dve leti. Ko pa je stvar dozorela, je sam rekel, da sedaj si pa tako želi otroka, da bi naredil za njega vse." (Lu33, 29.01.08)

"Nisem ga silila v nič. Ugotovila sem, da tudi njemu niti slučajno ni vseeno, a se vsega skupaj mogoče še bolj boji kot jaz. A oni to drugače pokažejo, ali pa sploh ne." (Hope, 21.05.07)

Za moškega je še posebno težko spoznanje, da je razlog za neplodnost na njegovi strani, saj pogosto tako sami kot njihova okolica plodnost enačijo z moškostjo. *"Mojega je bilo po prvem, zelo slabem spermiogramu, sram to priznati celo svojim prijateljem. Ko ga je eden od njih vprašal za izvide, se mu je zlagal, da je vse ok. Ta ga je prijateljsko, 'po moško' lopnil po hrbtu in rekel. 'Saj sem vedel, stari, da bo tako!'" (avgusta1, 06.05.09)*

Pomenljiv je tudi naslednji prispevek na forumu, kjer moški prosi za informacije in konkretne nasvete:

"Živjo, sva prvič v postopku ifv. Ne spomnim se, da bi na forumih zasledil izkušnje moških, ki smo ravno tako v postopku skupaj s partnerkami. Rad bi slišal kaj od drugih 'kolegov'. Kako se s tem nosite? Kakšna je pa ta 'soba za moške'? Ker je na dan punkcije zelo pomembno 'stvar' pripeljati do konca, me zanimajo vaše izkušnje. Ali je kaj 'literature' notri, ali ste jo kar sami prinesli..." (gantry 08.06.09)

Na ta post je prispelo deset odgovorov, a vse so napisale ženske, ki so avtorju vprašanja skušale pomagati s svojimi izkušnjami in opisom ravnanja svojih partnerjev. Na vprašanje pa ni odgovoril noben moški. Tudi sicer so prispevki moških na tem forumu izjemno redki, praktično jih ni. Je pa iz pisanja žensk mogoče razbrati, da njihovi partnerji spremljajo forum, včasih to storijo prav na pobudo partneric.

Na forumu Živa (kjer je za vse uporabnike že tako potrebna predhodna registracija) imajo moški svoj kotiček, ki pa ni dostopen niti vsem registriranim uporabnikom, ampak le moškim članom foruma, zanj je potrebna posebna registracija. Sama tako nisem imela dostopa do te spletne strani, lahko pa na podlagi številčnosti in dinamike objavljanja sporočil v kotičku za moške sklepam, da le-ta ni zelo obiskan. V času pisanja tega dela naloge (november 2009) je bilo v moškem kotičku foruma odprtih 10 tem s skupaj 81 prispevki, vendar je bil zadnji zapis datiran na 15. junij 2008¹⁵.

¹⁵ Stanje je ostalo nespremenjeno do oddaje naloge, konec maja 2010.

Na forumu Neplodnost na spletni strani med.over.net pa je zaslediti tudi razprave o tem, koliko težji in bolj obremenjujoč je postopek zdravljenja za ženske, a kljub temu je za nekatere pare večji problem to, kako zagotoviti "prispevek" parterja. Moški mora za pregled semena, ki je eden osnovnih diagnostičnih postopkov v zdravljenju neplodnosti, in potem po potrebi v postopku OBMP na dan načrtovane zunajtelesne oploditve prispevati svoje seme.

"Sama hodim na vse preiskave, me pikajo in pretipavajo, pa gre. Ko pa je treba zrihtat seme od moža, je pa totalen halo. Kako bomo to izvedli, pa joj, pa zakaj danes, pa joj, pa kako, pa tam ne gre, pa tam gre..." (mamapupe, 06.02.09)

"Mene tudi jezi. Moški morajo oddati samo seme, pa jim je še to težko. A nas pa lahko skozi šlatajo, tipajo, špikajo in moramo vse pretrpet..." (saša75, 06.02.09)

Večina žensk se sicer strinja, da tudi oddaja semena "na ukaz" ni lahka, vendar pa menijo, kot denimo ta uporabnica foruma, da *"večina moških ne bi bila pripravljena storiti za to, da dobimo otročka, toliko, kot je pripravljena večina žensk."* (Žabica, 30.01.08)

Na forumih je mogoče večkrat zaslediti opozarjanje na dejstvo, da moške neplodnosti sploh ne zdravijo. *"Še zdaj ne znajo zdraviti moških oziroma jih niti ne poskušajo. Vse eksperimente izvajajo samo na ženskah, čeprav je vzrok moška neplodnost."* (Ajda501, 09.03.09) K tej temi se bomo še vrnili v nadaljevanju naloge.

7. ZDRAVLJENJE NEPLODNOSTI

Brez pomoči medicine ne bova nikoli imela otroka. Nobena sprostitev, vitaminčki ali tabletki ne bodo pomagali. Diagnoza - sterilen par. Tega dne ne bom nikoli pozabila. Moj svet se je za nekaj časa podrl.

(Afrodita blog, 11. april 2007)

7.1. Medikalizacija življenja in družbe

O medikalizaciji neplodnosti ne moremo govoriti zunaj konteksta medikalizacije življenja in družbe nasploh. Zalka Drglin medikalizacijo definira kot "proces, skozi katerega je vsakdanje življenje in delovanje preoblikovano v medicinske probleme, podvržene medicinskemu nadzoru in definicijam, v katerih so poudarjeni tveganje, patologija in terapevtski posegi ali potreba po nadzoru (Drglin 2003, 23).

Mirjana Ule poudarja (2003, 241), da je širjenje medicine v splošno življenjsko prakso najmočnejši izraz medikalizacije družbe in da gre pri procesu medikalizacije družbe za spremembo znotraj moralnih redov družbe (Ule 2003, 27). S tem namreč, ko medicina vse bolj pronica v vsakdanje življenje (in to predvsem na osnovi percepcije zdravja kot ene najvišjih vrednot; v raziskavah Slovensko javno mnenje se zdravje uvršča na absolutno prvo mesto na lestvici vrednot, najvišjo oceno mu pripisujejo tudi mladi; Ule 2003, 44-45), je ne samo omogočeno, ampak celo zaželeno, da dejavno sodeluje pri postavljanju ločnic med "zdravim" in "bolnim" oziroma "nevarnim" (Štular 1999, 27).

"Normalno ne pomeni več 'povprečno', temveč nekaj, kar je družbena norma. Če kaj odstopa od nje, so brž na voljo sredstva za izboljšavo ali odstranitev motenj/deviacij. Sodobna medicina naravnost živi od popravljanja 'napak' narave." (Ule 2003, 34).

Znanstveno oziroma tako imenovano uradno medicino imenujemo tudi biomedicino (izraz poudarja biološko osnovo) ali alopatsko medicino (iz česar je razvidno delovanje zoper "patologijo"). Tovrstna medicina je dolgo veljala za akulturno, neobčutljivo za vpliv kulture, za razliko od drugih medicinskih sistemov, ki so te mere kulturno pogojeni, da nimajo znanstvene vrednosti, na primer "ljudska" medicina (Hrovatin 2008, 163).

Sodobna medicina je z neverjetnim tehnološkim napredkom zdrsnila v ukvarjanje s telesom, osredotoča se na tisto, kar je vidno, otipljivo, merljivo. S tem potencirano odraža tehnokratsko družbo, ki se "z ločitvijo telesa od duha intenzivno osredotoča na obvladovanje snovnega in podrejanje naravnih procesov, jih skuša razčlenjevati, analizirati in popravljati - kontrolirati" (prav tam).

Laura Mamo (2007) pa pojem medikalizacije, ki ga razume kot proces, ki ne pomeni le širjenja medicinskih znanj, praks in tehnik v vsakdanje življenje ljudi, ampak zajema tudi uvrščanje določenih družbenih pojavov na področje medicine, razvija naprej v pojem biomedikalizacije. S tem pojmom avtorica opisuje kumulativni učinek prežetosti s tehoznanostjo in potrošniško kulturo, poudarjanja tveganja in nadzora, naraščanja tako imenovanih medicin življenjskega sloga in drugih družbenih procesov, ki potekajo, medtem ko "medicina potuje po novih poteh in na nove kraje". Podobno kot medikalizacija tudi biomedikalizacija privilegira ekspertno znanje in zagotavlja profesionalno pristojnost nad označevanjem, razvrščanjem in zdravljenjem teles in vedenj (Mamo 2007, 11).

7.2. Ženska v medicinski praksi

Definicija zdravja žensk odraža edinstvene dimenzije njihovega življenja: rojevanje, biološke zakonitosti (menstrualni cikel) ter tudi socialni kontekst njihovega življenja, delo in starost. Vsaka od teh dimenzij ima določen vpliv na njihovo zdravje in nasprotno (Ličer 2003, 51). Reprodukativno zdravje žensk je kljub izboljšanju kazalcev zdravja še vedno prioriteta družbe, kar potrjujejo tudi novejša priporočila Svetovne zdravstvene organizacije in ugotovitve Sveta Evrope (Kirar Farazinc, Mihevc Ponikvar, 2005).

Številni avtorji opozarjajo na medikalizacijo ženskega telesa od rojstva prek materinstva do menopavze, govorijo celo "o zdravstvenem monopolu nad razmnoževanjem" (Mengeot in Vogel 2009, 17). Vse omenjeno naj bi bile točke v življenju, ki se opredeljujejo kot "medicinski problem", ki zahteva mnenje in poseg "strokovnjaka".

Zlasti ženske avtorice pa opozarjajo na stereotipne in pogosto celo poniževalne predpostavke o ženskah, ki so osnova za številne medicinske prakse.

Sabina Ž. Žnidaršič piše "o starem prepričanju o ženski nenormalnosti, mejnosti, skorajda bolnosti, ki naj bi izhajala prav iz samega bistva 'ženske narave', iz zapletene biologije njenega telesa" (2000, 18). Medicina in znotraj nje v 19. stoletju razvijajoča se ginekologija¹⁶ sta razvijali in z vedno novimi spoznanji dodatno utrjevali prepričanje, da "izvirata vse žensko zdravje in ravnovesje iz stanja ženskih reproduktivnih organov", pri tem pa je veljalo, da sta razvoj reproduktivnih in intelektualnih funkcij pri ženski povsem izključujoča se in nasprotno delujoča procesa (Žnidaršič 2000, 19-23).

"Naravna" funkcija žensk naj bi bila reprodukcija in to je osrednja karakteristika, ki določa njihovo psihološko in celo fizično bitje. Zdravniki in številni drugi zdravstveni delavci vidijo materinstvo kot pravi namen življenja ženske. A prav to jih dela drugačne in na nek način manjvredne od moških, meni Lesley Doyal (1987, 181). Ta odnos medicine se kaže na različne načine, velikokrat kot moč, ki jo zdravniki uporabljajo, da ženske "prepričajo", naj ravnajo v skladu s temi splošno sprejetimi družbenimi pričakovanji (prav tam).

Podobnega mnenja je Blanka Tivadar (1996, 68), ki govori o trialoškem odnosu med socialnim spolom, telesom kot družbenim fenomenom in medicino kot družbeno in politično prakso. Poudarja, da medicinska vednost poleg "narave" odseva in ohranja tudi družbene odnose, sodeluje pri ohranjanju družbeno zaželenih vlog ter posreduje vzorce sprejemljivega spolno specifičnega vedenja. Hkrati sodeluje pri odrivanju žensk na rob družbenih dogajanj, saj z nenehnim poudarjanjem, da se povsem naravni, normalni in fiziološki procesi v vsakem trenutku lahko sprevržejo v svoje nasprotje, drži ženske pod svojim patronatom in jih postavlja v položaj "domesticiranih in infantiliziranih subjektov" (Tivadar 1996, 68-69).

Podobna ženskega telesa v zahodni medicini je nestabilno in slabotno telo, ki se nenehno giblje na meji med slabim zdravjem in boleznijo, ter je usodno razpeto med hormonskim neredom v času menstrualnega cikla in patološko nosečnostjo,

¹⁶ Leta 1827 je Karl Ernst von Baer odkril žensko jajčece, Charles Nigier pa leta 1840 povezavo med ovulacijo in menstruacijo (Žnidaršič 2000, 19-23).

med predmenstrualno razdražljivostjo in depresivnostjo v menopavzi, med vnetji rodil vseh vrst in ginekološkimi operacijami, med razmnoževalno zmožnostjo in jalovostjo. Medicina pogosto tako zelo izkrivlja pomen ženskih razmnoževalnih zmožnosti, da ženske po eni strani reducira na njihovo reproduktivno funkcijo, po drugi strani pa jih pojmuje kot produkte reproduktivnega sistema in izločkov endokrinih žlez. Za medicino so ženske pogosto producentke, ki veljajo le toliko, kolikor uporabnih produktov proizvedejo, kot produkti pa imajo le omejen rok uporabe z navodilom: Uporabite do menopavze. (Tivadar 1996, 69)

O ženskah kot "ujetnicah svoje biologije" piše Sabina Ž. Žnidaršič tudi v prispevku o zgodovini menstruacije oziroma "zgodovini moškega čudenja" (1996, 7-24), kjer opozarja na dejstvo, da so tudi biološki procesi zavezani časovnim in kulturnim spremenljivkam.

In ker so v preteklih tisočletjih in stoletjih tako na glas, da jih lahko slišimo še danes, govorili (povečini) le moški, je znotraj historične perspektive menstruacija postala kulturni pojav in s tem moška domena, po svojem bistvu pa zgodovina moškega čudenja ali, če hočete, zgodovina moške fascinacije s posebnostjo in nerazumljeno drugačnostjo ženskega telesa (v primerjavi z moškim, seveda). Znotraj historično spremenljivega in, presenetljivo redko, tudi dopolnjujočega vedenja o menstruaciji, so ji predpisovali bodisi pravilno ali še sprejemljivo pojavno obliko bodisi svarili pred napačno ali bolno in škodljivo formo. (Žnidaršič 1996, 7)

Avtoričino izvajanje o menstruaciji lahko posplošimo tudi na ostale posebnosti delovanja ženskega telesa, moški pogled oziroma "moško čudenje" pa izpostavljamo zaradi dejstva, da je bila medicina, oziroma natančneje, postavljanje pravil zdravljenja, vse od svojega nastanka in praktično povsem do pred kratkim v izključni domeni moških.¹⁷

¹⁷ O "uničenju modrih žensk", žensk, ki so razumele in obvladovale procese reprodukcije, in o vzrokih za "izgon" žensk v medicinski praksi povsem na obrobje, kar se še danes kaže v popolni podrejenosti babic zdravnikom, obširno pišeta Heinsohn in Steiger (1993).

O "moški oblasti nad ženskim telesom" razpravlja tudi Eva Bahovec (1996, 217-234). Sheila Kitzinger (1994, 66) piše o pojmovanju ženskega telesa kot stroja, "ki se lahko vsak hip pokvari in lahko deluje le, če ga skrbno nadzira višji mehanik". Suzana Štular (1999, 29) pa pravi, da je medicina hkrati s prisvajanjem ženskega telesa producirala tudi identiteto pacientke, kar je olajšalo redukcijo ženske zgolj na telo in redukcijo tega telesa zgolj na oboleli organ, ki ga tretira medicina. Medicina, in ginekologija še posebej, prevzame nadzor nad ženskim telesom, kar ni razvidno samo iz poseganja v porodne prakse, ampak reproduktivne zmožnosti nasploh (Štular 1999, 44). To po mnenju avtorice predstavlja celo enega od mehanizmov družbenega nadzora nad "pravilno" ponotranjeno spolno identiteto ženske (Štular 1999, 64).

Podoba ženske - pacientke, ki je producira medicina, je tako podoba šibke, zmedene, neodgovorne, potrebne varstva, kar nikjer ni bolj očitno kot na porodni mizi. "V nekem smislu je ženska, 'privezana' na porodno mizo, ideal ženskosti; je popolnoma nemočna, pasivna, nepopolna, ranljiva in poslušna." (Štular 1999, 64). Skozi tako izkušnjo gre večina žensk, ne samo tiste, ki rodijo, kajti enako "nadzorno točko" nad žensko spolno identiteto predstavlja vsak ginekološki pregled. Teh pa ženske, ki so v obravnavi zaradi neplodnosti, pa četudi so same fiziološko zdrave, opravijo na desetine.

Jutri imam že tretji ultrazvok ta teden, kar pomeni, da moram že tretjič ta teden kazati svoj najintimnejši del popolnim neznancem. Postopek je tak, da iz čakalnice vstopiš direkt v kabino (ki je nekakšna vmesna baza med ordinacijo in čakalnico), kjer odložiš oblačila, počakaš, da se sestra zadere "Naprej!" in potem "spodaj brez" vstopiš v ordinacijo. No, danes pa me je tam pričakalo presenečenje v obliki študentov medicine. Saj vem, teorija ni dovolj in nekje se morajo naučiti. Vendar že tako je vse skupaj stresno, potem pa še kup preplašenih oči gleda v tvoje mednožje in nato v monitor in šteje jajčeca. (Afrodita blog, 30. maj 2007)

7.3. Vzroki neplodnosti

Med strokovnjaki prevladuje mnenje, da je neplodnosti čedalje več. Vzroke za to iščejo v naraščanju števila primerov vnetij ženskega spolnega sistema, naraščanju spolno prenosljivih bolezni in v odlašanju rojevanja prvega otroka (Andolšek-Jeras 1989, 9). Prav tako pa se strokovnjaki strinjajo, da je zaradi novih diagnostičnih in terapevtskih postopkov danes mogoče odkriti in diagnosticirati veliko več primerov neplodnosti kot nekoč. Prav razvoj novih tehnologij, ne samo reprodukcijskih, je bistveno vplival na obravnavanje neplodnosti.

Vzrok za neplodnost je lahko samo pri ženski, samo pri moškem ali pri obeh partnerjih, lahko pa ga tudi ne najdejo. Neplodnost posameznega para je lahko posledica samo enega vzroka, lahko pa je vzrokov več (Ograjenšek 1989, 236).

Po podatkih Ograjenška (prav tam) je pojavnost vzrokov neplodnosti v razvitih državah razporejena takole:

- niso našli vzroka: 26 odstotkov
- samo pri ženski: 25 odstotkov
- samo pri moškem: 25 odstotkov
- pri obeh partnerjih: 24 odstotkov

Ugotovimo torej lahko, da so vzroki za neplodnost praktično povsem enako razporejeni med oba partnerja, kar pomeni, da je še vedno precej razširjeno in uveljavljeno mnenje, da je za neplodnost para v večji ali pretežni meri kriva ženska, povsem neutemeljeno in neresnično.

Medicina se ukvarja izključno z iskanjem zdravstvenih razlogov za težave s plodnostjo. Po podatkih Ograjenška (1989, 236) so pri ženskah najpogostejši vzrok neplodnosti okvare na jajcevodih (v 34 odstotkih) in motnje ovulacije (v 25 odstotkih), v skoraj 29 odstotkih primerov pa medicinskega vzroka neplodnosti niso našli. Pri moških neposrednega medicinskega vzroka neplodnosti niso našli v skoraj polovici (48,8 odstotkih) primerov. Med diagnostično potrjenimi razlogi pa sta najpogostejši varikolela, ki se pojavlja v 13 odstotkih, in idiopatska neplodnost z oligozoospermijo v

11 odstotkih. Ograjenšek (prav tam) navaja še 19 drugih fizioloških vzrokov za neplodnost moških.

Za temi etiološkimi vzroki se lahko skrivajo drugi, posredni in tudi družbeno pogojeni razlogi, kot so na primer spolno prenosljive okužbe, ki lahko povzročajo vnetja rodil in posledično neplodnost. V zadnjem času se vse več raziskav osredotoča na iskanje okoljskih dejavnikov, ki negativno vplivajo na plodnost. Za kajenje je ta škodljiv vpliv znanstveno dokazan (Mengeot in Vogel 2009, 10).

Mengeotova in Vogel navajata tudi izsledke danske študije (Carlsen 1992), opravljene na vzorcu 15 tisoč moških, ki je potrdila slabšanje kakovosti sperme v zadnjih 50 letih. Znanstveniki menijo, da so njihovi izsledki še posebej zaskrbljujoči zaradi hkratnega porasta prirojenih napak na reproduktivnih organih pri moških, kakršna je denimo rak na modih. Raziskava vzrokov je odkrila povezavo s hormonsko aktivnimi kemikalijami v okolju, ki jim pravimo endokrini motilci. Te snovi delujejo tako, da motijo endokrini sistem, mednje pa sodita tudi v preteklih desetletjih zelo pogosto uporabljana DDT in PCB (Mengeot in Vogel 2009, 11-13; prim. tudi Ivanc 2009). Z novimi spoznanji o neplodnosti moških se soočajo tudi zdravniki: "Je pa moške neplodnosti dejansko več, v zadnjih 40, 50 letih je drastično upadlo število semenčic. Najverjetneje gre za vplive okolja, izpostavljenost toksičnim snovem, pesticidom. Danes pa vemo še to, da leta vplivajo tudi na plodnost moških. Pri zarodkih, ki so jih spočeli starejši očetje, je splav pogostejši." (izjava prof. dr. Veljka Vlasisavljevića, v Bercko 2008).

Raziskave v zvezi z ženskami so bile dolgo časa usmerjene predvsem na nevarnosti, ki ogrožajo plod, šele v zadnjem času se pojavljajo tudi spoznanja, da lahko strupene snovi iz okolja povzročajo hormonske spremembe, te pa vplivajo na številne vidike reproduktivnega življenja (Mengeot in Vogel 2009, 14). Znanstveniki raziskujejo tudi dejavnike ergonomije dela in njihov vpliv na plodnost. Po zdajšnjih spoznanjih naj stres sam ne bi bil škodljiv, ima pa negativen vpliv, če se pojavi skupaj z drugimi dejavniki tveganja (Mengeot in Vogel 2009, 14-15).

Pomemben družbeno pogojen vzrok neplodnosti je že v prejšnjih poglavjih opisano naraščanje starosti žensk ob odločanju za materinstvo. Starost ženske ima že sama po sebi neposreden vpliv na (ne)plodnost. Za razliko od moških, ki neprenehoma

proizvajajo nove spermije, se namreč ženska rodi z že določenim številom jajčnih celic. Vsaka od celic, ki v jajčnikih dozorevajo v vsakomesečnih ciklih, je stara toliko, kot je stara ženska sama. Zaradi staranja celic in različnih zunanjih dejavnikov, ki v času življenja delujejo na organizem ženske, se sposobnost jajčne celice, da bo opravila svojo vlogo, z leti zmanjšuje. Če znaša relativna plodnost zdrave ženske v starostnem obdobju med 20 in 24 leti 100 odstotkov, se v starosti 25 do 29 let zniža na 80 odstotkov, v starosti 30 do 34 let znaša 50 do 55 odstotkov, v starosti 35 do 39 let 18 do 25 odstotkov, po 40 letu pa le 5 do 7 odstotkov, medtem ko po 45. letu praktično usahne (povzeto po www.neplodnost.info). Ograjenšek (1989, 236) pa vpliv starosti na plodnost ženske povzema z naslednjimi relacijami: V starosti 20 do 24 let zanosi v normalnih razmerah v enem letu 86 odstotkov žensk, v starosti 35 do 39 let pa v enakih okoliščinah le še 52 odstotkov žensk.¹⁸

Biološki in socialni dejavniki so med seboj vzročno-posledično povezani v obeh smereh, kar je še posebej očitno prav v korelaciji odlašanja s starševstvom in neplodnosti. Na eni strani namreč zaradi težav pri zanositvi prihaja do prisilnega odlaganja starševstva, saj je zdravljenje neplodnosti dolgotrajno in tudi če je uspešno, lahko za več let zamakne predvideni čas rojstva otroka/otrok. Na drugi strani pa biološki dejavniki, predvsem starost ženske in v precej manjši meri moškega, zmanjšujejo naravno plodnost in zmanjšujejo tudi možnost uspeha zdravljenja odkritih težav s plodnostjo. Odlaganja starševstva iz drugih razlogov (socialnih, psiholoških, ekonomskih...) tako lahko povzroči, da medtem "prevagajo" biološki razlogi, ki uresničitev želje po starševstvu otežijo ali celo onemogočijo.

Verjetno obstaja vzročno-posledična povezava tudi med neplodnostjo in nekaterimi drugimi družbeno pogojenimi vzroki, vendar ta ni tako jasna kot v primeru odlašanja s starševstvom. Obstajajo pa seveda tudi taki vzroki neplodnosti, na katere nimata vpliva ne posameznik ne okolje oziroma za zdaj za tak vpliv ne vemo. Vendar pa se s samimi vzroki neplodnosti v nadaljevanju ne bomo več ukvarjali, ker bi s tem prestopili zastavljeni vsebinski okvir naloge, v kateri je predmet raziskovanja zatečeno stanje.

¹⁸ Pri tem je treba vedeti, da je možnost zanositve tudi pri povsem zdravih, mladih parih v posameznem mesecu le 25 odstotna.

7.4. Zgodovina obravnave in zdravljenja neplodnosti

Neplodnost so z medicinskega stališča začeli obravnavati že Aristotel in Hipokratovi učenci, ki so vzrok videli predvsem v nepravilnostih maternice, na neplodnost pa je po njihovem mnenju lahko vplival tudi način celotnega življenja (Repinc 2000, spletni vir). Sploh je bila sterilnost¹⁹ večino človeške zgodovine razumljena kot socialno ali moralno vprašanje, ne pa kot medicinski problem, ki zahteva zdravljenje. Sterilnost je bila definirana kot nesposobnost zanositve iz "naravnih" vzrokov, kot sta na primer starost ali trajanje zakona, ali pa so bili razlogi bolj osebni, na primer posameznikove/posamezničine mentalne, moralne in seksualne navade, prav tako naj bi v neplodnost vodile nekatere navade in duševna stanja. Pogosto je bilo prepričanje, da je "biti brez otrok" označevalec jalovega duha in telesa. Čeprav se je v 18. in 19. stoletju stanje "biti brez otrok" iz moralne degeneracije že preobrazilo v biološko patologijo, pa nezmožnost zanositve še do poznega 19. stoletja ni bila medicinsko opredeljena kot sterilnost. Ženske pa so se bolj kot k strokovnjakom po pomoč zatekale k bogu in molitvi (Mamo 2007, 25).

Tudi iz slovenskega ljudskega izročila so znane številne navade, vraže, obredi in priprošnje za preprečevanje in odpravo neplodnosti. Ljudski obredi, njihove opise Barbara Repinc (2000, spletni vir) povzema po različnih virih, kažejo, da je mnoge ženske že ob poroki skrbelo, da ne bi bile neplodne. Tako je v Veržaju nevesta, gredoč k poroki in od nje, delila kruh, da bi ji bog dal otrok. V slovenskem delu Ziljske doline pa je nevesta na poti od poroke vrgla nekaj novcev v najbližji studenec, da bi imela dosti otrok. Prav tako so različne metode uporabljale poročene ženske, da bi presegle neplodnost. V Žvabeku na Koroškem so neplodne ženske pile zavretek popkovine sosedovega novorojenčka, na Štajerskem so na božič jedle blagoslovljen kruh iz boba, v Kobaridu pa so verjeli, da bo neplodna ženska postala plodna, če si bo postavila sredi spalnice škaf vode in tekala ponoči gola okrog njega. Pogosto je bilo tudi romanje k sveti Ani, ki sta jo mož in žena v molitvi lahko prosila za otroke.

Prav tako se veliko receptov za preprečevanje in odpravo neplodnosti ohranilo v izročilu slovenskega ljudskega zdravilstva. Za pridobitev plodnosti so denimo priporočali

¹⁹ Ta pojem je bil v uporabi še pozno v drugo polovico 20. stoletja, takrat ga je nadomestil pojem neplodnost.

prevretke različnih zelišč, najti pa je mogoče tudi navodilo, da naj si ženske v maternico vbrižgavajo vodo, v kateri sta se kuhala melisa in rožmarin. Značilno je, da ne ljudsko izročilo ne ljudska medicina ne omenjata moške neplodnosti, določene zdravilne pripravke so moškim predpisovali le za poživitev spolnega nagona (Repinc, prav tam).

Nadomeščanje tradicionalnih oblik razumevanja in spopadanja z neplodnostjo z medicinskim modelom je potekalo postopno in počasi. Skozi vse 19. stoletje so se posamezniki in posameznice, ki so imeli/e težave z neplodnostjo, po pomoč obračali k babicam in ginekologom, a ti strokovnjaki jim niso mogli in znali dosti pomagati. Metode "zdravljenja" ženske neplodnosti v prvi polovici 19. stoletja so obsegale spremembo klime, kopanje v morju, spolno abstinenco in počitek. Sredi 19. stoletja se temu pridružijo prvi kirurški posegi in nekatere oblike konzervativnega zdravljenja fizioloških nepravilnosti na rodilih (Greil, 1993a, 196).

V odsotnosti učinkovite medicinske obravnave so neplodni posamezniki in posameznice posegali/e po različnih tradicionalnih postopkih. Greil navaja, da so mnoge ženske posegale po različnih zeliščnih pripravkih, ki so se v ta namen uporabljali že vse od 18. stoletja. Pojavljala so se tudi prva patentirana zdravila, tako Greil po Sarah Stage navaja "zeliščno mešanico Lydie Pinkham", ki so jo oglaševali s sloganom "Dojenček v vsaki steklenički". Še v 30. letih 20. stoletja so stotine neplodnih žensk z dvorišča družine, v kateri so se rodili peterčki, odnašale "magične kamenčke" v upanju, da bodo tudi same spočele otroka (Gebhard v Greil 1993a, 196).

Čeprav je pojem asistirane reprodukcije že stoletja znan v veterini, menda so ga arabski rejci konj uporabljali že v 14. stoletju (Mamo 2007, 24), in lahko prvo idejo o tovrstni pomoči pri reprodukciji človeka umestimo v leto 1550, ko je Bartolomeus Eustacus svetoval nekemu moškemu, naj s prsti prenese svoje seme bližje ženinemu materničnemu vratu, da bi tako povečal možnosti za zanositev (Rohleder v Mamo 2007, 24-25), prvo umetno inseminacijo z moževim semenom pa je leta 1791 izvedel angleški zdravnik Hunter (Repinc 2000, spletni vir), pa lahko dejansko o zdravljenju neplodnosti govorimo šele v 20. stoletju.

Prvo dokumentirano "zdravljenje" je opisano leta 1909²⁰. Takrat ugledni zdravnik iz Philadelphie William Pancoast pri pregledu domnevno neplodne ženske ni našel nobenih fizičnih nenormalnosti. Ko pa je pod mikroskopom pregledal moževo seme, je ugotovil, da v njem ni spermijev. Po več neuspešnih poskusih oploditve z moževim semenom je Pancoast izbral najbolj čednega študenta iz svojega razreda in z njegovim semenom oplodil žensko, ki je bila med postopkom pod anestezijo. Čeprav menda ženska ni vedela, da je zanosila z darovanim semenom, pomeni ta eksperiment prelomnico, saj je spodbudil nadaljnje raziskovanje neplodnosti, hkrati pa pomeni začetek asistirane reprodukcije (Mamo 2007, 26-27).

Razvoj modernih konceptov reproduktivne tehnologije se je nadaljeval v 20. in 30. letih prejšnjega stoletja, toda vse do sredine 60. let ni pomembneje vplival na prakso zdravljenja neplodnosti. Še sredi stoletja je bilo za večino ginekologov in porodničarjev najučinkovitejši način obravnave neplodnosti "pustiti naravi prosto pot". Tako prepričanje je še okrepila široko sprejeta teorija Therese Benedek, da je neplodnost bolj čustvenega kot medicinskega izvora (Greil 1993a, 196).

V začetku 60. let so začeli klinično preizkušati prva zdravila, ki so se izkazala za učinkovita pri zdravljenju nepravilnosti v ovulaciji. Do konca tega desetletja so težave z ovulacijo postale ozdravljive (Greil 1993a, 197). Nove tehnike in izboljšave laboratorijskih znanosti, ki so omogočile hranjenje in zamrzovanje semena, so spodbudile razvoj povsem nove veje medicine - medicine neplodnosti. Izraz neplodnost je končno nadomestil dotedanji sterilnost, s tem pa tudi destigmatiziral stanje "biti brez otrok", saj ga je iz domene osebnostnega karakterja premaknil v domeno biofiziologije (Mamo 2007, 29-30) in s tem pristojnost za zdravljenje dokončno predal medicinskim strokovnjakom²¹.

Največjo prelomnico, hkrati pa pravi šok ne samo za reproduktivno medicino, ampak za vso svetovno javnost, je pomenilo rojstvo prvega otroka "iz epruvete". Po dolgoletnih raziskavah in prizadevanjih angleškega ginekologa Roberta Steptoeja in fiziologa Roberta Edwardsa se je leta 1978 rodila Louise Brown, spočeta z zunajtelesno

²⁰ Nekateri viri, (prim. Repinc 2000), navajajo tudi letnico 1884.

²¹ Svetovna zdravstvena organizacija je neplodnost prvič opredelila kot bolezen šele 1993, ko se neplodnost pojavi v mednarodni klasifikaciji bolezni, v kategoriji, ki zahteva medicinsko obravnavo (Mamo 2007, 30).

oploditvijo. Od takrat naprej beležimo dramatični razvoj medicinskih tehnologij zdravljenja neplodnosti, prav tako kot povečanje povpraševanja po njem (Greil 1993a, 197).

Morda se danes, več kot 30 let po rojstvu "slavnega prvega otroka iz epruvete", zdi, da je na področju človekove reprodukcije - spočetja, nosečnosti in rojstva - le še težko govoriti o nečem novem. Natančnejši pogled v razvoj medicinske pomoči pri spočetju pa pokaže, da se razvoj tehnologij, ki omogočajo spočetje tudi tistim, ki nekoč niso imeli nobene možnosti za to, hitro nadaljuje (Keržan 2008, 12-13). Po avtorjevem prepričanju sicer ne gre več "za nove spektakularne skoke v razvoju novih tehnologij, ki bi bile za širšo javnost posebej privlačne, pač pa za majhne osupljive korake, ki povečujejo uspešnost postopkov, ter za vse bolj prisotne postopke predimplantacijske diagnostike in vse pogostejše tudi genetskih manipulacij" (Keržan, prav tam).

7.4.1. Obravnava neplodnosti v Sloveniji

Omenili smo že, da natančno ne vemo, kakšna je prevalenca neplodnosti v Sloveniji. Prav tako ni zanesljivih podatkov o tem, kdaj so začeli obravnavati neplodnost (Andolšek-Jeras 1989, 10). Po podatkih avtorice segajo začetki te dejavnosti v Ljubljani v leto 1923, ko je bila ustanovljena Ženska bolnišnica, v Mariboru pa v leto 1928, ko je bil odprt ginekološki oddelek tamkajšnje bolnišnice. Obravnava in zdravljenje neplodnosti sta bila v tem času ustrezna tedanjemu znanju in merilom, tako da je bila posvojitev dolgo leta praktično edina možnost, da neplodna partnerja postaneta starša (Andolšek-Jeras 1989, 10).

Po drugi svetovni vojni, še posebej po letu 1955, se je v Sloveniji v sklopu ginekologije razvijala tudi služba za zdravljenje neplodnosti, najprej v obliki posamične, potem pa tudi bolj organizirane pomoči. Na Ginekološki kliniki v Ljubljani je v tem času delovala antisterilnostna ordinacija, v kateri so ocenjevali tudi plodno sposobnost moških. Leta 1963 je bila v sklopu znanstveno-raziskovalnega oddelka za vprašanja splava in kontracepcije (kasnejšega Inštituta za načrtovanje družine) organizirana enota za

subfertilnost, kjer so se poleg strokovne obravnave neplodnega para ukvarjali tudi z pedagoških in raziskovalnim delom (Andolšek-Jeras 1898, 12).

Izven Ginekološke klinike je bil nosilec zdravljenja neplodnosti B. Tekavčič, ki je leta 1956 v Centralnem ginekološkem dispanzerju odprl ordinacijo za neplodne zakonce, v kateri so obravnavali neplodne pare iz vse tedanje Jugoslavije. Leta 1958 je začel delovati tudi spermioški laboratorij. Dr. Tekavčič je leta 1960 poročal o prvi uspešni umetni osemenitvi v Jugoslaviji (Andolšek-Jeras 1989, 12).

Prvo oploditev zunaj materinega telesa so opravili maja 1983 na Ginekološki kliniki v Ljubljani, prvo rojstvo pa so zabeležili 5. oktobra 1984, ko sta se rodili dvojčici (Andolšek-Jeras 1989, 13; Virant Klun 2002).

Leta 1961 je antisterilnostna ordinacija začela delovati tudi v Mariboru. V 80. letih so tudi v Mariboru začeli uvajati nove reproduktivne tehnologije. Laboratorij za OBMP je začel delovati leta 1983, leta 1988 se je rodil prvi zunaj telesa spočeti otrok. V mariborskem centru so leta 1995 kot prvi v Sloveniji opravili postopek ICSI - oploditev z mikrokirurškim vnosom semenčice v citoplazmo jajčne celice (Takač 2007, Takač 2008).

Reprodukcijska medicina v Sloveniji se v zadnjih desetletjih razvija s trendom, primerljivim z najrazvitejšimi državami. V Sloveniji obstajajo trije centri za zdravljenje neplodnosti: Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo UKC Maribor, Klinični oddelek za reprodukcijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana in Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna (kot edina zasebna tovrstna ustanova v Sloveniji je začel delovati pred približno desetimi leti). Po trditvah medicinske stroke je zdravljenje neplodnosti pri nas "uspešno, dostopno in učinkovito" (izjava prof. dr. Veljka Vlaisavljevića, v Zvonar 2009).

7.5. Družbeni vidiki sodobnega zdravljenja neplodnosti

Nagel razvoj medicinskih tehnologij zdravljenja neplodnosti in razvoj novih tehnologij asistirane reprodukcije s postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo ter povečanje povpraševanja po teh tehnologijah daje neplodnim parom (še posebej tistim, ki se zaradi odlašanja z odločitvijo za starševstvo s problemom neplodnosti srečajo v poznejših letih, ko se jim, zlasti ženskam, biološka ura počasi že izteka) vtis, da je zanositev nekaj, kar je mogoče uresničiti s pomočjo tehnologije. Istočasno naraščajoča medijska pozornost vprašanjem neplodnosti pomaga krepiti vtis, da je plodnost nekaj, kar je mogoče nadzorovati (Greil 1993a, 197). Po mnenju avtorja (prav tam) je naraščanje povpraševanja po zdravstvenih storitvah v zvezi z neplodnostjo povezano z zmanjševanjem možnosti za nemedicinske načine reševanja problema neželenega nestarševstva, na primer z zmanjševanjem možnosti za posvojitev otroka.

Tudi zanimanje medicinskih strokovnjakov za delovanje na področju zdravljenja neplodnosti se povečuje. Po mnenju Greila²² je razlogov za to več. Zaradi zmanjšane stopnje rodnosti se je zmanjšala potreba po porodniških storitvah. Ko je število porodničarjev preseglo povpraševanje po njihovih storitvah, so se morali preusmeriti na druga področja. Delovanje na področju zdravljenja neplodnosti pa je postalo tudi stvar prestiža, še posebej kot rezultat publicitete, ki so jo imeli postopki zunajtelesne oploditve in drugih metod z uporabo visoke tehnologije (Greil 1993a, 197).

Lesley Doyal (1987) navaja trditve nekaterih feminističnih avtoric, ki so prepričane, da postopki OBMP niso v interesu žensk. Trdijo, da imajo postopki malo učinka²³, razen tega, da so sredstvo, s katerim si moški zdravniki, embriologi in drugi zagotavljajo prestiž in finančne nagrade (Doyal 1987, 174). Michelle Stanworth pa dodaja, da so "nove tehnologije ginekologom in porodničarjem dale možnost, da 'vedo več' o nosečnosti in ženskih telesih kot pa ženske same." (Stanworth, 1987, 13).

²² Avtor se sicer omejuje na razmere v ZDA, vendar njegove ugotovitve v precejšnji meri veljajo tudi za Slovenijo.

²³ Podatki o uspešnosti posameznih postopkov so med seboj neprimerljivi, ker pogosto ni povsem jasno, ali gre za podatke o rojenih otrocih ali zgolj o uspešno opravljenih vsaditvah zarodkov. Zato in ker za temo te naloge niso bistveni, z njimi v nalogi ne bomo operirali.

Naomi Pfeffer dodaja, da je v sklopu diskurza o etiki in komercializaciji podoba neplodnih moških in žensk diskretirana na dva različna načina. Na eni strani jih obtožujejo duhovne neodgovornosti, saj pristajajo na tehnike, ki v tem diskurzu veljajo za neetične, na drugi strani pa veljajo za potrošnike, ki otroke enačijo s preprogo ali mikrovalovno pečico, torej s predmeti, ki jih je mogoče kupiti (Pfeffer 1987, 97).

Dorijan Keržan (2008, 158-167) se novih reprodukcijskih tehnologij ne loteva z vidika etike, temveč jih postavlja na os naravno-kulturno oziroma naravno-nenaravno. Poudarja, da je meja med naravnim in umetnim oziroma med naravo in tehnologijo zelo tanka, vendar je razvoj medicine in medicinskih tehnologij marsikaj, kar je na prvi pogled zavezano naravi, spremenil in povsem preobrn timer (Keržan 2008, 159). V primeru oploditve z biomedicinsko pomočjo se razmerje naravno-umetno kaže kot razmerje med predpostavljeno naravnim procesom spočetja skozi spolni odnos in umetnim postopkom, ki lahko vključuje različne metode. Keržan pravi, da je osnovna premisa strokovnjakov v tem, da gre "pri postopkih umetne oploditve predvsem za pomoč naravi, zaradi tega zdravstveni delavci težijo k približevanju naravi" in citira (2008, 160) neimenovanega zdravnika: *"Ljudje si mogoče zelo umetno predstavljajo vse skupaj, kako mi dejansko diktiramo oploditev jajčne celice, diktiramo vgnezditev in rojstvo, mi dejansko samo ustvarjamo neke pogoje, v kateri narava naredi svoje ali ne naredi. Tako da precej ljudi ima napačno predstavo o tem postopku."* Skoraj identično je mnenje predstojnika mariborskega centra za zdravljenje neplodnosti: *"Govoriti o umetni oploditvi, umetno spočetih otrocih ... To je še neki odmev preteklosti ali pa posledica neznanja. Ne počnemo nič, kar bi bilo nenaravno, nasprotno, naravi le omogočimo, da se gamete srečajo in se spočne zarodek."* (Vlaisavljević v Bercko 2008).

Vendar pa Keržan opozarja, da narave oziroma njenih procesov in zakonitosti včasih ni mogoče prevarati, nekatere posameznice/posamezniki tudi s pomočjo medicine ne morejo uresničiti želje po lastnem otroku. Zanimivo pri tem pa je, da je narava v takšnem razmišljanju hkrati tudi alibi znanstvenega ali tehnološkega neuspeha (Keržan 2008, 161).

Zato Keržan pravi, da ideja, da gre za pomoč naravi, izhaja iz napačne predpostavke. "Neplodnost ali zmanjšana plodnost je na neki način napaka narave... Tako nove

reprodukcijske tehnologije pravzaprav zaobidejo naravo in proti njeni 'volji' se uresniči tisto, česar narava ne omogoča." (Keržan 2008, 167). To trditev pojasnjuje z dejstvom, da gre pri uporabi novih reprodukcijskih tehnologij predvsem za pomoč posamezniku/paru, ki si želi otroke, ki mu jih narava ne omogoča. "Asistirana reprodukcija torej ni pomoč naravi, temveč pomoč, ki uresničuje željo po otroku," piše Keržan, ki se na tem mestu sklicuje na Marilyn Strathern. Avtor zato meni, da bi bilo namesto o pomoči naravi ustreznejše govoriti o boju proti naravi. Ob svoji tezi, da so ti postopki v bistvu protinaravni, pa posebej poudarja, da nikakor niso protimoralni ali nemoralni (Keržan, prav tam).

Se pa Keržan sprašuje, ali nismo morda tudi s postopki OBMP prestopili meje medicine.

Reproduktivna medicina namreč strogo vzeto s temi postopki ne zdravi, pač pa zgolj prestopi oziroma obide oviro, ki onemogoča spočetje, kar navsezadnje pomeni, da pri neplodnosti ali zmanjšani plodnosti ne gre samo za bolezen, pač pa bolj za neke vrste obsodbo, ki jo izreče medicina. To hkrati pomeni, da postopki OBMP pravzaprav niso zdravljenje, pač pa povsem nova oblika prokreacije, nova oblika razplodne prakse. (Keržan 2008, 144).

7.6. Medikalizacija neplodnosti - kariere pacientov

Sodobna medicina ponuja veliko različnih možnosti zdravljenja, ki naj bi pomagale do rojstva težko pričakovanega otroka. A kljub silovitemu napredku medicine in podaljšanju časovnega obdobja, v katerem je možno (v določenih primerih) neplodnost odpraviti, je uspešnost tovrstnega zdravljenja še vedno relativno nizka, predvsem pa dolgotrajni mukotrpni postopki še povečujejo duševne bolečine, povezane z neplodnostjo. Elisabeth Beck Gernsheim govori o "iatrogenem trpljenju" (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 142), s tem izrazom pa poimenuje obremenitve, ki so povezane s celo serijo medicinskih procedur, v katerih je posameznik/posameznica vselej znova diagnosticiran/a kot pacient/ka, kar vodi v "kariero pacienta". To seveda precej negativno vpliva na samopodobo in samozavest prizadetih oseb in na njihovo socialno življenje. Pod pritiskom je odnos s partnerjem/partnerko, stiki s prijatelji in znanci so

vse redkejši. Sicer pa vse to sploh ni čudno, meni Elisabeth Beck-Gernsheim, saj so medicinski postopki in terapije časovno in energetsko tako intenzivni, da udeležnim osebam dopuščajo le še malo prostora za kakršnekoli druge interese in dejavnosti. "V središču pozornost je vse bolj otrok; tisti otrok namreč, ki ne pride in ne pride." (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 142-143)

Neplodni posamezniki in pari, ki se odločijo za zdravljenje, hitro ugotovijo, da morajo zdravljenju podrediti vse svoje življenje. Zdravljenje je drago, invazivno in zahteva veliko časa. Mnogi neplodni pari doživljajo neplodnost kot kronično stanje, za katerega se zdi, da se ne bo nikoli končalo. Po drugi strani pa je le malo parom postavljena diagnoza dokončne in nepopravljive jalovosti. Prav zaradi dejstva, da večini parov ostane realistično upanje, da bodo prišli do otroka, je misel na neplodnost težko sprejeti, zato vse svoje sile usmerijo v zdravljenje (Greil 1993b, 203).

Ne vem, kaj naj storiva, če nama ne bo uspelo. Zdi se, da traja že tako dolgo. Delno sem začudena, ker sva tako vztrajna, od koraka do koraka, dolarja za dolarjem, krvne preiskave do krvne preiskave, zdravila za zdravilom. Prijatelji in družinski člani naju sprašujejo, kako nama gre, in naju hrabrijo, da nama gre neverjetno dobro, vendar se mi zdi, da nama ne gre neverjetno dobro, zdi se mi, kot da nama sploh ne gre. Ujeta sva v svojem vrtiljaku neplodnosti, lasje nama štrlijo pokonci, z belimi členki na rokah se oklepava ročaje vagona, ko se zibljeva naprej. Nikamor nama ne gre. Vse naredijo drugi.

In v vsem tem naju žene, vleče naprej in naprej ta nuja, ta obupna potreba in hotenje.

Ta želja. (Bates 2008, 157)

Tudi zdravstveni delavci premalo pozornosti posvečajo socialnim in emocionalnim vidikom zdravljenja. Pri pacientkah in pacientih sicer včasih prepoznajo občutke osamljenosti ali poraza, toda le redko temu namenjajo ustrezno pozornost (Greil 1993b, 203).

7.6.1. Neplodnost kot bolezen

Medicinski diskurz govori o neplodnosti kot bolezni (Farquahar 1996, 64) in tudi izkušnje številnih žensk (in moških, op. p.) pričajo o tem. Prepogosto jih zdravniki obravnavajo kot bolne pacientke in paciente, ne pa kot celovite, sicer zdrave ljudi, ki si želijo otrok, vendar do njih v tem trenutku ne morejo priti (Doyal 1987, 182).

V zdravljenju neplodnosti se kaže splošna značilnost zahodnega medicinskega modela: zdravstvo se osredotoča na telo, zanemarja pa duševnost (Doyal 1987, 183). To je še posebno očitno v primeru neplodnosti. Resda neplodni niso življenjski ogroženi, toda spoznanje, da ne bodo mogli imeti otrok, običajno povzroči bistvene spremembe v samopercepciji prizadetih posameznic in posameznikov in njihovih načrtih za prihodnost. To še posebej velja za ženske, saj jih je večina odrasla s pričakovanjem, da bo materinstvo tisti najbolj izpopolnjujoči vidik njihovih življenj, zato spoznanje, da se te sanje ne bodo uresničile, lahko povzroči globoko krizo, a pomoč pri soočanju s to situacijo nudi le malo klinik. Uspeh zdravljenja pa se meri izključno v fizičnem dosegu stanja nosečnosti. Če zdravljenje ne uspe, veliko zdravnikov o tem ne govori s pacienti, ker niso pripravljeni ali sposobni sprejeti lastnega neuspeha. Ženske pa morajo narediti prav to (Doyal 1987, 183-184).

Naomi Pfeffer (1987, 85) piše, da obstaja napačna predpostavka, da si profesionalci (zdravniki, ginekologi, embriologi) in njihovi klienti, to so neplodni moški in ženske, ki iščejo njihovo pomoč, delijo iste cilje. Seveda je cilj obojih rojstvo otroka, toda razlogi, zakaj si želijo tega otroka, so različni. Javno mnenje večinsko podpira trditve profesionalcev, da bodo z odkrivanjem novih metod asistirane reprodukcije širili nudenje pomoči neplodnim in splošno sprejeto je, da zdravniki sledijo le interesom svojih pacientov. O tem, kaj si želijo slednji, pa vemo le malo (prav tam).

Dion Farquahar pravi (1996, 65), da je neprostovoljno nestarševstvo postalo medikalizirano šele z napredkom tehnologije, ki je omogočila zunajtelesno oploditev. Takrat je neplodnost postala merljiv subjekt profesionalne identifikacije, birokratskega

merjenja incidence, medicinske kategorizacije in nadzora ter državne regulative. Usmeritev medicinske pozornosti na neplodna telesa žensk in moških je iz njih naredila objekte intervencije, usmiljenja in nadzora. Ob tem avtorica dodaja, da je moderen pozitivistični medicinski model osredotočen relativno neporocionalno na žensko patologijo, prikriva moško neplodnost, enači starševstvo z biogenetskim potomstvom in na splošno omejuje profesionalno obravnavo težav s plodnostjo na telesa. "Ekstremno raznoliko populacijo žensk, moških in/ali parov, ki so neprostovoljno brez otrok, spreobrača v neplodne ženske, moške ali pare, zanašajoče se na postopke visoke tehnologije." (prav tam).

7.7. Reševanje problema neplodnosti

Zdravljenje neplodnosti moramo jemati kot zadevo samoodločitve in osebne izbire, poudarja Barbara Katz Rothman (1998, 141-142). Na vprašanje, ali se sprijazniti z lastno neplodnostjo ali se boriti proti njej, pa odgovarja z naslednjo prisposodo:

Imam prijatelja, ki so mu morali amputirati nogo. Dolgo se je trdo boril zanjo, vrsto let je trpel bolečine, ponavljajoče se dolgotrajne hospitalizacije, izgubil je delo, zaradi zdravil in zaporednih operacij je ogrozil svoje zdravje. Mislila sem, da je nor. "Saj je samo noga, vzemi bergle!" Drugi ljudje so mene imeli za noro, ker sem predlagala kaj takega. "To je njegova noga," so rekli, "kako naj se ne bi boril zanjo?"

Opazujem ženske, ki prestajajo boleče, nevarne, drage postopke zdravljenja, ki vplivajo na vse njihovo življenje, in med njihovimi prijatelji in družinami poslušam enake razprave. Nekateri rečejo: "Pač ne bo imela otrok, pa kaj potem? Saj lahko pelje nečake v cirkus. Lepo je imeti svoje otroke, toda ni vredno vsega tega tveganja." Drugi pa pravijo: "Če obstaja možnost, tudi najmanjša možnost, da bi lahko zanosila, kako da je ne bi izkoristila!"

Če priznavamo in spoštujemo izbiro, moramo spoštovati tudi te izbire: izbiro za sprijaznjenje z neplodnostjo in izbiro za boj proti njej. (Rothman 1998, 142)

Iskanje medicinske rešitve problema neplodnosti je le ena od možnosti, ki so na voljo; obstajajo pa še druge: zaničanje problema, posvojitev otroka, menjava partnerja, nova

služba, selitev, dolg dopust ali objokovanje izgubljenega odnosa, v tem primeru odnosa starš-otrok. Izbira opcije je pogojena s socialnimi dejavniki kot so razred, spol, rasa, starost, zakonski stan, izobrazba itd. (Pfeffer 1987, 83).

Vendar nobeden od teh socialnih dejavnikov ni omenjen v razpravah o tem, kakšne so dejanske potrebe neplodnih. Prav tako ni nobenega dokaza, da si tisti, ki izberejo pomoč medicine, bolj obupno želijo otroka kot ostali, ki izberejo druge možnosti, pravi Naomi Pfeffer (1987, 83-84). Razlika je le v tem, da so se prvi odločili, da bodo za svojo neplodnost iskali specifično medicinsko rešitev. Ob tem pa ni nujno, da se bodo v medicinskih postopkih, ki so na voljo, odločali vsi enako ali da bodo uniformno sledili napotkom zdravnikov. "Moški in ženske imajo jasno postavljene meje, čez katere ne bodo šli. Nekateri ne želijo inseminacije z donorskim semenom, drugi zavračajo zunajtelesno oploditev, tretji odklanjajo posvojitev. Te skrajnosti pa ne pomenijo, da pri nekaterih ljudeh motiv za starševstvo ni dovolj močan. Prej bi lahko rekli, da te skrajnosti poudarjajo dejanske družbene razlike, ki obstajajo med neplodnimi ženskami in moškimi." (Pfeffer 1987, 84).

7.7.1. Iskanje informacij

Informacije o možnostih reševanja problema neplodnosti, vključno z načini in metodami zdravljenja, so v dobi visoko razvitih in široko dostopnih elektronskih komunikacij relativno lahko dostopne. Kot je pokazala tudi raziskava, opravljena za potrebe te magistrske naloge, je glavni vir informacij svetovni splet.²⁴ Večina anketirank je odgovorila, da je informacije v zvezi z neplodnostjo in možnostmi zdravljenja iskala in dobila na internetu ter pri ljudeh s podobnimi težavami, med temi so tako prijateljice iz resničnega življenja kot druge uporabnice različnih forumov, ter v knjigah in drugi literaturi. Manjši del intervjuvank je prve informacije iskal in dobil pri osebem ginekologu ali specialistu za zdravljenje neplodnosti. Ena od intervjuvank celo izrecno navaja: *"Informacije sem iskala pri zdravniku specialistu in ker jih nisem dobila, sem jih potem iskala v literaturi, na spletu, pri ljudeh s podobnimi težavami,"*

²⁴ Ob je treba upoštevati izobrazbeno strukturo intervjuvank, ki je krepko višja od slovenskega povprečja. Morda bi ob vključitvi pripadnikov in pripadnic nižjih izobrazbenih skupin, ki v povprečju nimajo takšne dostopnosti do spleta ali ga ne uporabljajo kot vir informacij, dobili drugačne odgovore.

(Vesna, 28 let). Zanimivo pa je, da je edini moški, ki je sodeloval v raziskavi, na vprašanje odgovoril, da je prve informacije dobil od zdravnika.

7.7.2. Odločitev za zdravljenje

Vsi sodelujoči v raziskavi so (oziroma so bili) v postopku zdravljenja neplodnosti.²⁵ Večina vprašanih je odločitev o zdravljenju sprejela v soglasju s parterjem/partnerko, nekatere anketiranke pa so odgovorile, da je bila to njihova lastna odločitev. Ena od vprašanih je odgovorila, da sta se partnerjem za zdravljenje odločila na pobudo ginekologinje. Za dve anketiranki to sploh ni bila dilema.

"Sploh ni bilo vprašanje (zdravljenje op.p.), je bilo čisto naravno, naslednji korak pač."
(Mojca, 35 let)

"To je bila logična posledica po diagnozi, o tem sploh nisva razpravljala." (Barbara, 31let)

Le ena od intervjuvank je zapisala, da je bila pobuda na partnerjevi strani, dodala pa je, da je sama odlašala iz drugih razlogov, ne zaradi zadržkov do zdravljenja. *"Jaz sem kar odlašala, saj še nisem bila čisto pripravljena na otroka. Še dobro, da je partner vztrajal in sva tako prej začela s preiskavami."* (Maja, 31 let)

7.7.3. Načini in postopki zdravljenja neplodnosti

V Sloveniji zdravljenje neplodnosti ureja zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPB), ki že v naslovu ločuje dve vrsti zdravljenja:

1. Zdravljenje - kar pomeni zdravljenje neplodnosti z zdravili, s strokovnim svetovanjem ali kirurškimi postopki. Do tega zdravljenja so upravičene vse ženske ne glede na svoj družbeni status.
2. Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) - kar pomeni znotrajtelesno oploditev z asistenco (intrauterino inseminacijo) ter različne tehnike in metode

²⁵ O tem, kje in kako oziroma na kakšne načine se zdravijo, jih nisem spraševala, saj to ni bistveno za temo naloge, tak pa je bil tudi dogovor pred izvedbo intervjuja.

zunajtelesne oploditve. Zakon v 5. členu določa, da sta "do postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) upravičena moški in ženska, ki živita v medsebojni zakonski zvezi ali zunajzakonski skupnosti in ki glede na izkušnje medicinske znanosti ne moreta pričakovati, da bi dosegla zanositev s spolnim odnosom in jima ni mogoče pomagati z drugimi postopki zdravljenja neplodnosti." (Uradni list 70/2000)

Ženska mora biti v starostni dobi, ki je primerna za rojevanje, to dobo pa pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja postavljajo v starostni okvir 18 do 43 let. Leta 2008 sprejete Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja določajo, da ima "ženska pravico do največ šestih ciklov OBMP za prvi porod živorojenega otroka, za vsak nadaljnji pa do največ štirih ciklov." (Uradni list 33/2008)

Diagnostika neplodnosti in metode zdravljenja

Čeprav načini, metode in tehnike zdravljenja neplodnosti niso predmet te naloge, v nadaljevanju na kratko opisujemo najpogostejše pri nas uporabljene načine diagnostike in zdravljenja neplodnosti, v obsegu, ki je bistven za razumevanje nadaljnjih poglavij.²⁶

Preiskave pri ženski obsegajo klinični pregled in anamnezo, endokrinološki pregled z določanjem vrednosti nekaterih hormonov, ter običajno več diagnostičnih posegov, med katerimi so najpogostejši:

Histerosalpingografija - s to metodo ugotavljajo prehodnost jajcevodov in poteka tako, da skozi maternični vrat vstavijo v maternično votlino tanek kateter, skozi katerega vbrizgajo posebno tekočino in nato z rentgenom ali ultrazvokom spremljajo prehod tekočine skozi jajcevode.

Histeroskopija - diagnostični in/ali operativni poseg, ki omogoča direktno opazovanje maternične votline in istočasno operativne posege v maternici. Poseg se opravlja v kratkotrajni splošni ali lokalni narkozi.

²⁶ Povzeto po Informativni knjižici o zunajtelesni oploditvi, brošuri s podrobnejšimi informacijami o poteku zdravljenja, ki jo dobijo pari ob prvem obisku na Oddelku za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo UKC Maribor.

Laparoskopija - diagnostični in/ali operativni poseg, ki omogoča ogledovanje notranjosti celotne trebušne votline in večje ali manjše operativne posege. Poteka v splošni narkozi.

Preiskave pri moškem obsegajo klinični pregled z anamnezo, endokrinološki pregled, laboratorijsko preiskavo semena in le po potrebi biopsijo testisa.

Poudariti je treba, da v nasprotju s pogostim prepričanjem javnosti metode oploditve z biomedicinsko pomočjo niso prvi izbor v zdravljenju neplodnosti. Običajno se zdravljenje začne s hormonsko podporo pri zanositvi in odstranitvi morebitnih ovir za zanositev, po metodah OBMP pa se poseže šele, če so omenjene manj invazivne metode neuspešne ali če je po opravljeni diagnostiki ugotovljeno, da niso smiselne. OBMP pa je običajno prva metoda izbora pri različnih oblikah moške neplodnosti.

Postopki asistirane reprodukcije

Intrauterina inseminacija (IUI) - vnos posebej pripravljenega semena partnerja ali darovalca v maternično votlino ženske.

Zunajtelesna oploditev po klasičnem postopku (IVF - in vitro fertilisation), imenovana tudi oploditev v epruveti - združitev semenčice in jajčeca zunaj telesa.

Oploditev z mikrokirurškim vnosom semenčice v citoplazmo jajčne celice (ICSI) - združitev semenčice in jajčne celice, pri čemer semenčico umetno vnesejo v notranjost jajčne celice.

Oploditev s semenčico iz bioptičnega materiala moda (TESA) - izolacija semenčic iz tkiva moda, kadar semenčice niso prisotne v izlivu.

Zamrzovanje zarodkov - kadar se v postopku uspešno oplodi več jajčnih celic, ki se razvijejo v zarodke primerne kakovosti, take zarodke zamrznejo in hranijo v posebnih pogojih, kasneje pa jih lahko odmrznejo in vnesejo v telo.

Zamrzovanje semena ali tkiva moda - kadar obstaja verjetnost slabšanja ali uničenja spolnih celic, jih je mogoče pred začetkom postopka zamrzniti.

Postopki z darovanimi spolnimi celicami - uporabljajo jih, kadar eden od partnerjev nima svojih spolnih celic. V Sloveniji OBMP s hkratno uporabo darovane moške in ženske spolne celice ni dovoljena.

Hormonske terapije - za vse oblike postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) je potrebno predhodno hormonsko spodbujanje jajčnikov pri ženski, da bi pridobili čim večje število jajčnih celic (v nasprotju z naravnim ciklusom, v katerem običajno dozori le ena).

7.7.4. Psihofizično breme zdravljenja neplodnosti

Večkrat smo že omenili, da so postopki zdravljenja neplodnosti emocionalno in fizično naporni. Obstaja veliko študij s pričevanji žensk in moških o tem, da so postopki asistirane reprodukcije stresni, pri ženskah je prisotna tudi nezanemarljiva fizična bolečina, čas, ki ga zahtevajo postopki, pa lahko ovira druge ambicije v življenju para. Stresne so lahko tudi zunanje družbene okoliščine. Avtorji študije o izkušnji žensk z IVF (Hammarberg in drugi, 2001, spletni vir) pa poudarjajo, da je "glavni stresor poskus doseči nosečnost in ne postopek sam" in dodajajo, da je postopek OBMP le en del dolgega procesa, ki se je začel s prvim sumom, da morda obstaja problem pri zanositvi in se nadaljeval skozi preiskave in diagnostične postopke ter zdravljenje in je le v nekaterih primerih rezultiral v nosečnost.

Za ponazoritev dogajanja v postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo ter psihičnih in fizičnih obremenitev teh postopkov, poznavanje le-teh je namreč bistveno za razumevanje tematike te naloge, sem izbrala zapis, ki opisuje posamične faze postopka. Povzet je iz tuje literature (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 139) in morda v nekaterih podrobnostih ne sledi povsem medicinskim standardom zdravljenja neplodnosti v Sloveniji, kljub temu pa ga navajam, ker daje celovit vpogled v fizično, psihično in čustveno doživljanje obeh partnerjev.

Vse do sedmega dne ciklusa je prevladovala vselej ista rutina, ki je dopuščala še kolikor toliko normalen življenjski ritem: zjutraj tablete, odvzem krvi za določanje estrogenske ravni ter hormonske injekcije v zadnjico. Moj mož, ki je dermatolog, mi je injekcije dajal sam.

Čim dlje traja postopek, tem bolj mučen postaja, vsak vbod z iglo občutim kot telesno poškodbo. Toda hkrati s hormoni dobivam v telo tudi novo upanje...

Upanje se vsadi pod kožo, vse skupaj mi gre pod kožo. Oba z možem postajava vse bolj živčna in občutljiva...

Med 8. in 13. dnem ciklusa je zelo odločilna faza. Doma se pogovarjava o premeru folikla in o hormonskih vrednostih, računava, kdaj bo najprimernejši dan za punktiranje, za prenos embrije, za rojstni datum zelenega otroka... Oba sva polna upanja, ki postaja v temi sobe za ultrazvok vse svetlejša. Temu upanju sva izročena na milost in nemilost.

Potem se pričinja obdobje izolacije in napetosti. Oploditvena terapija prevzame popoln nadzor nad najinim življenjem. Ves čas naju spremlja strah pred tem, da je bilo vse to zaman. Preden se zjutraj uležem in pripravim na preiskavo z ultrazvokom, se vedno bojim, da bi folikli izginili ali se zmanjšali. Vsakič, ko se mehurčki jajčeca na ekranu prikažejo v obliki temnih madežev, sem olajšana... Končno zaslišim glas, ki me nadvse olajša, ker pravi: Danes zvečer ob enajstih vam bomo dali injekcijo, ki bo sprožila ovulacijo... Jaz se pomirim, a moj mož postaja vse bolj živčen. Čez 36 ur bodo odvzeli jajčece, in to je faza, v kateri je uspeh odvisen zgolj še od njega. Takrat bo moral funkcionirati. V kliničnem žargonu to pomeni: "Partner pridobi svež semenski vzorec."

V naslednjih dveh dneh torej sledijo odvzem jajčeca, pridobitev svežega semenskega vzorca ter prenos embrija. Vse to se seveda dogaja v kliniki in pod nenehnim zdravniškim nadzorom. Potem pacientko odpustijo domov, vendar ne brez kopice nadaljnjih napotkov in svaril...

7.8. Izkušnje v zdravstvenem sistemu

Anketiranke in anketiranca, sodelujoče v raziskavi za potrebe te magistrske naloge, sem povprašala tudi, koliko časa so čakali na začetek zdravljenja. Njihovi odgovori so bili v razponu od 2 meseca do 3 let, vendar ti podatki medsebojno niso primerljivi zaradi različnih diagnoz, različnih zdravstvenih ustanov in drugih dejavnikov.

Podrobnih podatkov o čakalnih dobah posamezni centri za zdravljenje neplodnosti javno ne objavljajo. Na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije sta v rubriki Seznam čakalnih dob po izbranih zdravstvenih storitvah - prvi pregled v specialistični ambulantni dejavnosti za zdravljenje neplodnosti navedena le podatka za

UKC Maribor - čakalna doba 105 dni, in Zdravstveni center Dravljje, ki deluje v sklopu Centra za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna - čakalna doba 30 dni.

Sodeč po zapisih na forumih so dejansko čakalne dobe v različnih centrih zelo različne, odvisne so od mnogih dejavnikov, tudi od obdobja v letu, so pa precej dolge. Ne samo subjektivno, za prizadete pare, ki bi radi čimprej rešili svoj problem. Na problem predolgi čakalni dob in slabe organiziranosti zdravstvenega sistema, zaradi česar postopki trajajo tako dolgo, je na posvetu Ženske in zdravje²⁷ opozorilo tudi društvo Živa, ki je kot glavne vzroke za predolge čakalne dobe in dolgotrajno zdravljenje navedlo slabo organiziranost, pomanjkanje osebja in premalo plačanih postopkov OBMP s strani zdravstvene zavarovalnice. "Vsak center ima svoje specifične težave, ki imajo skupno to, da pari čakajo in čakajo. Za diagnostiko neplodnosti v Sloveniji par potrebuje dve do tri leta. Te iste preiskave v tujini opravi v enem dnevu. Gre za iste preglede, ista finančna sredstva, razlika je le par let čakanja, ki gredo v škodo izključno paru." (vir: zapis na forumu Neplodnost, 25. 11. 08). Po mnenju društva Živa bi bilo skrajševanje čakalnih dob pomembno tako za neplodne pare kot za državo. Za neplodne pare dolge čakalne dobe pomenijo to, da se s starostjo ženske manjša uspešnost postopkov OBMP, kar pomeni, da bo potrebnih več postopkov, da bo ženska v vsakem postopku potrebovala več zdravil, morda pa bo zanjo celo prepozno. Hkrati bi skrajšanje čakalnih vrst pomenilo prihranek tudi za državo, saj bi namesto za draga zdravila, ki jih ženska s starostjo potrebuje vedno več, lahko sredstva namenila za preprečevanje neplodnosti (prav tam).

O izkušnjah in zadovoljstvu z obravnavo in zdravljenjem neplodnosti sem povprašala tudi sodelujoče v raziskavi, opravljeni za potrebe te naloge.

Le štiri od dvanajstih intervjuvank so v ustanovi, ki so jo izbrale za zdravljenje²⁸, dobile ustrezne in zadostne informacije o vseh možnostih zdravljenja, ki so jim na razpolago. Očitna je korelacija med odgovori na to vprašanje in na vprašanje o splošnem zadovoljstvu s postopkom zdravljenja. Ženske, ki so bile ustrezno in zadostno

²⁷ Posvet je bil v Državnem svetu 25. novembra 2008.

²⁸ Intervjuvank nisem spraševala po tem, v kateri ustanovi se zdravijo. Je pa iz zapisov, ki so jih podale samoiniciativno, razvidno, da so med njimi pacientke vseh treh slovenskih centrov za zdravljenje neplodnosti. Delov zapisa, ki kažejo na to, v katerem centru se zdravijo, pa sami v nalogi ne navajam.

informirane, so odgovorile, da so bile tudi s postopkom zdravljenja v celoti zadovoljne in da razen čakalnih dob v postopku zdravljenja ne bi spreminjale ničesar.

Tiste, ki s stopnjo informiranosti niso bile zadovoljne, pa tudi v odgovorih na naslednje vprašanje o motečih dejavnikih med zdravljenjem navajajo predvsem pomanjkanje časa zdravniškega osebja, ki jim zato ne nudi ustreznih odgovorov in pojasnil.

"V bistvu sem vedno dobila odgovore na svoja vprašanja, ampak na začetku itak sploh ne veš, kaj vprašati. Si zbežan in ne veš, kaj te čaka, deležen pa si obravnave po tekočem traku. Sicer razumem, da imajo specialisti točno odmerjen čas za posvet, vendar je v zdravljenju neplodnosti zelo pomembna tudi čustvena komponenta in pacienti še kako potrebujemo občutek, da nam nekdo stoji ob strani." (Mojca, 35 let)

"Zame je najbolj moteče to, da si strokovnjak, ki naju zdravi zaradi neplodnosti, ne vzame niti pet minut časa, da nama objasni stvari, o katerih se nama porajajo vprašanja. Vedno je zanj najbolj pomemben čas, pacientke kapljajo v njegovo ambulanto ena za drugo. Preveč neosebno in včasih zelo hladno." (Mateja)

"V ustanovi, kjer se zdravim, informacijam sploh ne dajejo nobene vrednosti, ker mi niso nič povedali, večino stvari sem morala spraševati sama in če se nisem kakšnega vprašanja spomnila v trenutku posveta, potem sem pač ostala brez odgovora. (Vesna, 28 let)

"Si le številka, vse poteka serijsko. In po neuspelem postopku ti tvoj izbrani zdravnik nameni točno pet minut časa. Nihče se ne ukvarja s teboj, nihče se ne poglobi posebej v tvoj primer." (Tanja, 36 let)

"Ne informirajo me o ničemer, le o tistem, kar pač trenutno počnejo z menoj." (Alenka, 34 let)

Društvo Živa pa je na že omenjenem posvetu v problematiki zdravljenja neplodnosti poleg dolgih čakalnih dob izpostavilo še nekaj problemskih sklopov (vir: zapis na forumu Neplodnost, 25.11.08):

- nezadostno varovanje osebnih podatkov in zasebnosti (ki je delno posledica neustreznih prostorov);
- anestezija pri punkciji jajčnih celic (to je za žensko zelo boleč postopek, kljub temu pa splošno anestezijo omogoča le eden od treh centrov v Sloveniji);

- zloraba klomifena, sintetičnega hormona za stimulacijo ovulacije (po pričevanjih članic društva zdravniki večkrat predpisujejo zdravilo na pamet, brez predhodnih preiskav in brez nadzora nad jemanjem zdravila);
- nevzdržne čakalne dobe za darovano spolno celico (čakalna doba na moško celico je več kot eno leto, na žensko spolno celico več kot dve leti, uvoz spolnih celic pri nas ni dovoljen).

7.9. Usklajevanje zdravljenja neplodnosti s poklicno kariero

Zdravljenje neplodnosti je obremenjujoče psihično in fizično, pa tudi časovno, saj zahteva pogosto odsotnost z delovnega mesta oziroma zahtevno usklajevanje terminov zdravljenja in delovnih obveznosti. Pri vprašanju, ali so o tem, da se zdravijo zaradi neplodnosti, spregovorili s sodelavci in nadrejenimi, in kakšen je bil njihov odziv, so bili odgovori intervjuvank in intervjuvanca pričakovano različni.

Štiri od dvanajstih anketirank o svojih težavah zaradi neplodnosti na delovnem mestu niso govorile.

"Nikomur nisem povedala. Neplodnost je preveč osebna stvar, da bi o njej razlagala širšemu krogu ljudi. Če sem rabila bolniško zaradi postopka, sem povedala, da imam manjši operativni poseg in me 14 dni ne bo. Ali pa sem enostavno poklicala prvi dan bolniške in povedala, da se me je polotila viroza." (Tanja, 36 let)

"Na dan ET-ja ponavadi vzamem bolniško, nisem jim pa povedala, za kaj se zdravim." (Andreja, 33 let)

Tiste, ki so za svoje težave in neplodnost povedale sodelavcem in nadrejenim, so naletale na različne odzive. A več je bilo pozitivnih kot negativnih.

"Odziv je bil pozitiven. Nimam težav." (Maja, 31 let)

"Povedala sem upravi družbe in nekaterim sodelavcem, s katerimi imam tesnejše odnose. Vse skupaj so sprejeli z razumevanjem." (Vesna, 28 let)

"Sodelavcem sem povedala, odzivi so bili prijazni. Sem pa na delovnem mestu manjkala le dan ali dva ob vsakem postopku, saj sem vse preglede lahko opravila pred ali po delovnem času." (Irena, 32 let)

"Nadrejeni in bližnji sodelavci so seznanjeni in nimam popolnoma nobenih težav. Tudi z odsotnostjo zaradi pregledov nič ne komplicirajo. Zelo mi stojijo ob strani." (Alenka, 34 let)

"V službi so bili v večini zelo razumevajoči." (Nataša, 26 let)

Tudi Janez je v službi povedal, da se s partnerko zdravita zaradi neplodnosti in v njegovi službi so bili razumevajoči.

Dva anketiranki pa sta poročali o odzivu, kjer se je začetna, vsaj navidezna podpora, ob prvih odsotnostih z dela spremenila.

"Na začetku velika podpora, ko pa sem dvakrat izostala od neke obveznosti, pa je bilo konec." (Barbara, 31 let)

"Vedo, da imam težave, podrobnosti pa ne. Razen dveh sodelavk, ki sta seznanjeni s potekom mojega zdravljenja in jima zaupam, da zadržita to zase. Šele v šestem postopku sem si 'privoščila' tri tedne bolniške in tudi povedala svoji nadrejeni, zakaj. Sicer je že slutila in je zadevo na videz sprejela z razumevanjem, ampak vseeno vidim, da mi ne zaupa več zahtevnejših projektov." (Mojca, 35 let)

Prav tako je raznolike zapise glede odnosa in razumevanja sodelavcev in nadrejenih mogoče najti na spletnem forumu Neplodnost.

"Po svoje je olajšanje, če poveš, ker se potem lahko z ljudmi o tem pogovarjaš in ni več tabu, po drugi strani pa je morda bolj mučno, ko ti ne uspe in to vsi vedo." (Tevta, 07.10.08)

"Jaz imam slabe izkušnje z mojimi nadrejenimi in če bi lahko zavrtela čas nazaj, jim za moje postopke ne bi povedala. Sem mislila, ker smo bolj ženski kolektiv, da bodo razumele." (MamiB, 19.03.09)

Ena od uporabnic foruma pa poroča o drugačnem pogledu na bolniške izostanke zaradi zdravljenja neplodnosti kot na bolniško odsotnost zaradi nosečnosti.

"Mene grdo gledajo v službi, ker nekaj manjkam zaradi postopkov, medtem ko pa dve sodelavki, ki sta zanosili normalno in šli takoj v bolniško, gledajo normalno. Dobila sem tudi namig, da bi me v kakšni družbi dali zaradi tega že v postopek prenehanja delovnega razmerja..." (Dopustnica2, 13.02.09)

8. SOCIALNE OPORE PRI PREMAGOVANJU NEPLODNOSTI

Človek živi v socialnem okolju in zato za svoje delovanje potrebuje splet stikov, ki mu pri tem nudijo določeno stopnjo socialne podpore in orientacije. Ti stiki tvorijo socialne mreže oziroma socialna omrežja (Novak 2005, 7). Osnovna lastnost socialnih omrežij je, da so običajno dokaj fluidna, multifunkcionalna in multidimenzionalna (Černigoj Sadar 2005, 133).

Ena temeljnih funkcij socialnih omrežij je socialna opora. Ta obsega "vse vrste in oblike pomoči, ki jih ima posameznik na razpolago oziroma jih lahko aktivira, ko se sooča s krizno ali stresno situacijo" in se izraža kot "zaznana ali dejanska instrumentalna in ekspresivna ponudba s strani posameznikovih intimnih in zaupnih partnerjev, preostalih akterjev v njegovih socialni mreži in širše skupnosti" (Ule in drugi 2003, 67). Zgodnejše opredelitve so poudarjale predvsem emocionalno razsežnost socialne opore, torej socialne opore kot občutek pripadnosti ter sprejemanja in skrbi s strani pomembnih drugih, novejša opredelitve pa poudarjajo, da je socialna opora tudi interakcijski in komunikacijski proces med ljudmi (Hlebec, Kogovšek 2005, 15-17).

Na osnovi teoretičnih opredelitev in empiričnih študij se je oblikoval relativen konsenz, po katerem vrste socialne opore lahko uvrstimo v štiri večje skupine (povzeto po Hlebec, Kogovšek 2005, 28):

- instrumentalna (tudi materialna) opora se nanaša na pomoč v materialnem smislu;
- informacijska podpora se nanaša na informacije, ki jih posameznik potrebuje;
- emocionalna podpora je pomoč ob večjih ali manjših življenjskih krizah;
- druženje predstavlja socialno oporo v obliki neformalnega občasnega druženja.

Na stopnjo in vrsto podpore, ki jo kdo potrebuje oziroma prejme, vpliva po Blackburnu (v Ule in drugi 2003, 68) več dejavnikov, od katerih je v zvezi s temo pričujoče naloge pomembna umeščenost v določeno fazo življenjskega/družinskega poteka.

8.1. Osebne socialne opore

Pokazali smo že, da je soočenje z neplodnostjo v celoti precejšnje psihično in čustveno breme, ki se mu v postopkih zdravljenja večinoma pridružijo še za ženske hude fizične obremenitve v obliki neprijetnih in bolečih preiskav in postopkov, telesnih posledic hormonskih zdravil, prejemanja injekcij itd. Večina anketirank in anketiranec pa je kot psihično in/ali fizično najtežji, najbolj obremenjujoč del zdravljenja navedla čas po embrio transferju (prenosu zunaj telesa spočetega zarodka v maternico) in čakanje na izid, saj je mogoče šele po približno 14 dneh potrditi, ali je prišlo do nosečnosti, in soočenje z razočaranjem ob morebitnem neuspehu. Da je to obdobje najbolj stresno v celotnem postopku zdravljenja neplodnosti, dokazujejo tudi številne tuje študije (Hammarberg in drugi, 2001, spletni vir).

Velika večina intervjuvank je v teh težkih obdobjih podporo iskala in dobila pri partnerju (vprašani moški pa pri partnerki). Le ena od sodelujočih (Mateja) je odgovorila, da je partner kot moški včasih ni razumel, zato je podporo iskala pri prijateljici z enakim problemom in pri mami. Tudi nekatere druge intervjuvanke so podporo razen pri partnerju iskale v ozkem krogu prijateljev, povečini tistih, ki se soočajo z enakim problemom, in pri drugih ljudeh s podobnimi problemi, nekatere pri starših, kot zelo pomemben vir podpore pa so vse navajale spletne forume.²⁹

8.2. Spletni forumi kot viri socialne opore

Howard Rheingold je že leta 1993 v delu *The Virtual Community* ugotovil, da spletni kotički za komunikacijo med ljudmi nudijo možnost navezovanja rednih stikov in tudi nastanka kibernetične oziroma virtualne skupnosti. Te skupnosti začnejo neizbežno nastajati povsod tam, kjer računalniška komunikacijska tehnologija postane dostopna splošni populaciji posameznikov (Rheingold 1993, spletni vir). Izjemno hiter tehnološki napredek zadnjih let je možnosti navezovanja virtualnih stikov še okrepil in omogočil,

²⁹ Seveda je treba upoštevati, da so vse intervjuvanke uporabnice spletnih forumov na temo neplodnost, saj je bila tudi raziskava opravljena s pomočjo tega medija, a dejstvo je, da internet dejansko prevzema vse pomembnejšo vlogo ponudnika socialnega opore, kar bomo tudi pokazali v nadaljevanju.

da so spletna omrežja postala pomemben vir socialne opore. "Eksplozivna pomnožitev možnosti, da posameznik na svoje vprašanje najde odgovor, je ena od najbolj močnih prednosti socialne mreže na spletu. Iskalniki najdejo podatke. Ljudje prispevajo rešitve k problemu. Mreže ljudi lahko rešijo težave drug drugemu. Spletne mreže pa pospešujejo in globalizirajo ta proces." (Kimball in Rheingold 2001, spletni vir)

Načinov komuniciranja preko spleta je veliko, v tej nalogi se bomo omejili na tematske diskusijske forume, ki so "kotički za anonimno in nesinhrono komuniciranje med obiskovalci določenega internetnega naslova" (Cipot Mal 2004, 27). Tudi pri nas so že pred leti postali sestavni del ponudbe številnih spletnih portalov.

Sodelovanje v internetnih skupnostih in spletnih diskusijah je postalo pogost način posameznikovega "povezovanja z viri, prejemanja informacij in pridobivanja podpore na področjih, ki so skupna članom skupine oziroma skupnosti" in pomeni "priložnost, da ljudje vzpostavljajo interakcijo z drugimi, ki imajo podobne izkušnje, iz zasebnosti svojega doma" (Eaglesham 1996, spletni vir). Za komunikacijo med uporabniki je torej ključnega pomena skupna izkušnja oziroma skupno zanimanje, v tem primeru soočenje z neplodnostjo, njenimi posledicami in možnostmi zdravljenja.

Jasno je seveda, da problema neplodnosti ni mogoče rešiti s klepetom na spletnem forumu, kot to velja za nekatere od težav, s katerimi se srečujemo v vsakdanjem življenju, so pa forumi pomemben vir vseh zgoraj naštetih vrst socialne opore, kot navajamo z nekaj primeri.

Forumi se precej uporabljajo kot vir instrumentalne/materialne opore, denimo v dogovorih za pomoč pri nabavi zdravil, ki so trenutno nedosegljiva, ali tistih, ki jih morajo uporabnice v samoplačniških postopkih nabaviti same (nekatera zdravila se dobijo samo v tujini) in v dogovorih za podarjanje zdravil, ki jih posameznice ne potrebujejo več.³⁰

³⁰ Na forumu Neplodnost na portalu med.over.net je sicer prepovedana vsaka prodaja ali oglaševanje zdravil, ki se v slovenskih lekarnah izdajajo na recept. Izjemoma je dovoljena prodaja, izmenjava, oddaja zdravil, ki jih uporabniki foruma ne potrebujejo več oziroma z namenom pomoči paru, ki ima podobne zdravstvene težave, če teh zdravil ni mogoče kupiti v Sloveniji.

Primeri:

"Trenutno je v vseh ljubljanskih lekarnah (no, poskusili smo vsaj v petih, zdaj pa so zaprte) nemogoče dobiti dabroston. Imam recept, zdravila pa ne morem dobiti. Ali ga ima katera na zalogi in mi ga lahko posodi? Tudi če ima katera utrogestan, bo dobrodošlo, odkupim ali pa vsaj za posodo, dokler ga ne dobim. Če mi katera posodi zdravilo, bi ga tja za vikend vrnila - šla kupit v tujino." (IU_Irena, 14.12.09)

"Podarim tablete prometrium 100 mg. Ostale so mi še 3 cele škatle, v eni pa manjkamo samo 4 tablete od 15-tih. Rok uporabe je 02/2011. Če katera potrebuje, naj me pokliče na... " (EliB, 10.11.09)

Forumi se kažejo tudi kot pomemben vir informacijske opore, zlasti za posameznike in pare, ki se s postopki zdravljenja neplodnosti soočajo prvič. Zgolj s prebiranjem foruma je, tudi brez aktivnega sodelovanja, mogoče dobiti kompleksen nabor informacij, nasvetov in izkušenj iz prve roke, čeprav je treba opozoriti, da so informacije večkrat nepopolne, včasih pa tudi nasprotujoče si, kar je lahko posledica tako objektivnih vzrokov (različni postopki in oblike zdravljenja) kot subjektivnega doživljanja in zapisane refleksije posameznih uporabnic in uporabnikov.

Primeri:

"Sedaj sem končno dočkala pošto, da se naj zglasiva na razgovor za začetek zdravljenja. Sedaj pa sem čisto zmedena. Ali mi katera lahko pove, koliko časa od tega razgovora približno preteče, da se postopek zares prične?" (didi, 19.05.06)

"Prosim, če mi lahko katera pojasni, koliko dni se špikam, kdaj ti naredijo punkcijo (po koliko dnevih) in kdaj je potem transfer? Dr. mi je rekel, da bom vse pravočasno zvedela, a žal še sedaj ne vem, kako bom uskladila službo in postopek. Prosim, napišite mi vaše izkušnje!" (styl, 09.11.08)

"Meni so iz zmede zelo pomagali forumi, sem pač v iskalnik vtipkala besedo, ki sem jo na kliniki ujela. Tako mi je bilo potem iz raznih zgodb drugih punc precej bolj jasno." (Japka, 31.07.09)

Vsi sodelujoče anketiranke v raziskavi, opravljeni za potrebe te naloge, pa tudi druge uporabnice in uporabniki spletnih forumov na temo neplodnost poudarjajo pomen teh forumov kot vira emocionalne opore, tako v veselih in še posebej žalostnih trenutkih, predvsem pa je forum sredstvo za medsebojno spodbujanje v obdobju težkih preizkušenj, ki spremljajo zdravljenje neplodnosti. Najbrž ni naključje, da ženske, ki se zdravijo zaradi neplodnosti, same sebe imenujejo borke.

Nekaj naključno izbranih primerov:

"Rada bi vam sporočila, da sem danes, 14 dan po et-ju, na testu zagledala magični +. Za vse vas pa močno stiskam pesti, da tudi ve čim prej doživite ta ganljiv trenutek." (Mateja, 06.05.09)

"Še enkrat čestitke vsem, ki vam je uspelo. Jest pa odhajam v boj. Držite pesti jutri punce." (Irena31, 02.11.09)

"Seveda da bomo jutri zelo mislile nate. Veliko lepih celic ti želimo. Srečno!!!" (Nejka7, 02.11.09)

"Meni je test pokazal minus. Zdaj se bom dala malo v mir. Držim pesti za vse, ki ste v postopku. Srečno!" (Bibica, 10.11.09)

"Bibica, žal mi je zate, tudi jaz predobro vem, kakšni so občutki, ampak glavo pokonci, naslednjič bo pa zih. Objemček." (Nejka27, 10.11.09)

"Za vse, ki vam ni uspelo, mi je žal, ampak ne obupajte, kar pogumno naprej, za vse, ki vam je, čestitam iz srca, za vse, ki še čakate, pa močno stiskam pesti! Gremo punce, čakamo na lepe novičke!" (Škratek2, 13.10.09)

Spletni forumi obenem postajajo vse pomembnejše oblike druženja, ki iz virtualnega včasih prehaja tudi v realno.

Številne uporabnice poudarjajo pomen možnosti, da se lahko izpovedo in pogovorijo z ljudmi z enako izkušnjo. Denimo: *"Jaz si samo rečem, da hvala, da imamo ta forum in da se lahko vsaj nekje izpovemo. Meni ful pomaga, če se o tem pogovarjam, zato sem veliko na tem forumu, ker doma o tem bi se morala samo pogovarjati z možem, z mamo pa se ne sprostim tako. Se mi vseeno zdi, da se lažje pogovarjaš z nekom, ki ve, kako vse to poteka in je dal že to skozi." (bata, 23.01.09)*

Na spletnem forumu Neplodnost na portalu med.over.net nastajajo virtualne skupine žensk, ki v določenem obdobju začenjajo z zdravljenjem neplodnosti. Na seznamu, ki ga vsaka članica sproti dopolnjuje z novimi podatki, tako spremljajo potek in ne/uspeh vsakega posameznega postopka.

Primer: (objavljeno 23.11.09)

diana79.....1. dan M xx.xx, punkcija xx.xx, ET xx.xx.,test xx.xx
Bobika.....1.dan M 26.10., punkcija 01.12.?, ET xx.xx., test xx.xx.
sneguljica...1.dan M 27.10.punkcija; 7.11., ET:12.11.test
ST*.....1. dan M. 30.10., ETZ 17.11. test 01.12. test estrofem
nejka27.....1.dan M 09.10.,punkcija 29.10.,ET 3.11.,test 18.11.,superfact+menopur
NatasaBon: 1. dan M: 13.11.; ETZ: 28.11(1)??? ESTROFEM
Ajda501.....1.dan M: 18.11., punkcija:XX.XX, ET: XX.XX (MB)

Nosečke:

tim 81.....1. dan M 4.8., punkcija 15.8., ET (2) 18.8., test CB 30.8.+ (2)
mojca76.....1. dan M 4.8., punkcija 16.8., ET (2) 21.8., test CB 28.8. + (2): Cetrotide in Puregon (stopka Pregnyl)
Blicka.....1. dan M ??8., punkcija 3.9., ET 6.9., test CB 20.9. + (?)
tajči1000.....1.dan M 13.9, punkcija 23.9, ET 26.9, test 10.10. +
39.....1. dan M 23.9., punkcija 7.10., ET 12.10., test 26.10. + Z: dif. + gonal
neza0401....1. dan M 29.09, punkcija 11.10, ET 14.10, test 28.10. + Z: dif + puregon
mašaj.....1.dan M 28.8., punkcija 16.10., ET 21.10., test 05.11. + Z. suprefact + menopur

Ponovno v postopek:

šibica (november), Mayita (november), atinasip, daisyB, betricija, bita79 (2010) , tin79 (januar 2010)
Aneri11 (?), ELLA (?) , Zvezdica26(jan 2010), ninocka (jan 2010), deja55 (?), Suzy (?), smrketa x(2010)

Socialna omrežja, ustvarjena na spletu, pa včasih prestopijo okvir virtualnega sveta in z enako vlogo nadaljujejo v realnem, vsakdanjem življenju. O takih primerih poročajo uporabnice spletnega foruma Živa (www.neplodnost.info). *"Na portalu Živa sem našla nekaj krasnih prijateljic, s katerimi smo že več let v tesnih osebnih stikih. Ko mi je bilo najtežje, sem vedno poklicala eno izmed njih."* (Tanja, 36 let, v pismenem intervjuju). Spletni forum Živa za uporabo zahteva registracijo, na njem so aktivne uporabnice predvsem članice društva Živa. Spletni forum Neplodnost na portalu med.over.net je brez registracije dostopen vsakomur, zato lahko domnevamo, da so uporabnice in uporabniki pri navezovanju tesnejših osebnih stikov previdnejši, je pa tudi na tem forumu preko sistema zasebnih sporočil mogoče vzpostaviti medosebno komunikacijo, ki ostalim uporabnikom ni vidna. Dalj časa trajajoče spremljanje foruma je pokazalo, da

se uporabniki foruma (med njimi so v veliki večini ženske) možnosti pošiljanja zasebnih sporočil poslužujejo in da na osnovi teh sporočil včasih pride do navezave stikov v realnem življenju.

8.3. Strokovna psihološka pomoč

Kljub temu, da neplodnost obstaja od nekdaj, se socialni in zgodovinski okvir reproduktivne izbire v zadnjem obdobju dramatično spreminja in postaja za par kompleksnejši v medicinskem, socialnem in psihološkem pogledu (Globevnik Velikonja 2007, 102).

Raziskave in klinične izkušnje sicer kažejo, da "večina neplodnih moških in žensk ne doživlja klinično pomembnega nivoja psihosocialne travme," potrjujejo pa, da "uporaba novih reprodukcijskih tehnologij in/ali tretje stranke v reproduktivnem postopku povečuje psihosocialni distress med posameznimi fazami določene obravnave" (Globevnik Velikonja 2007, 103). Zato v svetu svetovalna služba postaja sestavni del profesionalnega dela v obravnavi neplodnih parov in zajema obravnavo mentalnega zdravja na področju reproduktivne medicine, genetike in perinatologije. Pri nas je psihološko svetovanje zakonsko vključeno le v program oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovano spolno celico in v postopke predimplatacijske genetske diagnostike (Globevnik Velikonja 2007, 102-103), v ostalih postopkih se posamezniki in pari v psihološko svetovanje lahko vključijo na željo in po dogovoru, tako je vsaj mogoče razbrati s spletnih strani slovenskih centrov za zdravljenje neplodnosti.

Med dvanajstimi sodelujočimi v raziskavi je bila strokovna psihološka pomoč ponujena le eni intervjuvanki, ki pa je menila, da je s partnerjem trenutno še ne potrebujeta, ni pa izključila možnosti, da jo bosta kdaj v prihodnje (Alenka, 34 let).

Ena od sodelujočih je v postopku oploditve z darovano spolno celico, kjer je posvet s psihologom obvezen. *"Tako sva se ga udeležila tudi midva, vendar posebne koristi od tega ni bilo. Odprla se je v glavnem debata, ali otroku povedati, kdaj in kako."* (Mojca, 35 let)

Nobeni od ostalih psihološka pomoč ni bila ponujena. Ena od respondentk je do strokovne psihološke pomoči indiferentna. *"Ne vem, kako bi mi lahko pomagali."* (Vesna, 28 let)

Tri so zapisale, da takšne pomoči za zdaj ne potrebujejo. *"Moje mnenje je, da si najbolj lahko sam pomagaš."* (Simona, 28 let)

"Med zdravljenjem si poln upanja, zagona in optimizma, da bo tokrat uspelo... Ko je postopek neuspešen in se tega prvič zavedaš, ti je dobra opora partner, ki občuti isto bolečino." (Mateja)

Pet anketirank pa je eksplicitno zapisalo, da bi takšno pomoč želele in potrebovale, vendar jim ni bila ponujena. Prav tako ni bila ponujena edinemu vprašanemu moškemu, ki pa je dodal, da potrebe po psihološki strokovni pomoči ne čuti.

9. PRITISKI SODOBNIH REPRODUKTIVNIH TEHNOLOGIJ

Kaj vse bom morala še narediti? Kaj naj naredim, da bom imela v sebi mir, da bom sama s sabo pomirjena? (Nejči99 12.07.09)

Sodobne reproduktivne tehnologije, ki na eni strani ponujajo nove možnosti reševanja problemov, pa na drugi ustvarjajo vselej nove pritiske in obremenitve. Možnosti, ki jih ponujajo, se namreč v socialnem in psihološkem okviru, često pa v neposrednem družbenem okolju, spremenijo v nove oblike prisile. Če že obstaja toliko različnih metod za zdravljenje neplodnosti, zakaj ne bi preizkusili prav vseh, eno za drugo? Gre torej, kot pravi Elisabeth Beck Gernsheim (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 143), za možnosti, ki pa jih je dejansko treba izkoristiti.

Želja po otroku tako privede milijone žensk v "epicenter visokotehnološke ginekologije in porodništva". Nove tehnologije so slavljene kot "čudežna rešitev za vse tiste, ki ne morejo zanositi po naravni poti" (Doyal 1995, 145).

Zalka Drglin piše, da se v skladu z naraščanjem možnosti, da je neplodnost pri ženski mogoče odpraviti, večja tudi potreba žensk, da preizprašujejo svojo lastno

"materinskost". "Kajti tudi tiste, ki bi se sicer sprijaznile z dejstvom, da ne morejo imeti otrok, so vedno znova pod pritiskom, naj poskusijo še novo, najnovejšo metodo... Gre za splošna pričakovanja (družbe, družine, nje same), da bo vendarle naredila vse, da bo otroka dobila." (Drglin 2000, 105)

Možnosti, ki jih ponujajo sodobne reprodukcijske tehnologije, torej za neplodni par ne pomenijo izbire, temveč nekaj, kar je treba poskusiti, zapoved, da se je treba "še bolj potruditi." Neplodnost, ki je bila v preteklosti stvar usode, postaja v današnjih dneh nova oblika "samovoljne odločitve", meni Elisabeth Beck-Gernsheim. Kajti pari, ki odnehajo, ne da bi preizkusili vsako novo metodo, ki se pojavi (in tem ni konca), so sedaj "sami krivi", če še vedno ne morejo imeti otrok. Saj bi konec koncev lahko še naprej poskušali (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 143).

Barbara Katz Rothman se zato sprašuje, kdaj napoči trenutek, ko je neki par dejansko "vse poskusil" in sme zato dokončno odnehati?

Na kateri točki ljudje priznajo, da tukaj ne gre za krivdo neplodnega para, temveč da jima je to enostavno usojeno? Na kateri točki lahko takšni pari v miru naprej živijo svoje lastno življenje? Dokler obstaja vsaj še en zdravnik, s katerim bi lahko še enkrat poskusila, dokler obstaja vsaj še ena metoda zdravljenja, katere še nista preizkusila, ju zunanji svet obravnava tako, kot bi si družbeno vlogo neplodnega para izbrala sama. (Katz Rothman 1993, 28)

Po drugi strani pa se pojavljajo mnenja, da so nove reprodukcijske tehnologije za "veliko ljudi nekakšen obvezni ritual prehoda, ne le zato, da bi poskušali dobiti otroka, ampak tudi zato, da bi se zaščitili pred družbeno stigmatizacijo" (Lorber v Kerševan Smokvina 2007, 26). S ponavljajočimi neuspešnimi poskusi zanositve z biomedicinsko pomočjo ženske pridobijo status "žensk brez otrok ne po svoji želji", stanje, ko sta partnerja brez otrok ne po svoji želji, pa ju odrešuje socialne obsodbe. Zavrnitev zdravljenja pa se prevede v mnenje okolice, da par pravzaprav želi biti brez otrok in potemtakem njuna neplodnost ni prava "bolezen", zaradi katere bi si zaslužila sočutje in podporo (prav tam).

Raziskovalno vprašanje, ali neplodni pari doživljajo sodobne tehnologije OBMP kot pritisk, morda celo neke vrste prisilo, da je treba poskusiti še to in ono novost, da enostavno ne smejo odnehati, sem preverjala tudi v raziskavi, opravljeni za potrebe te magistrske naloge.

EksPLICITNO so na vprašanje pritrdilno odgovorile tri respondentke.

"Vedno se seznanjaš s tem, kaj bi še lahko naredil, katera zdravila bi še lahko poskusil, h kateri alternativni bi se še zatekel, katere vitamine bi še jedel, kateri center je najbolj uspešen, katere nove metode zdravljenja so se pojavile v svetu, katere kombinacije zdravil so najučinkovitejše, kakšne dolgoročne posledice bo imelo sedanje vnašanje mnogih hormonov in še najmanj sto podobnih vprašanj. Življenje neplodnega para počasi izgublja pomen in potrebna je železna volja, da energijo usmeriš še kam drugam in sam sebe dejansko prepričaš, da življenje niso samo otroci in družina. Potem pa ponovno vidiš kakšno novo nosečko, kakšnega dojenčka, greš mimo otroške trgovine, vidiš srečno družino, smeh otroka. In krog trpljenja se ponovi. Do novega zagona. Do novega postopka OBMP. (Mateja)

Respondentka Barbara poroča o odzivih okolice, ki ni sprejela njene želje, da bi s postopki OBMP prenehala.

"Midva sva istočasno začela s postopki in pripravami za posvojitev. V teku enega leta sva pri sebi odkrila, da si bolj želiva posvojiti kot dobiti biološkega otroka. Ko sva po dveh neuspešnih poskusih IVF izjavila, da ne greva več, je bila okolica šokirana. Če pa imata še štiri brezplačne postopke, kaj pa če vama bo žal, da nista poskusila... Spomnim se, kako sem bila žalostna (najbrž edina), ko smo v Sloveniji uvedli šest brezplačnih. Govorila sem si namreč, naredim štiri postopke in greva v posvojitev. No, potem sva naredila le dva. Ampak za to moraš biti precej nekomformističen." (Barbara, 31 let)

Podobno menita še dve respondentki.

"Imam občutek, da moraš imeti precej močno hrbtenico in dobro razčistiti sam pri sebi, da se lahko odločiš odnehati." (Nataša, 26 let)

"Sama možnost izbire ni pritisk. Pritisk pa vršijo nekateri 'bližnji', ki menijo, da če je zadeva brezplačna, ne more škodovati. Midva sva se po dveh postopki IVF odločila, da ne bova več poskušala. Poskusila sva tudi z nekaterimi alternativnimi načini, nato pa sva se prijavila za posvojitev." (Irena, 32 let)

Tri respondentke in edini respondent so menili, da možnosti, ki jih ponuja sodobna medicina, ne doživljajo kot pritisk in da bodo, ko bodo čutili, da je dovolj, odnehali ne glede na število opravljenih postopkov.

Podrobneje pa sem analizirala odgovore še petih respondentk, ki so sicer svoj odgovor na vprašanje ali dojemajo sodobne tehnologije OBMP kot neke vrste pritisk ali prisilo, začele z: "Ne...",

"To je za nas edina rešitev." (Simona, 28 let)

"Mislim, da nove tehnike OBMP niso pritiski, še dobro, da jih imamo. V mojem primeru bom poskusila vse, kar znanost v Sloveniji omogoča, da bom nekoč zanosila in rodila zdravega otroka." (Petra, 30 let)

"Sploh ni pritisk, mislim, da smo same tiste, ki nočemo odnehati in iščemo nove možnosti. (Andreja, 33 let)

"V OBMP vidim možnost, da bova mogoče vseeno nekoč postala starša. Brez OBMP pa ne bi imela niti upanja." (Tanja, 36 let)

"Hvala bogu, da imamo to možnost. Odnehala ne bom nikoli." (Maja, 31 let)

Iz teh odgovorov je razvidno, da ni nujno, da se pritisk okolja, zdravstvenega osebja, družine ali tudi neplodne/ga posameznice/posameznika same/ga vrši na eksplicitni ali zavestni ravni. Zavedanje, da so sodobne reproduktivne tehnologije edina možnost, da bodo nekoč morda le dobili biološkega otroka, privede do tega, da ti pritiski lahko delujejo tudi povsem na nezavedni ravni.

Tudi analize številnih zapisov na forumih o tem vprašanju kažejo, da se je zelo težko izviti iz začaranega kroga zdravljenja neplodnosti, vedno novega upanja in vedno novega razočaranja. Mnoge uporabnice pravijo, da bodo poskusile vse, kar je mogoče, da si ne bi kdaj kasneje očitale. Nekatere pa pišejo, da so že večkrat sklenile, da ne bodo nadaljevale s postopki zdravljenja, ki s svojimi nenehnimi vzponi in padci povzročajo pravi tobogan čustev, a potem te odločitve niso mogle uresničiti. *"Razum je na eni*

strani, srce mi govori drugače." (Dslana2, 13.07.09) Uporabnica mucica43 (29.05.09) piše, da si je ob začetku zdravljenja zadala, da bo opravila le štiri postopke in potem odnehala. Opravila jih je 15, preden je donosila. Mediji pa poročajo o slovenski rekorderki, ki je rodila po 24. poskusu (Vistoropski 2001).

Na forumu Neplodnost se je razvila daljša razprava ob vprašanju neke uporabnice: Ste kdaj razmišljale o tem, da pač ne bo šlo? Večina razpravljalk sicer (še) ne namerava odnehati, pomenljivi pa so odgovori tistih, ki so postopek zdravljenja prekinile.³¹

"Danes vem, da mama v vsakem primeru bom. Nekje sem prebrala, da nekateri otroci pridejo iz trebuha, drugi pa z avionom. Meni ni pomembno, od kod bo prišel. Danes, ko to vem, mi je lažje." (Kitty 08.11.06)

In še odmevi na zapis neke uporabnice, ki je v petem postopku in piše, da se je zatrdno odločila, da je zadnji.

"Jaz sem se odločila, da od letos ne bom več hodila v postopke, bova pa z možem seveda še naprej delala na tem, ampak brez medicine in brez pritiskov. Kar bo, pač bo. Mirna sem, ker vem, da sem izkoristila vse, kar ponuja medicina in si nimam kaj očitati. Neko breme je padlo z mene, saj nisem več pod takim pritiskom." (Hana37, 27.05.09)

"Midva sva odnehala po drugem postopku in je za naju zdaj življenje maksimalno lepše. Zakaj to pišem? Samo zato, da povem, da so še druge poti. Sodobna medicina skoraj nima mej, zato je prav, da si meje postavimo sami. Seveda take, ki so najboljše za nas." (Agnes77 01.06.09)

Elisabeth Beck-Gernsheim pa poroča tudi o številnih odzivih parov, katerih zdravljenje ni bilo uspešno, pa so često sami od sebe izjavili, da ne obžalujejo muk, ki so jih morali pretrpeti v vseh teh postopkih.

"Če pomislimo na to, kolikšnim pritiskom in obremenitvam so bili pri tem izpostavljeni, se nam bo to morda zazdelo na prvi pogled nekoliko paradoksalno. Ampak če bolje premislimo, se pokaže, da so prav te muke tiste, ki imajo v njihovi notranjosti hkrati tudi razbremenjujoč učinek. Pari, ki so izkoristili tehnološke možnosti, ki so jim bile na razpolago, imajo namreč občutek, da so

³¹ Takšnih odgovorov je sicer razmeroma malo, vendar lahko sklepamo, da tiste ženske, ki so se odločile prenehati z zdravljenjem, tudi prenehajo aktivno sodelovati na forumu o neplodnosti.

storili vse, kar je bilo v njihovi moči. Prav ničesar si nimajo očitati. Ljubezni do otroka niso izdali." (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 144)

Iz navedenega lahko povzamemo, da neplodni pari možnosti sodobnih reproduktivnih tehnologij doživljajo kot novo obliko pritiska, čeprav ti pritiski lahko delujejo tudi na nezavedni ravni. To dokazujejo tudi zapisi o tem, kako posameznice in posamezniki odločitev o prekinitvi zdravljenja občutijo kot razbremenitev. Trditev potrjujejo tudi študije. Hammarberg s sodelavci je raziskoval vplive neuspešnih postopkov zdravljenja neplodnosti na nadaljnje življenje parov. "Neuspešen postopek pusti čustva žalosti, anksioznosti in depresije. Pari se sicer zavedajo, da je to normalna reakcija, vendar traja leto do dve za okrevanje." (Hammarberg in drugi 2001, 381-382).

Isti avtorji so opravili tudi longitudinalno primerjalno študijo dveh skupin žensk, ki so bile udeležene v postopkih zdravljenja neplodnosti z biomedicinsko pomočjo. Pri ženskah v prvi skupini se je zdravljenje končalo z nosečnostjo in rojstvom otroka, v drugi skupini zdravljenje ni dalo zelenih rezultatov. Prva študija, narejena po šestih mesecih od zadnjega postopka/poskusa, je pokazala bistveno večjo čustveno stisko in slabšo partnersko prilagojenost v skupini neuspešnih, v primerjavi s skupino žensk, ki so v postopku zanosile. Druga študija, opravljena več let po zadnjem postopku, ni pokazala negativnih učinkov zdravljenja neplodnosti na partnerske in intimne odnose, toda v skupini žensk, pri katerih je bilo zdravljenje neplodnosti uspešno, je bila splošna stopnja zadovoljstva z življenjem višja kot pri ženskah v drugi skupini. Avtorji sklepajo, da neuspeh zdravljenja neplodnosti po preteku nekaj let ne vpliva več na čustveno stanje ženske in zadovoljstvo s partnerskim življenjem (37 odstotkov žensk je poročalo celo o pozitivnem vplivu postopka na odnos s partnerjem in občutku večje bližine), vpliva pa na zadovoljstvo z življenjem v celoti. V študiji so ugotavljali tudi, kako izid postopka vpliva na doživetje celotnega procesa zdravljenja. Ugotovili so, da so bile ženske, ki postopka niso končale z rojstvom otroka, bolj kritične do zdravstvene ustanove in bolj negativne do izkušnje zdravljenja, toda kljub temu ne obžalujejo, da so poskusile (Hammarberg in drugi 2001, 374-382).

Škotski raziskovalci (Peddie in drugi 2005) pa so v kvalitativni študiji raziskovali vzroke in posledice odločitve žensk, ki so po enem ali več neuspešnih poskusih zanositve prekinile zdravljenje. Ugotovili so, da imajo ženske težave s sprejemanjem

dejstva, da je njihova neplodnost ostala nerešena. Mnoge imajo občutek, da so zdravljenje začele z nerealističnimi pričakovanji in se čutijo ranljive zaradi pritiskov medijev in družbe. Toda čeprav je bila odločitev o prekinitvi zdravljenja težka, je mnogim ženskam pomenila izhod iz čustvene stiske, ki jo je povzročal postopek zdravljenja, četudi so se morale v procesu odločitve o prekinitvi oziroma končanju zdravljenja soočiti z vprašanji, ki so se jim prej izogibale (Peddie in drugi 2005, spletni vir).

10. NEPLODNOST KOT DRUŽBENI PROBLEM

Da bi lahko nek družbeni pojav opredelili za družbeni problem, mora po Jambroziku in Nocelli (v Mandič 2002, 206) odražati "neželeno stanje ali težavo" oziroma mora biti spoznan za "problematičnega" po načelih sodobnega konstruktivizma, ki temelji na Berger-Luckmannovem konceptu socialne konstrukcije realnosti. Po teh načelih je značilnost družbenih pojavov ta, da za razliko od fizičnih "ne morejo obstajati neodvisno od percepcije in interpretacije opazovalca". Po Blumerju je identificiranje in artikuliranje družbenega problema kolektivna aktivnost, še več, "družbeni problemi so v osnovi proizvod procesov kolektivnega definiranja, ne pa neka objektivna in od teh procesov neodvisna družbena okoliščina sama na sebi" (v Mandič 2002, 207).

O prepoznavanju problema kot družbenega govori tudi Parsons, ki pravi, da mora biti "problem definiran, strukturiran, umeščen v nek okvir in znotraj nekih meja in poimenovan" in da je "od tega, kako bo potekal ta proces, odvisno, kako bo politika obravnavala problem" (v Mandič 2008).

Jambrozik in Nocella v operacionalni definiciji družbenega problema postavljata tri zahteve, ki jih mora pojav izpolnjevati, da dobi oznako družbenega problema:

- je nekaj nezaželenega, ogrožajočega in negativnega za pomembne družbene vrednote oziroma je dojet kot tak;
- je družbenega izvora (za razliko od naravnih pojavov, ki so zunaj družbenega nadzora);

- je družbeno obvladljiv in dostopen družbenemu posredovanju. (Vir: Mandič 2008, Mandič 2002, 205-206)

Ali lahko neplodnost opredelimo kot družbeni problem? Menimo, da izpolnjuje vse tri zahteve po zgoraj zapisani definiciji:

- neplodnost je dojeta kot nekaj nezaželenega in negativnega za pomembne družbene vrednote (starševstvo, materinstvo);
- neplodnost je (tudi) družbenega izvora (delno je posledica odlašanja s starševstvom, lahko je posledica delovanja zunanjih dejavnikov okolja, npr. onesnaževanja, kemikalij v okolju, s hrano zaužitih hormonov; glej Mengeot 2009, prim. tudi Ivanc 2009);
- neplodnost je pojav, ki je dostopen družbenemu posredovanju, tako na področju zdravljenja kot na področju iskanja nemedicinskih rešitev, prav tako pa tudi na področju javnega diskurza in odnosa družbe do pojava.

Zdaj, ko smo neplodnost prepoznali kot družbeni problem (prim. tudi Mandič 2001), lahko v razlagah vzrokov in narave tega družbenega problema iščemo tudi možnosti za njegovo rešitev. Pri tem Jambrozik in Nocella (1998, 22-30) izpostavljata dve skrajnosti: na eni strani so teorije, ki družbene probleme razumejo kot proizvod strukturnih družbenih dejavnikov, povezanih s porazdelitvijo družbene moči in rešitev problemov razumejo kot politično vprašanje na makro družbeni ravni. Druga razlaga pa razloge in rešitve problemov išče izključno na mikro ravni, med prebivalci, ki ta problem doživljajo. V tem primeru je družbeni problem opažen, razumljen in reševan kot zasebna in osebna težava ljudi, ki problem imajo, pri tem je problem postavljen v zvezo z njihovimi osebnimi značilnostmi, stališči, zmožnostmi in odnosi (prim. Mandič 2002, 208).

Ko govorimo o neplodnosti kot družbenem problemu v Sloveniji, lahko razlage zanj in možne rešitve iščemo na obeh koncih, ki jih navajata Jambrozik in Nocella. Neplodnost lahko razumemo tudi kot proizvod strukturnih družbenih dejavnikov, zlasti v tistih primerih, ko lahko vzroke zanjo iščemo v odlašanju s starševstvom, ki je, kot smo

pokazali v prejšnjih poglavjih, družbeno pogojeno, in v primerih, ko je neplodnost posledica delovanja zunanjih dejavnikov okolja.³²

O tem, ali je neplodnost posledica porazdelitve družbene moči, v našem okolju ne moremo govoriti, saj za Slovenijo ne obstajajo nobeni podatki o tem, iz katerih družbenih skupin izvirajo posamezniki in pari, ki imajo težave s plodnostjo. Podatki iz tuje literature pa nedvoumno kažejo na vpliv porazdelitve družbene moči na pogostost pojavljanja neplodnosti. Barbara Katz Rothman navaja, da je med nebelimi ženskami v ZDA neplodnosti dva in pol krat več kot med belkami (1989, 146). Lesley Doyal (1995) poroča o velikem deležu neplodnosti, ki je posledica ginekoloških infekcij, ki bi jih v okolju s primerno razvitim in dostopnim zdravstvenim varstvom lahko pravočasno ustrezno zdravili ali celo preprečili. V državah v razvoju naj bi bilo 20 do 25 odstotkov neplodnosti posledica takih infekcij, v Afriki celo 50 odstotkov (Doyal 1995, 149-150).

Neplodnost lahko kot proizvod strukturnih družbenih dejavnikov obravnavamo tudi z vidika dostopnosti zdravljenja. Številne avtorice opozarjajo na praktično nedostopnost zdravljenja neplodnosti v večini držav tretjega sveta (Doyal 1987, 178-181, Doyal 1995, 145-148). Podobno je zdravljenje težko dostopno tudi v tistih razvitih državah, kjer zdravljenje neplodnosti ni prioriteta javnega zdravstva in je mogoče samo v zasebnem sektorju, kar pomeni, da je dostop do zdravljenja povezan z višino dohodka (Doyal 1995, 148). O povezanosti dostopa do zdravljenja z višino dohodka lahko govorimo tudi v Sloveniji, potem ko ženska porabi odobrenih šest postopkov OBMP za prvega in po štiri postopke za nadaljnjega otroka/otroke.

Po drugi strani pa na pojav neplodnosti lahko vplivajo tudi osebni dejavniki izbire življenjskega sloga vsake/ga posameznice/posameznika (npr. debelost, kajenje, druge oblike nezdravega življenja, nevarna spolnost). Vendar pa za razliko od nekaterih drugih družbenih problemov, ki so posledica življenjskega sloga, v primeru neplodnosti rešitve v večini že nastalih primerov (četudi so ti primeri res posledica življenjskega

³² Na tem mestu je treba ponovno poudariti potrebo po previdnosti pri obravnavanju tako imenovanih družbenih vzrokov neplodnosti. Nekateri vzroki neplodnosti so namreč taki, da ne posameznik ne družba nanje nimata vpliva oziroma za zdaj ne vemo ničesar o morebitnem takem vplivu. Previdnost pa je potrebna tudi pri obravnavi vzrokov, ki so nedvomno družbeno pogojeni, kot je na primer odlašanje s starševstvom. A Barbara Katz Rothman (1989, 147) opozarja, da "ni mogoče ugotoviti, ali bi bila posameznica, ki pri 37 letih išče pomoč zaradi neplodnosti, kaj bolj plodna pri svojih 22 letih."

sloga) ni mogoče iskati in najti le na individualni oziroma mikro družbeni ravni, ampak na makro družbeni ravni z vključitvijo sistemskih dejavnikov. Je pa delovanje na obeh družbenih ravneh bistvenega pomena za preventivo oziroma preprečevanje prihodnjih problemov, o čemer pišemo v nadaljevanju.

10.1. Neplodnost - politični problem?

V okviru prebivalstvenih politik in razprav o njih odločitev o vsakem rojstvu posebej nikakor ni zasebna in intimna zadeva para, ampak je gibanje rojstev v različnih prostorih in časih eno najvitalnejših vprašanj nacionalnih politik, piše Sabina Ž. Žnidaršič (1996b, 146) in dodaja, da so, ne glede na spreminjajoč se odnos do gibanja rojstev v času in posameznih kulturah, "zagate, zmote in utvare, ki se navezujejo na kompleksno in komplicirano temo o gibanju rojstev, nepreklicno bile, so in bodo povezane z ženskami" (prav tam, prim. tudi Črnič Istenič 1996, 130-144).

Ženske vplivajo na nacionalne in etnične procese, ti pa vplivajo na njih na več različnih načinov, piše Nira Yuval Davis (1999, 217) in citira Paolo Tabet, da "ne moremo ločevati med 'naravno' in 'kontrolirano' reprodukcijo: vsa tako imenovana naravna biološka reprodukcija se dogaja v specifičnih družbenih, političnih in ekonomskih kontekstih, ki jo sestavljajo". Avtorica, ki ženske označuje za "rojevalke kolektiva", dodaja (prav tam), da "družbeno pozicioniranje žensk in obveznosti do njihovih etničnih in nacionalnih kolektivov kot tudi v in do države, v kateri prebivajo ali so njene državljanke, prav tako vpliva in včasih izničuje njihove reproduktivne pravice". Kampanje za reproduktivne pravice bi morale zato upoštevati zapletenost in večdimenzionalnost identitet v sodobni družbi, ne da bi jim pri tem ušla razlikovalna dimenzija moči različnih skupnosti in skupin v njej (Yuval Davis 1999, 230).

Lesley Doyal meni (1995, 149-150), da postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo zaradi visokih stroškov in relativno nizke uspešnosti ne bodo nikoli rešitev za globalni problem neplodnosti. Kljub temu je večina sredstev usmerjenih vanje oziroma stran od iskanja širših strategij za reševanje problemov s plodnostjo. Zanimarjane so predvsem preventivne strategije (preprečevanje infekcij, zdrava spolnost, zdravo življenje), ki bi

lahko zmanjšale pogostost neplodnosti in tako posredno tudi stroške za zdravljenje (prav tam).

Učinek delovanja na politični ravni bi se lahko kazal predvsem pri zmanjšanju tistih oblik neplodnosti, ki so posledica usihanja biološke plodnosti žensk ob koncu reproduktivnega obdobja. Številne raziskave kažejo (prim. Ule in Kuhar 2003), da imajo pri odločanju za starševstvo poleg subjektivnih pomembno vlogo tudi objektivni dejavniki, denimo zagotovljena služba, primerno stanovanje in prilagodljiv delovni čas. S sistemsko zagotovitvijo primernih pogojev za zgodnejše odločanje za starševstvo bi tako lahko vplivali tudi na zmanjšanje težav s plodnostjo.

Tudi Barbara Katz Rothman opozarja (1989, 145), da je pri oblikovanju socialne politike preprečevanje bolj smiselno kot zdravljenje. Na individualni, klinični ravni moramo na težavo gotovo odgovoriti z ustrezno obravnavo, toda pri načrtovanju si moramo predvsem prizadevati za preprečitev težav; mnogim primerom neplodnosti bi se dalo izogniti. Seveda pa vseh oblik neplodnosti ni in nikoli ne bo mogoče preprečiti, in ker posvojitve niso rešitev problema neplodnosti, torej ostane medicinska obravnava (Katz Rothman 1989, 148-149). Avtorica sklene (Katz Rothman 1989, 150-151), da mora družba o neplodnosti razmišljati kot o vsaki drugi vrsti prikrajšanosti, to pa je vedno "problem z mnogimi obrazi".

10.2. Pravica do zdravljenja neplodnosti

Danes imajo ženske, vsaj v zahodnih družbah, pravico in možnost "odločati o lastnem telesu". Angleške raziskovalke poudarjajo, da se ta pravica lahko uresničuje le, če so temu naklonjene gospodarske in družbene razmere (Earle, Letherby 2007). In dostopnost do zdravljenja neplodnosti gotovo sodi med temeljne reproduktivne pravice. Barbara Katz Rothman to pravico postavlja ob bok pravici do kontracepcije in splava ter svobodi pred prisilno sterilizacijo (Katz Rothman 1989, 140). Avtorica s tem v zvezi opozarja ne samo na dejstvo, da imajo različne ženske različne potrebe, ampak tudi na to, da lahko ima ista ženska različne potrebe v različnih obdobjih svojega življenja. "Ženska, ki je, denimo, imela pri 18 letih splav zaradi neželene nosečnosti, bo morda pri 28-tih potrebovala zdravljenje neplodnosti zaradi razlogov, ki s splavom niso povezani.

Na drugi strani bo ženska, ki se je zdravila zaradi neplodnosti, morda kdaj kasneje neželjeno zanosila in bo želela splaviti." (Katz Rothman 1989, 140-141). Avtorica poudarja, da pri tem ne gre za rodnost oziroma za to, ali bo nosečih več žensk ali manj, temveč za to, da mora imeti ženska nad prehodom v materinstvo toliko nadzora, kot je le mogoče (prav tam).

Lesley Doyal piše, da je res, da so se ženske od 19. stoletja naprej borile za to, da bi si zagotovile pravico do kontracepcije in abortusa, torej do izbire, da nimajo otrok. Boj za pravico do tega, da lahko imajo otroke, res ni bil prioriteta, kar lahko le delno razlagamo z dejstvom, da je neplodnost problem relativno majhnega števila žensk (Doyal 1987, 186).

Šele v zadnjem času, ko feministični pristop do materinstva postaja bolj kompleksen (in izginja dosedanja ambivalenca do materinstva; Doyal 1987, 188), avtorice izpostavljajo tudi problem neplodnosti. Ob umestitvi problema v širši družbeni kontekst opozarjajo, da boj za pravice do obravnave neplodnosti ne bi smel biti izoliran, ampak bi moral postati del širših prizadevanj za zdravstveno oskrbo nasploh in posebej za reproduktivne pravice žensk, v primeru neplodnosti pa veliko več pozornosti namenjati ženskim željam in potrebam (Doyal 1987, 187).

Reprodukcija je že dolgo pomembno središčno zanimanje feminističnih teorij in feminističnih praks, ki pa nimajo enotnega stališča do uvajanja in uporabe novih reprodukcijskih tehnologij in drugih metod zdravljenja neplodnosti. Še več, stališča različnih struj feminizma so celo kontradiktorna. Medtem ko nekatere avtorice menijo, da "uporabe novih reprodukcijskih tehnologij ne bi smeli omejevali, ker omogočajo spočeti otroke ljudem, ki jih drugače ne bi imeli" (Firestone), pa gredo v drugo skrajnost mnenja, da nove reprodukcijske tehnologije "ženskam vedno bolj vsiljujejo potrebo po reprodukciji" (Mahjouri), jih izrabljajo kot "živi laboratorij" (Corea in Hanmer), predstavljajo "vse večje nasilje nad ženskami" (Corea) in so celo "orodje za zatiranje in še en način, s katerim lahko patriarhalna družba zmanjšuje kontrolo žensk nad svojim telesom in življenjem" (Finrrage; vsi citati povzeti po Černe 2006).

Ob vprašanju dostopnosti zdravljenja neplodnosti številne avtorice posebej opozarjajo na vprašanje "primernosti" za zdravljenje. V mnogih državah je pogoj za dostop do

zdravljenja, da ženska živi v "primernem partnerstvu" oziroma v družinskih oblikah, ki ustrezajo tradicionalnemu vzorcu nuklearne družine (Doyal 1987, 1995). To velja tudi za Slovenijo, kjer zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo v 5. členu določa, da sta "do postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) upravičena moški in ženska, ki živita v medsebojni zakonski zvezi ali zunajzakonski skupnosti". To zakonsko določilo problematizirajo številne avtorice in avtorji, zlasti s stališča, da zakonodajalec, domnevno v korist otroka, pogojuje le obliko družinske skupnosti, ne postavlja pa nobenih drugih pogojev, ki na dobrobit otroka močnejše vplivajo, in s stališča, da ljudi, ki lahko zanosijo po naravni poti, nihče ne preverja in jim ne postavlja nobenih pogojev. Podrobnejša obravnava te problematike pa bi presegla zastavljeni okvir te naloge.

11. UGOTOVITVE IN SKLEPI

Čeprav ima neplodnost toliko "obrazov" kot je posameznikov, ki jih ta problem prizadene in čeprav vsak od njih neplodnost sprejema in doživlja drugače, kar je odvisno tako od vrste in značaja težav s plodnostjo kot od posameznikovih osebnostnih lastnosti in njenega/njegovega družbenega okolja, pa lahko iz podatkov, zbranih za potrebe te magistrske naloge, vendarle izluščimo nekatere elemente, ki se pojavljajo dovolj pogosto, da jih lahko opredelimo kot značilne in na tej osnovi orišemo neplodnost v njenih družbenih vidikih.

Ugotavljamo, da je neplodnost globalen fenomen, ki se tako na ravni prizadetih posameznikov oziroma parov kot na ravni posameznih družb kaže v zelo podobnih pojavnih oblikah. Izsledki te raziskave, ki jih navajamo v nadaljevanju, so namreč tako v segmentu soočenja z neplodnostjo prizadetih posameznikov in parov kot v segmentu odnosa družbe do neplodnosti v veliki meri skladni z izsledki, ki jih navaja uporabljena, pretežno tuja literatura.

Soočenje z neplodnostjo pomeni za prizadetega posameznika oziroma par sprva predvsem šok. Skoraj nihče namreč na neplodnost ni pripravljen, o tem vnaprej ne razmišlja, večini ljudi se zdi razumljivo, da bodo, ko se bodo v določenem obdobju

življenja odločili za starševstvo, brez večjih težav spočeli otroka. Izjema so redki posamezniki in posameznice z določenimi fiziološkimi manki oziroma boleznimi, ki so seznanjeni/e z dejstvom oziroma verjetnostjo, da bodo zaradi specifičnih zdravstvenih težav imeli/e težave s plodnostjo.

Spoznanje, da so pri spočetju otroka težave, najpogosteje spremljajo občutki jeze, bolečine, prizadetosti, razočaranja, krivde, žalosti, obupa, ki se s številom neuspešnih postopkov zdravljenja stopnjujejo, tudi do meje, ki jo respondenti ocenjujejo kot komaj še vzdržno ali celo nevzdržno. Čustveno stanje prizadetih posameznikov še dodatno poslabšajo neprimerni, čeprav večinoma ne zlonamerni komentarji, besede in vprašanja okolice. O svojih problemih s plodnostjo prizadeti posamezniki obeh spolov sprva govorijo le s svojim partnerjem/partnerko, pa tudi kasneje njihove težave ostanejo v ozkem krogu njim najbližjih ljudi. Med njimi prevladuje prepričanje, da jih ljudje, ki sami niso doživljali boja z neplodnostjo, ne morejo razumeti.

Soočenje z neplodnostjo pomembno vpliva na odnose v socialnem omrežju posameznika/para in njun medsebojni partnerski odnos. Zaradi občutka oziroma prepričanja, da jih okolica ne razume, se prizadeti posamezniki in pari izogibajo socialnim stikom, postajajo samotarji ali se družijo le z ljudmi z enakimi težavami. Raziskava je pokazala, da je neplodnost največja preizkušnja za dolgoletna prijateljstva med ženskami, saj je nosečnost oziroma materinstvo prijateljice za neplodno žensko velikokrat preveliko čustveno breme. Skoraj pa ni para, v katerem neplodnost ne bi vplivala na odnos med partnerjema, ki postane veliko bolj nabit s čustvi, tako negativnimi kot pozitivnimi. Čeprav izsledki raziskave kažejo na to, da so spremembe v partnerskem odnosu v večji meri pozitivne, da neplodnost partnerja povezuje in pogloblja njun odnos in da se občutki odtujevanja ali strahu pred izgubo partnerja/partnerke pojavljajo redkeje, pa je treba biti pri interpretaciji teh ugotovitev previden. Neplodnost je namreč preizkušnja, ki je marsikatera partnerska zveza ne zdrži. Tako izkušnjo imajo sodeč po analiziranih zapisih tudi nekatere udeleženske raziskave same oziroma kak tak primer poznajo. O tem, v kolikšni meri je neplodnost posredno ali neposredno povzročila razpad partnerske zveze, pa na osnovi zbranih podatkov ne moremo presojati. Domnevamo lahko, da se posamezniki in posameznice, ki so to izkušnjo doživeli, umaknejo s spletnih forumov o neplodnosti, ki so bili eden glavnih virov te raziskave.

Partnerja v neplodnem paru odločitev za zdravljenje neplodnosti sprejmeta sama, večinoma je želja skupna, in brez pobude ali celo vsiljevanja te opcije s strani zdravstvenega osebja. Zdravstveno osebje tudi ni prvi vir informacij o možnostih zdravljenja neplodnosti, ne v prvem obdobju iskanja začetnih informacij in ne kasneje v samem postopku zdravljenja. Posamezniki in pari, ki imajo težave z zanositvijo, so namreč pri iskanju informacij o možnostih rešitve svojega problema prepuščeni lastni iznajdljivosti. Glavni vir informacij je svetovni splet, sledijo ljudje s podobnimi težavami ter literatura. Ob tem lahko pod vprašaj postavimo vlogo osebnih zdravnikov in še posebej ginekologov na primarnem nivoju, ki bodisi sami nimajo dovolj informacij o možnostih zdravljenja neplodnosti bodisi jih pacientkam/pacientom ne posredujejo.

Postopki zdravljenja neplodnosti, ne glede na to, ali gre za "klasično" zdravljenje ali postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo, so za oba partnerja emocionalno naporni in stresni, zahtevajo veliko časa, pri ženskah pa je lahko prisotna tudi nezanemarljiva fizična bolečina. Večina sodelujočih je kot najbolj obremenjujoč del zdravljenja navedla fizično nezahteven, zato pa psihično toliko bolj naporen čas po embrio transferju (prenosu zunaj telesa spočetega zarodka v maternico) in čakanje na izid testa nosečnosti, ki ga je mogoče opraviti šele po približno 14 dneh. Prav tako so obremenjujoča razočaranja ob zaporednih neuspehih, ki se s številom neuspešnih postopkov še stopnjujejo. Vendar se ljudje, ujeti v "kariere pacientov", nad navedenim ne pritožujejo, saj so pripravljeni narediti vse, da bi dobili otroka. Tudi tisti, ki so zdravljenje končali brez uspeha ali so ga predčasno prekinili, ne tožijo zaradi prestanih naporov. Imajo občutek, da so storili vse, kar je bilo v njihovi moči in da "ljubezni do otroka" niso izdali.

Udeleženke in udeleženci raziskave so kot najbolj moteče v celotnem postopku zdravljenja neplodnosti izpostavljali dolge čakalne dobe na začetek zdravljenja in razdrobljenost procesa diagnostike, zaradi česar do začetka samega zdravljenja lahko minejo tudi tri leta. V raziskavi je bilo izpostavljeno tudi nezadovoljstvo zaradi pomanjkanja časa zdravstvenega osebja, ki pacientom in pacientkam zato ne nudi ustreznih odgovorov in pojasnil v zvezi z zdravljenjem. Očitna je korelacija med odgovori na vprašanje o ustrezni informiranosti in splošnim zadovoljstvom s postopkom zdravljenja. Ženske, ki so bile ustrezne in zadostno informirane o vseh možnostih zdravljenja, ki so jim na razpolago in o podrobnostih izbranega načina zdravljenja, so

bile tudi z zdravljenjem v celoti v povprečju zadovoljne in razen čakalnih dob v postopku zdravljenja ne bi spreminjale ničesar.

Zdravljenje neplodnosti je obremenjujoče tudi časovno, saj zahteva pogosto odsotnost z delovnega mesta oziroma zahtevno usklajevanje terminov zdravljenja z delovnimi in drugimi življenjskimi obveznostmi. V raziskavi smo ugotovili, da ženske o tem, ali bodo sodelavcem in nadrejenim o zdravljenju neplodnosti povedale ali ne, odločajo same. Sklepamo lahko, da je ta odločitev odvisna tudi od siceršnjih medosebnih odnosov v kolektivu. Za tiste, ki menijo, da je neplodnost preveč osebna stvar, da bi o njej razlagale v službi, to pomeni precej več prilaganja pri usklajevanju in pojasnjevanju odsotnosti, vendar jim omogoča ohranitev zasebnosti, kar je še posebej pomembno ob negativnem izidu zdravljenja. Tiste, ki so se o problemu odločile spregovoriti, so naletale na različne odzive, ki segajo od popolne naklonjenosti in podpore do prikritih ali celo odkritih oblik nerazumevanja, zapostavljanja, groženj s sankcijami ali celo sankcioniranja. Nekatere od odzivov, o katerih poročajo intervjuvanke in uporabnice forumov, bi lahko označili tudi kot mobing na delovnem mestu.

Glede na ugotovitev, da posamezniki in pari svoje težave s plodnostjo zaupajo le ozkemu krogu ljudi, s katerimi so v najtesnejših odnosih, so bili pričakovani tudi odgovori na vprašanje, kje iščejo oporo pri soočanju s svojimi problemi. Najpomembnejši vir osebne socialne opore je partner/partnerka, precej manj pomemben vir pa ozek krog prijateljev, zlasti tistih, ki se soočajo z enakimi težavami, in starši. Vse pomembnejšo vlogo ponudnika socialne opore pa prevzema internet. Spletni forumi na temo neplodnost so se v tej raziskavi pokazali kot izjemno pomemben vir vseh vrst socialne opore (instrumentalne, informacijske, emocionalne in druženja). Socialna omrežja, ustvarjena na spletu, včasih tudi prestopijo meje virtualnega sveta in se z enako vlogo razširijo v realno življenje.

Visok delež odgovorov, ki kažejo na to, da bi si uporabniki zdravstvenih storitev na področju zdravljenja neplodnosti zlasti v času, ko potekajo intenzivni postopki zdravljenja, želeli in potrebovali strokovno psihološko pomoč, pa je ne dobijo ali niti ne vedo, da ta možnost obstaja, pa kaže na neustrezno in/ali neprimerno organiziranost te oblike strokovne pomoči v javnih zdravstvenih ustanovah in/ali neustrezno informiranost uporabnic in uporabnikov zdravstvenih storitev o vrstah in oblikah

dodatnih storitev, ki bi lahko olajšale zlasti emocionalne in psihične napore in obremenitve, ki jih prinaša postopek osnovnega zdravljenja, v tem primeru neplodnosti.

11.1. Predlogi za izboljšanje stanja

Naloga je pokazala, da bi bilo za olajšanje položaja posameznikom in parom, ki se soočajo z bremenom neplodnosti, potrebno predvsem poskrbeti za širjenje ozaveščenosti o neplodnosti med prebivalstvom, s primernimi objavami v javnih medijih in objektivnim poročanjem o dejstvih, povezanih z neplodnostjo, hkrati pa o neplodnosti spregovoriti še z drugih, ne zgolj medicinskega vidika, znotraj javnega diskurza pa razbiti mite, kakršen je denimo tisti o "umetnih" otrocih. S tem bi prispevali k zmanjšanju tabuizacije neplodnosti in stigmatizacije neplodnih posameznikov in parov v naši družbi.

V okviru zdravstvenega sistema bi bilo treba na operativni ravni poskrbeti za pacientki/pacientu prijazno obravnavo z zagotovitvijo ustrezne mere zasebnosti, informiranja, lajšanja bolečin in s primernejšo organizacijo dela zagotoviti hiter dostop do zdravljenja, brez dolgih čakalnih dob in v primernih zaporednih časovnih presledkih. Za slednje bi bilo potrebno ukrepati tudi na sistemski ravni s povečanjem sredstev, ki jih za zdravljenje neplodnosti namenja zdravstvena zavarovalnica, zdravljenje pa iz velikih bolnišnic prenesti na specializirane samostojne ustanove, ki bi se bile sposobne hitreje prilagajati potrebam pacientov in razvoju stroke.

11.2. Odgovori na raziskovalna vprašanja

Ugotovitve iz raziskave, opravljene za potrebe te magistrske naloge, in iz teoretičnih virov lahko strnemo v odgovore na v uvodu zastavljena raziskovalna vprašanja.

Ali in v kolikšni meri je neplodnost v naši družbi tabuizirana in stigmatizirana?

Na osnovi ugotovitev te naloge lahko trdimo, da je neplodnost v naši družbi tako tabu kot stigma. Fenomen tabuja kot skrivane, prikrivane stvari, ki se je ne sme kritično obravnavati, vzdržujejo in krepijo tudi neplodni posamezniki in pari sami, ki svoje

stanje v večini primerov širši okolici prikrivajo. Na drugi strani je tabu neplodnosti posledica nevednosti in neosveščenosti širše družbe.

Neplodnost lahko označimo za stigmo kot odklon od "standarda normalnosti" v k prokreaciji usmerjeni družbi, neplodne ljudi pa za stigmatizirane v skladu z Goffmanovo definicijo, da stigma označuje takšno človekovo lastnost, ki ga loči od večine v skupnosti tako, da ima večina in tudi on sam to lastnost za odklonsko (Ule 2004b, 186). Navedeno velja za veliko večino primerov neplodnosti in neplodnih posameznikov/parov.

Ali se posamezniki, ki ne morejo spočeti otroka, zaradi tega počutijo manjvredne?

Po prvem šoku, ki spremlja ugotovitev o lastni oziroma partnerjevi/partnerkini neplodnosti, se v posamezniku sprožijo različni občutki, ki segajo od jeze preko prizadetosti, razočaranja, žalosti in obupa do občutkov manjvrednosti, nesposobnosti, izgube samospoštovanja ali celo neprimernosti za starševstvo. Ti občutki so posledica družbenega odnosa do materinstva in očetovstva. Materinstvo velja ne samo za jedro ženske identitete, ampak tudi ultimativni dokaz ženskosti (Štular 1999, 19) in ne glede na družbeno konstruiranost materinstva je že samo dejstvo, da ženska lahko ima otroka, pomembno za oblikovanje samopodobe (Zaviršek 1994, 25-26). Moški pa sami, prav tako pa tudi njihova okolica, plodnost pogosto enačijo z moškostjo.

Ali zaradi neplodnosti bolj trpijo neplodne ženske kot neplodni moški?

Zaradi nizkega števila moških v vzorcu raziskave na to vprašanje ni mogoče eksplicitno odgovoriti, vendar bi lahko glede na večjo obligatornost materinstva kot očetovstva sklepali na pritrdilen odgovor. Z gotovostjo pa lahko trdimo, da ženske doživljajo neplodnost drugače kot moški. Rezultati raziskave so potrdili navedbe iz literature, da ženske pogosteje kot moški neplodnost dojemajo kot uničujočo grožnjo njihovi identiteti, moški pa prej kot nesrečno okoliščino, ki jo je mogoče premagati, zato tudi breme neplodnosti in vse z zdravljenjem povezane pritiske prenašajo lažje. So pa spolno pogojene razlike v doživljanju in odzivanju na neplodnost v mnogih parih vir frustracij in napetosti.

Ali in v kolikšni meri pomeni sodobna medicina s svojimi postopki zdravljenja neplodnosti pritisk za neplodne pare?

Na prvi pogled bi bil odgovor na to vprašanje nikalen, saj neplodni pari vidijo nove reproduktivne tehnologije kot možnost - zadnjo ali celo edino, da bodo prišli do lastnega otroka. Natančnejša analiza zbranih ugotovitev pa pokaže, da ni nujno, da se pritisk okolice (družba dodatno prispeva k občutku krivde, če ženska ob vseh možnostih sodobne tehnologije nima otrok; Drglin 2002, 105), zdravstvenega osebja ali neplodne/ga posameznice/posameznika same/ga vrši na eksplicitni ravni, ampak lahko prav zaradi zavedanja, da so metode asistirane reprodukcije njihova edina možnost, privedejo do tega, da omenjeni pritiski delujejo na povsem nezavedni ravni. To tezo potrjujejo tudi zapisi o tem, kako posameznice/posamezniki odločitev o prekinitvi zdravljenja občutijo kot razbremenitev.

Ali je neplodnost v Sloveniji družbeni problem?

Neplodnost izpolnjuje vse kriterije, ki jih mora nek družbeni pojav, da ga lahko opredelimo kot družbeni problem in smo jo kot družbeni problem v nalogi tudi prepoznali. Toda če v okviru Slovenije gledamo na neplodnost v vseh družbenih razsežnostih, ki jih obravnava ta naloga, bi le težko trdili, da je neplodnost v Sloveniji problem, ki bi ga lahko ocenili kot javno, socialno politično vprašanje na ravni države. Ne glede na usmeritev vlad in strank na oblasti je problem neplodnosti v Sloveniji depolitiziran na nivo osebnega problema prizadetega posameznika, na tej ravni se tudi pristopa k reševanju problema.

V javnem diskurzu pa se neplodnost pojavlja skoraj izključno v svoji medikalizirani podobi, kot bolezen, ki zahteva uporabo sodobnih visokotehnoloških postopkov in metod asistirane reprodukcije.

V našem okolju ima neplodnost še en, prav specifičen "obraz". Vprašanje neplodnosti se namreč v javnem in političnem diskurzu ne tako redko zlorablja ob tematikah, ki s samo neplodnostjo nimajo veliko ali pa sploh nobene zveze. Spomnimo se le referendumov o oploditvi samskih žensk pred leti in nedavnih razprav o predlogu družinskega zakonika, ki istospolno partnerstvo izenačuje s heteroseksualnim. V obeh primerih je bilo vprašanje neplodnosti zlorabljeno in je služilo le kot poligon za medsebojna ideološka merjenja različnih političnih strank, nekateri pa so v tem (Keržan 2008, 250) videli tudi zgolj "priložnost za promocijo svojega dela, morebiti tudi osebno promocijo in zadovoljevanje lastnega narcizma."

13. SEZNAM VIROV

- *Afroditin kotiček*, spletni blog. Dostopno preko: <http://afrodita.blog.sirol.net/category/neplodnost/> (8. januar 2010).
- Andolšek-Jeras, Lidija. 1989. Neplodnost včeraj in jutri. V *Neplodnost*, ur. Helena Meden Vrtovec. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Aries, Philippe. 1991. *Otrok in družinsko življenje v starem režimu*. Ljubljana: Škuc, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Bahovec, Eva D. 1996. Žensko telo - moška oblast. V *Spol: Ž*, ur. Lenca Bogovič in Zoja Skušek. Ljubljana: Institutum Studiorum Humanitatis.
- Bates, Vanessa. 2008. *Noge gor, pa bo*. Izola: Meander.
- Baumann, Zygmunt. 2002. *Tekoča moderna*. Ljubljana: *cf.
- Beauvoir, Simone de. 2000. *Drugi spol*. Ljubljana: Delta.
- Beck, Ulrich. 2001. *Družba tveganja. Na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana: Krtina.
- Beck, Ulrich in Elisabeth Beck-Gernsheim. 2006. *Popolnoma normalni kaos ljubezni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Bequaert Holmes, Helen. 1993. Infertility: Diagnosis and Treatment. V *Encyclopedia of Childbearing: critical perspectives*, ur. Barbara Katz Rothman, 197-200. Phoenix: Oryx press.
- Bercko, Zvezdana. 2008. Tri tisoč otrok, tri tisoč srečnih družin. Intervju z Veljkom Vlaisavljevičem. *Večer*, priloga Bonbon, stran 18-19 (28. oktober 2008).
- *Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna*. Dostopno preko: <http://www.neplodnost.com> (4. januar 2010).
- Cipot Mal, Tina. 2004. *Sodobne podporne mreže družin v Sloveniji. Analiza spletnega foruma Starši staršem. Diplomsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Coleman M., Lerita. 1993: Stigma - razkrita enigma. V *Predsodki in diskriminacije*, ur. Mirjana Ule Nastran. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Condit, Celeste Michelle. 1996. Media Bias for Reproductive Technologies. V *Evaluating Women's Health Messages. A Resource Book*, ur. Roxanne Louiselle Parrot in Celeste Michelle Condit, str. 341-355. London: Sage Publications.
- Černe, Anja. 2006. *Nove reprodukcijske tehnologije: Osvoboditev ali patriarhalno orodje. Diplomsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

- Černič Istenič, Majda. 1994. *Rodnost v Sloveniji*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- --- 1996. Ženske so lahko (samo) številke - rodnost v Sloveniji v osemdesetih letih. V *Spol: Ž*, ur. Lenca Bogovič in Zoja Skušek. Ljubljana: Institutum Studiorum Humanitatis.
- --- 1998. Proces oblikovanja družine v Sloveniji. *Družboslovne razprave*, letnik XIV, številka 27/28, 157-189.
- Černigoj Sadar, Nevenka. 2005. Delovanje neformalnih socialnih omrežij pri zadovoljevanju potreb družin. V *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*, ur. Mojca Novak. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Doyal, Lesley. 1987. Infertility – a Life Sentence? Women and the National Health Service. V *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, ur. Michelle Stanworth, str. 174-190. Oxford: Polity Press.
- --- 1995. *What Makes Women Sick. Gender and Political Economy of Health*. London: MacMillan Press Ltd.
- Drglin, Zalka. 2002. Materinstvo in razvoj novih reproduktivnih tehnologij - usodna srečanja. *Časopis za kritiko znanosti*, letnik XXX, številka 207/208, 95-108.
- --- 2003. *Rojstna hiša: Kulturna anatomija poroda*. Ljubljana: Delta.
- Društvo Živa. 2008. *Posvet z naslovom Ženska in zdravje*. Dostopno preko: <http://med.over.net/forum5/read.php?67,5106266,5116126#msg-5116126> (6. januar 2010).
- Eaglesham, Susan L. (1996). *Online Support Groups: Extending Communities of Concern*. Blacksburg: Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University. Dostopno preko <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-283092199612941/unrestricted/etd.pdf> (7. januar 2010).
- Earle, S. in G. Letherby. 2007. Conceiving Time? Women who do or do not conceive. *Sociology of Health & Illness*, let. 29, številka 2, str. 233-250.
- *European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)*. Dostopno preko <http://www.eshre.com> (6. januar 2010).
- Farquahar, Dion. 1996. *The Other Machine. Discourse and Reproductive Technologies*. New York & London: Routledge.
- Flores, Lisa A. 1996. Options and Risks With Reproductive Technologies. V *Evaluating Women's Health Messages. A Resource Book*, ur. Roxanne Louiselle Parrot in Celeste Michelle Condit, str. 327-340. London: Sage Publications.

- Giddens, Anthony. 2000. *Preobrazba intimnosti: spolnost, ljubezen in erotika v sodobnih družbah*. Ljubljana: *cf.
- Globevnik Velikonja, Vislava. 2007. Psihološko svetovanje ob neplodnosti. V *Sodobne oblike zdravljenja neplodnosti*, ur. Eda Vrtačnik Bokal in Nina Jančar. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino.
- Goffman, Erving. 2008. *Stigma. Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
- Goody, Jack. 2003. *Evropska družina*. Ljubljana: *cf.
- Greil, Arthur L. 1993a. Infertility: Cross-cultural and Historical Aspects. V *Encyclopedia of Childbearing: critical perspectives*, ur. Barbara Katz Rothman, 196-197. Phoenix: Oryx press.
- --- 1993b. Infertility: Social and Demographic Aspects. V *Encyclopedia of Childbearing: critical perspectives*, ur. Barbara Katz Rothman, 202-203. Phoenix: Oryx press.
- Hammarberg, K., J. Astbury in H.W.G. Baker. 2001. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, Vol 16., No. 2, strani 374-383. Dostopno preko: <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/2/374> (26. november 2009).
- Heinsohn, Gunnar in Otto Steiger. 1993. *Uničenje modrih žensk. Prispevki k teoriji in zgodovini prebivalstva in otroštva*. Ljubljana: Študentska organizacija Univerze.
- Hlebec, Valentina in Tina Kogovšek. 2005. Konceptualizacija socialne opore. V *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*, ur. Mojca Novak. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Hrovatin, Barbara. 2008. Razumeti bolnikove potrebe. V *Simpozij Psihosocialni vidiki zdravja in bolezni. Zbornik predavanj*. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta.
- Ivanc, Staš. 2009. Umazane reke ogrožajo moško plodnost. *Delo*, 30. januar 2009, stran 8.
- Jambrozik, Adam in Luisa Nocella. (1998). *The Sociology of Social Problems. Theoretical Perspectives and Methods of Intervention*. Cambridge: University Press.
- Javornik, Jana S., ur. 2006. *Socialni razgledi 2006*. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.
- Jogan, Maca. 2001. *Seksizem v vsakdanjem življenju*. Ljubljana: FDV.
- Kanduč, Zoran. 2003. *Onkraj zločina in kazni*. Ljubljana: Študentska založba.

- Katz Rothman, Barbara. 1989. *Recreating Motherhood. Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. New York: W.W.Norton&Company.
- ---, ur. 1993.: *Encyclopedia of Childbearing: critical perspectives*. Phoenix: Oryx Press.
- Kerševan Smokvina, Tanja. 2007. *Medicinski diskurzi o materinstvu. Primer porodne bolečine. Magistrsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Keržan, Dorijan. 2008. *Spočetje novih oblik sorodstva*. Novo mesto: Goga.
- Kimball, Lisa in Howard Rheingold. 2001. *How Online Social Networks Benefit Organizations*. Dostopno preko: <http://www.rheingold.com/Associates/onlinenetworks.html> (7. januar 2010).
- Kirar Fazarinc, Irena in Barbara Mihevc Ponikvar. 2005. Dostopno reproduktivno zdravstveno varstvo za boljše zdravje žensk. V *Zbornik prispevkov s strokovnega posveta Za vsako mamo in vsakega otroka*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Kitzinger, Sheila. 1994. *Me, matere*. Ljubljana: Ganeš.
- *Klinični oddelek za reprodukcijo*. Ginekološka klinika. Univerzitetni klinični center Ljubljana. Dostopno preko <http://www3.kclj.si/index.php?m=5&s=3&odd=0&o=1> (6. januar 2010).
- Leskošek, Vesna. 2002. *Zavrnjena tradicija: ženske in ženskost v slovenski zgodovini od 1890 do 1940*. Ljubljana: *cf.
- Ličer, Zlata. 2003. *Socialni vidiki varovanja reproduktivnega zdravja žensk. Magistrsko delo*. Ljubljana: FDV.
- Livi Bacci, Massimo. 2005. *Prebivalstvo v zgodovini Evrope*. Ljubljana; *cf.
- Mamo, Laura. 2007. *Queering Reproduction. Achieving Pregnancy in the Age of Technoscience*. Durham: Duke University Press.
- Mandič, Srna. 2001. Uporabnost družbenih ved v prostoru med državo in civilno družbo. *Družboslovne razprave*, letnik 17, šte. 36, stran 79-86.
- --- 2002. Socialni programi, družbeni problemi in krepitev vpliva javnosti. *Teorija in praksa*, letnik 2002, šte. 2, stran 204-219.
- --- 2008. *Javne politike in socialna vprašanja. Študijsko gradivo*. Ljubljana: FDV.
- McGuckin, Isla. 2008. *Bo fantek? Bo punčka? Bo... Moja zgodba o prizadevanju za zanositev*. Ljubljana: Karantanija.
- Meden Vrtovec, Helena, ur. 1989. *Neplođnost*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Mengeot, Marie-Anne in Laurent Vogel. 2009. *Proizvodnja in razmnoževanje. Kraja zdravja prihodnjih generacij*. Ljubljana: Zveza svobodnih sindikatov.

- Miller, Tina. 2005. *Making Sense of Motherhood. A Narrative Approach*. Cambridge: University Press.
- Novak, Mojca, in drugi. 2005. *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Oakley, Ann. 1979. *Becoming a Mother*. Extract. Oxford: Martin Robertson. Dostopno preko: <http://www.annoakley.co.uk>.
- --- 1981. *Subject Women*. Oxford: Martin Robertson. Dostopno preko: <http://www.annoakley.co.uk>.
- --- 2000. *Gospodinja*. Ljubljana: *cf.
- *Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo*. Univerzitetni klinični center Maribor. Dostopno preko <http://www.ivf-mb.net> (6. januar 2010).
- Ograjenšek, Zlatko. 1989. Neplodni par. V *Neplodnost*, ur. Helena Meden Vrtovec. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Parrot, Roxanne Louiselle in Celeste Michelle Condit, ur. 1996.: *Evaluating Women's Health Messages. A Resource Book*. London: Sage Publications.
- Peddie, V.L., E. van Teijlingen in S. Bhattacharya. 2005. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*, Vol 20, No. 7. Dostopno preko: <http://www.humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/20/7/1944> (26. november 2009).
- Pfeffer, Naomi. 1987. Artificial Insemination, In-vitro Fertilization and the Stigma of Infertility. V *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, ur. Michelle Stanworth, str. 81-97. Oxford: Polity Press.
- Prevolšek, Tanja. 2009. *Ideologija obveznega materinstva. Primer parov z reprodukcijskimi težavami. Diplomsko delo*. Koper: Fakulteta za humanistične študije.
- Puhar, Alenka. 2004. *Prvotno besedilo življenja*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Rabzelj, Darja. 2007. *Vpliv demografskih sprememb na družinsko politiko v Sloveniji ter v nekaterih državah EU. Magistrsko delo*. Ljubljana: FDV.
- Repinc, Barbara. 2000. Neplodnost kot tržno blago. *Delta*, let. 7, št. 1-2, str. 57-88. Dostopno preko <http://www.psihoterapevt.si/Delta.pdf> (6. januar 2010).
- Rener, Tanja, Mateja Sedmak, Alenka Švab in Mojca Urek. 2006. *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. Koper: Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko.
- Rener, Tanja, Živa Humer, Tjaša Žakelj, Andreja Vezovnik in Alenka Švab. 2008. *Novo očetovstvo v Sloveniji*. Ljubljana: FDV.

- Rheingold, Howard. 1993. *The Virtual Community*. Dostopno preko: <http://www.rheingold.com/vc/book/> (7. januar 2010).
- Salecl, Renata. 2009. Otroci med željo in zahtevo. *Delo*, Sobotna priloga (28. februar 2009).
- *Seznam čakalnih dob po izbranih zdravstvenih storitvah*. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno preko <http://www.zzzs.si/cakdobe> (7. januar 2010).
- Sieder, Reinhard. 1998. *Socialna zgodovina družine*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Skušek, Zoja. 1996. Mleko ni voda. V *Spol: Ž*, ur. Lenca Bogovič in Zoja Skušek, 195-216. Ljubljana: Institutum Studiorum Humanitatis.
- *Spletni forum Neplodnost*, portal med.over.net. Dostopno preko: <http://med.over.net/forum5/list.php?67>. (1. januar 2006 - 31. december 2009)
- *Spletni forum Živa*. Dostopno preko <http://www.neplodnost.info/forum/> (1. januar 2006 - 31. december 2009)
- *Spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Uradni list RS 33/2008. Dostopno preko: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=85797> (4. januar 2009)
- Stanworth, Michelle, ur. 1987. *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*. Oxford: Polity Press.
- Statistični urad RS. *Izbrane podobe družin v Sloveniji*. Dostopno preko: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=880 (10. marec 2010).
- --- *Najpogostejša imena po obdobjih rojstva. Obdobje rojstva: 1971-1980, razširjeni prikaz*. Dostopno preko: http://www.stat.si/imena_top_imena_obdobja.asp?obdobje=5 (10. marec 2010).
- --- *Materinski dan 2009*. Dostopno preko: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2226 (10. marec 2010).
- --- *Mednarodni dan družin, Slovenija*. Dostopno preko: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=2343 (10. marec 2010).
- --- *Očetje v Sloveniji*. Dostopno preko: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=959 (10. marec 2010).
- --- *Sklenitve in razveze zakonskih zvez, Slovenija, 2008*. Dostopno preko: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2527 (10. marec 2010).
- --- *Živorojeni otroci, Slovenija, 2008*. Dostopno preko: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=2456 (10. marec 2010).

- --- *Živorojeni po vrstnem redu rojstva in povprečni starosti matere ob rojstvu otroka po vrstnem redu rojstva, Slovenija, letno*. Dostopno preko: http://www.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=0554403S&ti=%8Eivorojeni+po+vrstnem+redu+rojstva+in+povpre%8E8ni+starosti+mater+ob+rojstvu+otroka+po+vrstnem+redu+rojstva%2C+Slovenija%2C+letno&path=../Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/03_05155_nar_gib/01_05544_rojeni/&lang=2 (10. marec 2010).
- --- *Statistični letopisi*. Dostopno preko http://www.stat.si/letopis/index_letopis.asp (10. marec 2010).
- Strathern, Marilyn. 1999. Regulation, substitution and possibility. V *Technologies of Procreation: Kinship in the Age of Assisted Conception*, ur. Jeanette Edwards, Sarah Franklin, Eric Hirsch, Frances Price, Marilyn Stathern, 171-202. London and New York: Routledge.
- Šircelj, Milivoja. 2006. *Rodnost v Sloveniji od 18. do 21. stoletja*. Ljubljana: Statistični urad RS.
- Štular, Suzana. 1999. *Miti materinstva. Magistrsko delo*. Ljubljana: FDV.
- Švab, Alenka. 2000. Poti in stranpoti novih očetovskih identitet. *Teorija in praksa*, let. 37, št. 2, stran 248-263.
- --- 2001. *Družina: od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- --- 2006. Družinske spremembe. V *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*, ur. Tanja Renner idr., 63-88. Koper: Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko.
- Takač, Iztok, ur. 2007. *50 let načrtovanja družine v Mariboru*. Maribor: Univerzitetni klinični center.
- --- 2008. *80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru*. Maribor: Univerzitetni klinični center.
- The Boston Women's Health Book Collective. 1998. *Our Bodies, Ourselves for the New Century, A book by and for Women*. New York: Touchstone.
- Tivadar, Blanka. 1996. Medicinski govor o ženski. V *Spol: Ž*, ur. Lenca Bogovič in Zoja Skušek. Ljubljana: Institutum Studiorum Humanitatis.
- Tomažič, Katarina. 2008. *Odražanje procesov preoblikovanja družine v vedenju in zavesti ljudi različnih generacij. Magistrsko delo*. Ljubljana: FDV.
- Ule Nastran, Mirjana. 2000. *Sodobne identitete v vrtincu diskurzov*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

- --- 2003. *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
- Ule, Mirjana in Metka Kuhar. 2003. *Mladi, družina, starševstvo. Spremembe življenjskih potekov v pozni moderni*. Ljubljana: FDV.
- Ule, Mirjana, Tanja Rener, Tjaša Žakelj, Metka Kuhar in Valentina Hlebec. 2003. *Tipi družin in socialne mreže. Raziskovalna naloga*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.
- Ule, Mirjana. 2004. Nove vrednote za novo tisočletje. Spremembe življenjskih in vrednotnih orientacij mladih v Sloveniji. *Teorija in praksa*, let. 41, št. 1-2, strani 352-360.
- --- 2004b. *Socialna psihologija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko embriologijo. *Informativna knjižica o zunajtelesni oploditvi*. Dostopno preko http://www.ivf-mb.net/images/knjizica_slo.pdf (4. januar 2010).
- Urh, Špela. 2009. Nove tehnologije - stare ideologije. *Socialno delo*, letnik 48, št. 1-3, stran 111-121.
- Vertot, Petronela, ur. 2007. *Dejstva o ženskah in moških v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad RS. Dostopno preko http://www.stat.si/doc/pub/dejstva_zenske_moski.pdf (5. januar 2010).
- Vider, V. 1998. *Mož in žena: krščanski pogled na zakon*. Koper: Ognjišče.
- Virant Klun, Irma. 2002. *Od nastanka gamet do rojstva: oploditev z biomedicinsko pomočjo*. Radovljica: Didakta.
- Vistoropski, Nika. 2001. Neprecenljiva vrednost novega življenja. *Delo, priloga Ona*, štev. 10, stran 17-19.
- *World Health Organization*. Dostopno preko: <http://www.who.int>. (4. januar 2010).
- Yuval-Davis, Nira. 1993. Ženske in biološka reprodukcija nacije. V *Predsodki in diskriminacije*, ur. Mirjana Nastran Ule. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- *Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB)*. Uradni list RS, 70/2000, 8. 8. 2000. Dostopno preko: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=27087> (4. januar 2009).
- Zaviršek, Darja. 1994. *Ženske in duševno zdravje. O novih kulturah skrbi*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- --- 2009. Med krvjo in skrbjo. *Socialno delo*, letnik 48, št. 1-3, stran 3-16.

- Zore, Ada. 2007. *Spreminjanje moškosti in očetovstva v sodobnosti. Magistrsko delo.* Ljubljana: FDV.
- Zvonar Predan, Darka. 2009. Poldruga Slovenija iz epruvete. Intervju z prof. dr. Veljkom Vlaisavljevićem. *Večer*, V soboto, 7. marec 2009, stran 2-5.
- *Živa portal, informiranje ter izmenjava izkušenj o neplodnosti.* Dostopno preko: <http://www.neplodnost.info/ziva/portal/index.php> (10. marec 2010).
- Žnidaršič, Sabina Ž. 1996a. Zgodovina menstruacije ali zgodovina moškega čudenja. V *Spol Ž*, ur. Lenca Bogovič in Zoja Skušek. Ljubljana: Institutum Studiorum Humanitatis.
- --- 1996b. Biološki samomor naroda. V *Spol Ž*, ur. Lenca Bogovič in Zoja Skušek. Ljubljana: Institutum Studiorum Humanitatis.
- ---. 2000. *Ora et labora - in molči, ženska! Pregled demografije dežele Kranjske in pridobitnosti žensk v desetletjih 1880-1910.* Ljubljana: *cf.

PRILOGA A: Vprašalnik za pare z dopisom

(objavljen na forumih Neplodnost in Živa 21. aprila 2009)

Spoštovani,

na vas se obračam s prijazno pomočjo gospe Eve Cerkvénik iz društva Živa.

Na Fakulteti za družbene vede pripravljám magistrsko nalogo s področja sociologije z naslovom Družbeni vidiki neplodnosti. V njej nameravam, kot je razvidno že iz naslova, orisati odnos naše družbe do neplodnosti in raziskati, kako ta odnos vpliva na prizadete posameznike in pare.

Družboslovna obravnava te problematike je pri nas povsem zapostavljena in podatkov, ki bi jih lahko uporabila, praktično ni. Zato moram, če želim, da bo naloga dala relevantne rezultate, sama opraviti raziskavo med posamezniki in pari, ki se borijo z neplodnostjo. In pri tem vas prosim za pomoč.

V nadaljevanju tega pisma boste našli vprašanja, za katera vas prosim, da nanje odgovorite pismeno. Ker tematike ni mogoče zajeti v klasični vprašalnik s ponujenimi odgovori oziroma številčnimi ocenami, so vprašanja postavljena "odprto", kar pomeni, da nanje odgovarjate opisno. Prosim vas, da na vprašanja odgovarjate čim bolj izčrpno, dolžina odgovorov ni omejena, prav tako ni potrebno, da zapisuje popolne stavke, lahko nanizate le nekaj misli, ki se vam porodijo ob posameznem vprašanju.

Pri sodelovanju v raziskavi boste ostali povsem anonimni. Kot boste razbrali tudi iz vprašanj, me ne zanimajo vaši osebni podatki in diagnoze. Prosila bi vas le, da navedete podatek o spolu, če želite, pa tudi podatek o starosti in stopnji izobrazbe. Če na katerokoli vprašanje ne želite ali ne morete odgovoriti, ga mirno izpustite. Prav tako pa, prosim, pripišite še karkoli, za kar menite, da bi bilo potrebno povedati ob obravnavi neplodnosti. Izsledki raziskave bodo uporabljeni izključno za pripravo zgoraj omenjene magistrske naloge. Prosim vas, da odgovore posredujete gospe Evi Cerkvénik ali direktno meni na kontakte, ki so navedeni spodaj. Tam sem vedno na voljo tudi za dodatna pojasnila.

Gotovo boste vprašali, kaj boste pridobili s tem, da mi pomagate pri pripravi naloge? Ta naloga vam v ničemer ne bo pomagala, da bi hitreje prišli do zelenih otrok. Prepričana pa sem, da bomo samo s tem, da bo raziskovanje problematike prestopilo zgolj medicinske okvirje, lahko začeli spreminjati odnos družbe do neplodnosti, to je problema, o katerem se pri nas še vedno le šepeta. Neposreden cilj moje naloge pa je tudi opozoriti na tiste odzive, postopke in dejanja, ki - tako znotraj postopka zdravljenja neplodnosti kot v širšem odnosu družbe do omenjene problematike - prizadetim posameznikom in parom situacijo, v kateri se niso znašli po svoji volji, še otežujejo. Hkrati bom skušala predlagati spremembe vzorcev vsakdanjega življenja, ki bi omenjenim soočenje z lastno situacijo lahko olajšali.

Iskrena hvala za sodelovanje, prijazen pozdrav

Zvezdana Bercko

VPRAŠANJA

- Kakšni občutki so vas spremljali ob spoznanju, da imata s partnerjem/partnerko težave z zanositvijo (npr. prizadetost, jeza, obup, zanikanje problema, občutek krivde, občutek nesposobnosti...)?
- S katerimi ljudmi ste govorili o svoji težavi, kakšni so bili njihovi odzivi?
- Se je zaradi neplodnosti kakorkoli spremenil vaš partnerski odnos?
- Imate občutek, da je vaš partner/partnerka težave z neplodnostjo in njihove posledice dojemal/a drugače kot vi?
- So se zaradi težav z neplodnostjo spremenili vaši odnosi s sorodniki, prijatelji, znanci?
- So vas motile, prizadele besede, komentarji ljudi, ki niso vedeli za vaše težave? Kateri odzivi so bili za vas najbolj moteči?
- Kje ste iskali in dobili informacije v zvezi z neplodnostjo in možnostmi zdravljenja (pri osebem ginekologu, pri specialistu za zdravljenje neplodnosti, v literaturi, na spletu, pri ljudeh, ki imajo podobne težave...)?
- Na čigavo pobudo ste se odločili za zdravljenje (lastno, partnerjevo/partnerkino, zdravnikovo...)?
- Koliko časa ste čakali na začetek zdravljenja?
- So vas v ustanovi, kjer se zdravite oz. ste se zdravili, ustrezno in dovolj informirali o vseh možnostih, ki so vam na razpolago?
- Kateri del zdravljenja (pregledi, postopki...) je (bil) za vas psihično in/ali telesno najtežji, najbolj obremenjujoč? Kaj pa za parterja/partnerko?
- Kaj je (bilo) za vas med zdravljenjem moteče, kaj bi, če bi lahko, želeli spremeniti?
- Pri kom ste iskali in dobili podporo v obdobjih, ki so bila za vas težka?
- Bi si med zdravljenjem želeli strokovne psihološke pomoči? Vam je bila taka možnost ponujena?
- Kako ste zadovoljni z odnosom/ravnanjem medicinskega osebja (zdravnikov, med. sester, drugega osebja)?
- Kako ste zdravljenje usklajevali z obveznostmi na delovnem mestu, ste nadrejenim in sodelavcem povedali, da se zdravite zaradi neplodnosti? Če ste, kakšen je bil njihov odziv?

- Imate občutek, da pomenijo sodobne tehnologije OBMP neke vrste pritiska, prisile za neplodne pare (v smislu, da je treba poskusiti še to in ono novost, da enostavno ne "smete" odnehati?)

Demografski podatki:

Spol: M Ž partnerja izpolnjevala skupaj

Starost:

Stopnja izobrazbe (najvišja dokončana šola):