

FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Ideologija biološkega starševstva – primer biografije para z reproduktivnimi težavami

Lea Verbič

Ljubljana, 2015

FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Ideologija biološkega starševstva – primer biografije
para z reproduktivnimi težavami
Mentorica: red. prof. dr. Alenka Švab

Lea Verbič

Ljubljana, 2015

Zahvala

Moji mentorici za vse nasvete in njeno potrpežljivost, mojemu dragemu Klemnu, staršem in vsem ostalim, ki ste me podpirali k pisanju magistrske naloge in me še vedno podpirate na moji življenjski poti.

Povzetek

Ideologija biološkega starševstva – primer biografije para z reproduktivnimi težavami

Magistrska naloga govori o paru, ki se je vrsto let soočal s problemom neplodnosti. V družbi je namreč še vedno močno prisotna ideologija biološkega starševstva, zato so neplodni pari deležni vrsto družbenih pričakovanj in pritiskov; s pomočjo novih reproduktivnih tehnologij pa skušajo priti do težko pričakovanega otroka. Proces zdravljenja neplodnosti je zelo stresen, emocionalno naporen in vpliva tako na posameznika kot na odnos med parom ter okolico.

Teoretični del sem podkrepila z empiričnim, kjer sem s pomočjo biografske zgodbe para, ki se je zdravil zaradi neplodnosti, ugotovila, da je izkušnja neplodnosti na njun odnos dobro vplivala in da prav zaradi te izkušnje še bolj cenita vlogo materinstva ter očetovstva. Poleg tega ne smemo mimo dejstva, da je pomembnost genske oziroma biološke povezave v družbi še vedno izjemno pomembna; zato so tisti, ki od tega odstopajo, pogostokrat stigmatizirani in dostikrat okolici zamolčijo nebiološko povezanost s potomci, tako kot predstavljeni par. Nove reproduktivne tehnologije so obravnavanemu paru dale možnost ohranjati navideznost biološkega starševstva, saj sta uporabila tujo spolno celico, tako da eden od staršev ni biološko povezan s svojim otrokom, vendar se na ta način ideologija biološkega starševstva le ohranja in reproducira.

Ključne besede: ideologija biološkega starševstva, neplodnost, zdravljenje neplodnosti, nove reproduktivne tehnologije, nova družinska razmerja.

Abstract

Ideology of biological parenthood: A biographies example of pair with reproductive problems

Masters thesis is about a couple who has faced with the problem of infertility for many years. The society still strongly present the ideology of biological parenthood. Infertile couples receive a series of social expectations and pressures. With the help of new reproductive technologies are trying to get to the eagerly-awaited child. The process of treating infertility is very stressful, exhausting and have emotional impact on both the individual and the relationship between the pair and the society. I was substantiated the theoretical part by empirical work using biographical stories of a pair that is medicines for infertility. I found out that infertility in study case had good effect on their relationship and due to this experience they more appreciate the role of motherhood and fatherhood. The importance of genetic and biological links in the company is still very important. Also those who deviate from this are often stigmatized and due to that the company fail to provide non-biological connection with the descendants like study pair. New reproductive technologies are considered a pair given the opportunity to maintain the appearance of biological parenthood, since the use of foreign gametes. One of the parents is biologically related to their children and thus the ideology of biological parenthood only maintain and reproduce.

Keywords: The ideology of biological parenthood, infertility, treatment of infertility, new reproductive technologies, new family relationships.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	7
2	SPREMENJEN KONCEPT STARŠEVSTVA	8
2.1	Pluralizacija družine in družinskega življenja.....	8
2.1.1	Nove dimenzije starševstva.....	10
2.2	Biološka dimenzija materinstva.....	11
2.2.1	Družinske spremembe in novo očetovstvo	12
2.2.2	Ideologija obveznega starševstva.....	14
2.3	Nove oblike intimnega življenja.....	15
2.3.1	Individualizacija partnerstev.....	16
2.3.2	Spremembe v družinskih skupnostih.....	16
2.3.3	Družinske politike	18
2.4	Socialno starševstvo in biološki determinizem	19
2.4.1	Socialno starševstvo	19
2.4.2	Oprelitev socialnega starševstva.....	20
3	SORODSTVO IN NOVE REPRODUKTIVNE TEHNOLOGIJE	21
3.1	Zametki reproduktivnih tehnologij ter njihova današnja umestitev.....	21
3.2	Vpliv razvoja reproduktivnih tehnologij na materinstvo.....	22
4	NEPLODNOST.....	24
4.1	Različni vidiki pojava neplodnosti.....	25
4.2	Psihološki vidiki soočanja z neplodnostjo.....	26
4.3	Zdravljenje neplodnosti.....	27
4.4	Odnos družbe do neplodnosti	29
4.5	Medikalizacija neplodnosti.....	31
5	MEDICINSKA REPRODUKTIVNA TEHNOLOGIJA TER SPREMENJEN KONCEPT STARŠEVSTVA	32
5.1	Obravnava in reševanje problema neplodnosti	32
5.2	Metode in tehnike zdravljenja neplodnosti z biomedicinsko pomočjo	33
5.3	Sorodstvene vezi in starševstvo	35
5.4	Reproduktivna potrošnja in reproduktivne izbire	37
5.5	Reproduktivne izbire v Sloveniji	38
5.6	Od socialnega starševstva k biosocialnosti	39
5.7	Etične dileme ter vprašanje incesta	40
5.7.1	Etična vprašanja.....	41
5.7.2	O incestu.....	43

5.8	Izbira darovalca spolne celice ter njena etničnost	44
6	PRIPRAVA PARTNERJEV NA ZDRAVLJENJE NEPLODNOSTI	45
6.1	Soočenje z neplodnostjo	45
6.2	Začetni postopki zdravljenja neplodnosti.....	46
6.3	Čakalne dobe	46
6.4	Vloga zdravniškega osebja.....	47
7	EMPIRIČNI DEL.....	48
7.1	Opredelitev problema	48
7.2	Cilj raziskave	49
7.3	Raziskovalna vprašanja.....	49
7.4	Raziskovalna metodologija.....	50
7.5	Raziskovalni instrument ter postopek zbiranja podatkov	50
7.6	Postopek obdelave podatkov	51
7.7	Raziskovalni vzorec	51
7.8	Raziskovalno okolje	51
7.9	Etični vidik.....	51
8	ANALIZA IN INTERPRETACIJA REZULTATOV.....	52
8.1	Potek zdravljenja	52
8.2	Doživljanje neplodnosti	54
8.3	Vloga zdravniškega osebja.....	57
8.4	Odnos med partnerjema ter okolico	60
8.5	Vsakdanje življenje	62
8.6	Soočanje s stresom in izgubami	63
8.7	Družba in neplodnost	64
9	DISKUSIJA.....	68
10	SKLEP	72
11	LITERATURA.....	74
	PRILOGA: VPRAŠALNIK ZA PARTNERICO IN PARTNERJA	80

1 UVOD

Namen magistrskega dela je poleg ideologije biološkega starševstva, raziskati družbeno vlogo novih reproduktivnih tehnologij ter predstaviti življenjsko zgodbo para, ki si je dolgo časa prizadeval dobiti otroka. Ker se je z novimi reproduktivnimi tehnologijami spremenil koncept starševstva, tudi seksualnosti in družinskih skupnosti, si želim raziskati določena področja reprodukcije, ki so pripomogla k širšemu definiranju starševstva. Z neplodnostjo se sooča 15 odstotkov vseh parov oziroma vsak šesti (Neplodnost 2012). Ideologija obveznega starševstva, še posebej materinstva (Zaviršek 2012), je v sodobni družbi še vedno močno prisotna, zato tisti, ki ne zmorejo biološkega starševstva, odstopajo od te družbene norme in so pogostokrat stigmatizirani.

Velika prelomnica na področju reprodukcije se je pričela, ko je prišlo do oploditve z biomedicinsko pomočjo (Stanworth 1987). Ta prelomnica je še posebej pomembna zato, ker se je takrat seksualnost ločila od reprodukcije, razmahnil pa se je trg storitev, povezanih z reproduktivnim materialom. Zaradi vse bolj razvijajoče medicinske tehnologije, je postalo razmerje med biološkim in socialnim starševstvom zapleteno. Kljub temu da je trg storitev z reproduktivnim materialom globalen, se še vedno v družbi krešejo različna stališča do uporabe določenih reproduktivnih tehnologij; posledično se to uravnava z zakonskimi predpisi v posameznih državah. Soočamo se z multipliciranjem starševskih vlog in dostikrat se pojavljajo dileme, kako opredeliti in kam uvrstiti vlogo matere oziroma očeta. Reproductivne tehnologije so prispevale k fragmentaciji materinstva in očetovstva, saj imajo sedaj posameznice ter posamezniki svobodno izbiro in določeno vlogo, za katero se odločijo v reproduktivnem procesu.

V nadaljevanju si bomo najprej pogledali vidike biološkega starševstva ter družbeno vlogo novih reproduktivnih tehnologij, v empiričnem delu pa bomo skušali na podlagi biografske zgodbe para, ki se je vrsto let soočal z zdravljenjem neplodnosti, ugotoviti njuno subjektivno doživljanje, njune notranje občutke, zaznave, razmišljanje med procesom zdravljenja, soočenje s stigmo ter oblikovanje strategij, kako preseči to stigmo. Zanimal nas bo tudi odnos z zdravniškim osebjem, kako sta se soočila z okolico, v kateri je še vedno prisotna ideologija biološkega starševstva in obveznega materinstva, pa tudi kako je celoten proces zdravljenja vplival na njun odnos. Zaradi občutljivosti tematike ima pričujoče magistrsko delo - še posebej kvalitativen del - zame zelo velik pomen, saj mi je par, ki ni mogel izpolniti biološkega starševstva zaupal pomembno zgodbo, oziroma celotno doživljanje med procesom

zdravljenja neplodnosti. Videli bomo, da je ideologija biološkega starševstva močno ukoreninjena v družbi, zato so tisti posamezniki, ki iz različnih razlogov ne morejo postati starši po biološki poti, izpostavljeni različnim vidikom stigme (Zaviršek 2012).

2 SPREMENJEN KONCEPT STARŠEVSTVA

Starševstvo kot ga poznamo danes, se precej razlikuje od starševstva v predindustrijski družbi, ko so ljudje otroke potrebovali predvsem iz ekonomskih razlogov (Beck in Beck-Gernsheim 2006). V predindustrijski dobi se je družina torej oblikovala okrog dela in ekonomije. Od vseh sprememb, ki smo jim priča, so največje spremembe v življenjskih poteh posameznikov ravno spremembe intimnega in družinskega sveta. Ker se je seksualnost ločila od reprodukcije, se je spremenilo tako razumevanje starševstva kot oblike družinskega življenja. V nadaljevanju bomo najprej skušali razložiti koncept starševstva in s tem povezane nove oblike družinskega življenja, nato bomo preučili pomen biološkega ter socialnega starševstva ter povezali ideologijo biološkega starševstva z uporabo novih reproduktivnih tehnologij.

2.1 Pluralizacija družine in družinskega življenja

Večja enakopravnost moških in žensk je močno vplivala na spremenjene oblike družinskega življenja. Današnja kultura stremi k načelu svobodnih izbir, zato lahko govorimo o premiku:» od *zakona kot institucije k zakonu kot odnosu*« (Ule in Kuhar 2003, 51). Zakon in starševstvo nista več tako tesno povezana, kot je to veljalo v tradicionalni družbi; sedaj smo priča vse bolj novim in novim družinskim oblikam. Beck-Gernsheim (v Ule in Kuhar, 2003) pravi takemu preoblikovanju prehajanje v tako imenovano postdružinsko skupnost. Odločitev za starševstvo je postala svobodna izbira posameznika in je rezultat pogajanja o odnosih. Družina kot sama ne izginja, temveč se močno spreminja. V zahodni kulturi je nedavno veljalo, da je družina sestavljena s sklenitvijo zakonske zveze ali z rojstvom otrok (prav tam 2003), sedaj pa se ta opredelitev opušča. Za nekatere biološka vez ni nujno potrebna oziroma je le neke vrste povod ali predpogoj za nastanek družine, ki pa v bistvu temelji zlasti na čustveni vlogi (Keržan 2008, 106). Družina kot taka lahko obsega tudi širše sorodnike, posameznike/posameznice, ki niso biološko povezani z ostalimi družinskimi člani (prav tam, 106). Spremembe v odnosu družinskega življenja so posledica individualizacije življenjskega

poteka in pluralizacije družinskega življenja. Bistvo institucionalizacije družine v moderni je to, da je bila povezana iz bioloških staršev in otrok, v pozno moderni pa prihaja do deinstitutionalizacije družine, ki ruši tradicionalno pojmovanje družine. Deinstitutionalizacija družine pomeni po eni strani izgubo ključnega monopolnega položaja zakona in družine, odpre se prostor za alternative (Švab 2001, 55). »Pluralizacija družinskih oblik zajema več vzporednih pojavov: zmanjševanje števila nuklearnih družin, naraščanje števila reorganiziranih družin in enostarševskih družin, pojav t.i. parastarševanja¹, naraščanje števila istospolnih družin in enočlanskih gospodinjstev« (Švab 2001, 59). V reorganiziranih družinah se vzpostavljajo drugačna razmerja, ki niso več vezana na sobivanje, saj je sobivanje razdeljeno na več enot. Pogostokrat pa prihaja do sobivanja, kar pomeni, da posameznik živi hkrati v dveh gospodinjstvih (Keržan 2008, 110). Alenka Švab pove, da se odmik od ideološkega modela nuklearne družine dogaja že trideset let, torej ne gre za popolnoma nove teme (v Urh 2002). Se pa v javnosti vse bolj razkrivajo in s tem vplivajo na potrebo po preseganju idealiziranja tradicionalnih podob in stigmatiziranja drugih načinov družinskega življenja (prav tam 2002).

Vse te oblike so se še razširile z uporabo novih reproduktivnih tehnologij; to so na primer družine z otroki, ki so bili oplojeni z biomedicinsko pomočjo. Zato pogostokrat prihaja do razprav o popolnih in nepopolnih družinah, ki so primerno oziroma niso primerno okolje za vzgojo in razvoj otrok; tako povsem spregledajo različnost družinskih oblik in vse tiste družine, ki niso v skladu s predstavo, zgrajeno na predpostavki ene same ustrezne družinske oblike (Keržan 2008, 111). Družinsko življenje je v postmodernosti zaznamovano z raznovrstnostjo, kompleksnostjo in spremenljivostjo (prav tam, 111). Odraža se zlasti v osvobajanju družine od bioloških dejavnikov, kar se odraža pri odločitvi za starševstvo - ta ni več pogoj za sestavo družine, saj lahko v družino sodijo tudi prijatelji, heteroseksualnost ni več edina spolna usmeritev v družinskem življenju, materinstvo se prelaga na poznejša obdobja, spremenjena vloga očetov in njihova vsa večja prisotnost v družinskem življenju (Urh 2002).

¹ Parastarševanje spada med alternativne oblike družin, hkrati je fenomen, ki se ga opredeljuje kot neformalno ureditev, v kateri prijatelj ali prijateljica ali družina tako materialno kot čustveno za določeno ali nedoločeno obdobje pomaga družini, s katero ni v sorodu.

2.1.1 Nove dimenzije starševstva

Pomemben premik v razumevanju starševstva se je zgodil v drugi polovici dvajsetega stoletja, ko sta se ekonomija in starševstvo začejala ločevati. Otrok ne predstavlja več materialne koristi temveč »psihološko funkcijo koristnosti« (Ule in Kuhar 2003, 51). Starševstvo je postala življenjska oblika, kjer se sledi življenjskim načrtom in smislu življenja (Beck-Gernsheim 2002). Preko otrok si posamezniki želijo določene socialne veščine ter attribute še bolj utrditi ali potrditi, preko njih nadomeščajo nekatere neuresničene želje ter cilje; skratka-otroci so postali v tako tveganem (Giddens 1995) svetu, kjer je negotovost neizogibna, nekaj kar je za stalno oz. za vedno. »Otrok lahko postane središče zasebne eksistence posameznikov« (Ule in Kuhar 2003, 58). Daje življenju vseživljenjski smisel, vsebino in sidrišče v času, ko so vse druge dejavnosti, cilji in odnosi postali poljubni in zamenljivi, ko so vsi drugi projekti začasni in negotovi (prav tam, 58). Prav tako pa starševstvo v sodobni družbi postaja vse bolj odgovorna naloga z vse večjimi zahtevami in deluje kot breme in ovira v odločanju za otroka (prav tam 2003). »Prav zaradi novih razsežnosti starševstva, novih razmerij in motivov, se poleg psihološke želje po otrocih pojavljajo tudi dileme, dvomi in ovire, zaradi katerih postaja starševstvo težak, za nekatere neuresničljiv projekt« (prav tam, 58). Proces odločanja za starševstvo je torej daljši in vse bolj prepleten s številnimi zunanji dejavniki, ki pogojujejo našo odločitev za otroka; eden izmed pogostih dejavnikov so materialne predpostavke, ki so del zahtev za odgovorno starševstvo. V individualizirani družbi je opazen pritisk na starševstvo, saj otrok postaja na nov način odvisno bitje, ki stalno potrebuje prisotnost odraslih oseb, ki opredeljujejo, skrbijo, svetujejo, upravljajo s sedanjimi in prihodnjimi duševnimi in telesnimi potrebami otroka (prav tam, 59).

Ločitev seksualnosti od reprodukcije pa je še bolj pomembno vplival na spremembo partnerskih razmerij. Ženske so postale tiste, ki odločajo o rojstvu otrok in se zaradi vse višje izobraženosti ter vpetosti v delovno sfero vse kasneje odločajo za materinstvo. Želja po vse večji uspešnosti žensk v družbi ne pomeni, da žensk ne zanima materinstvo, toda na prvo mesto praviloma postavi kariero in posledično materinstvo preloži v poznejša obdobja. Prav tako je tudi razvoj medicine eden od dejavnikov, ki je omogočil, da se materinstvo prestavi v poznejše obdobje (Ule in Kuhar 2003, 60), družbeno sprejemljiva meja za materinstvo se je tudi temu primerno podaljšala. Odlaganje s starševstvom pa vodi posledično tudi do problema neplodnosti. Tehnološka reprodukcija oziroma novi načini človeške reprodukcije so privedle do spreminjajočih se konceptov starševstva in sorodstva in dostikrat predstavljajo zmede in nejasnosti okoli opredelitve starševstva (Keržan 2008, 173).

2.2 Biološka dimenzija materinstva

Želja po materinstvu ni nekaj naravnega, saj gon po materinstvu vpelje kultura, tako da je vloga matere naravnost družbena. Najmanj sprememb v postmodernosti je zaznati ravno na področju razumevanja materinstva, saj se predvsem preko te vloge opredeljuje žensko družbeno vlogo: ob tem je materinska identiteta osrednji moment razvoja in istovetenja še za mnoge ženske (Kristan 2005, 195). Učenje materinstva poteka že od zgodnjih otroških let preko igre z igračo, ki simbolizira bodočega otroka. Deklice se preko igranja naučijo družbenega materinstva in ne biološkega, saj je otrokom zamolčana celotna biologija nosečnosti in hranjenja z lastnim telesom. Bistvo igre je, da se deklica nauči vrsto dejavnosti, ki so povezane s skrbjo in delom za otroka (Oakley 2000, 207). Znotraj feminističnega gibanja je bila tema o materinstvu ena bistvenih točk, zato je treba omeniti, da so feministke že sredi šestdesetih let jasno izpostavile dejstvo družbene konstituiranosti materinstva; to pomeni, da ne gre toliko za 'naravno' kategorijo, ampak za ideološko (Kristan 2005, 190). Feministke se niso več strinjale z običajnimi predstavami materinstva, ki so podpirale mit o dobri materi; svojo pozornost so usmerjale predvsem na razkrivanje ideologij, ki so se osnovalle okoli institucije materinstva (prav tam, 191). Materinstvo kot tako ni niti produkt biologije niti zgolj stvar kulture. Zanimivo je, da se materinstvo obnavlja in nadaljuje največkrat skozi psihološki odnos mati-hči. Matere namreč vzgajajo hčerke (predstavljajo hčerkam materinske sposobnosti), ki želijo biti matere, s tem pa se žensko materinstvo samo sebe ciklično reproducira (prav tam, 198).

Ženske so zaradi svoje reproduktivne funkcije videne kot subjekt, ki je ujet med naravo in kulturo. Kljub temu da se je družinsko življenje osvobodilo reproduktivne funkcije, oz. da so otroci postali možnost izbire, je materinstvo še vedno ključni dejavnik konstituiranja družine. »Materinstvo še naprej ohranja funkcijo določene (družbene) predstave, v katero se je ujela naša kultura« (Kristan 2005, 200). »Ženska družbenost je opredeljena z biološkimi (naravnimi) atributi, paradoksalno pa je, da ta biološkost ni naravna per se, ampak je družbena« (Švab 2001, 69). Njena biološkost je družbeno opredeljena in njena družbenost je biološko determinirana (prav tam, 96).

Najmanj sprememb v postmodernosti je zaznati ravno na področju razumevanja materinstva, saj se predvsem preko te vloge opredeljuje žensko družbeno vlogo. Alenka Švab (2001, 96) pravi, da je ženska materinska identiteta najmanj dovzetna za postmoderne spremembe in ostaja nespremenjena. Materinstvo je v evropski perspektivi tesno povezano s spolno

identiteto, saj sta spol in materinstvo družbeni kategoriji, ki se tesno prepletata in je običajno vezana na heteroseksualno zvezo oziroma na dualizem moški-ženska (prav tam, 97–98). Mit o materinstvu, ki trdi, da je biološka vez med materjo in otrokom nenadomestljiva, je le miselnost zahodne družbe. Raziskave so dokazale (Oakley 2000), da se otroci, ki odraščajo v drugačnih socialnih skupnostih, razvijajo enako pozitivno kot tisti, ki odraščajo s svojo biološko materjo. Res pa je, da je mati tista, ki večinoma preživi največ časa z otrokom. Zato se posledično ustvari navezanost otroka nanjo. Sindrom prikrajšanost za mater se razvije le v kulturah, kjer obstaja izključna vez med materjo in otrokom (Oakley 2000, 229). Kljub vsemu obstaja dejstvo, da je prav biološka določenost ženske skozi reproduktivno specifičnosti tista, ki se v družbenih zaznavah in opredelitvah najpočasneje spreminja (Švab 2001, 114). Za materinstvo še vedno velja, da je ena izmed ontoloških osnov družbene organiziranosti in s tem potrjuje tezo o nespremenljivosti oziroma ukoreninjenosti povezave ženska-narava nasproti moškemu-družbi (prav tam, 114).

Na biološko dimenzijo materinstva pa je zelo vplival hiter razvoj reproduktivnih tehnologij in s tem posledično spremenil razmerje med socialnostjo in biološkostjo materinstva. Zaradi novih reproduktivnih tehnologij in množičnega zaposlovanja žensk, je materinstvo postalo privlačno polje ideoloških bojev oz. argumentacij.

2.2.1 Družinske spremembe in novo očetovstvo

Moškost ter očetovstvo je v preteklosti idealizirala podoba belega, heteroseksualnega moškega, srednjega razreda (Conel v Rener in drugi 2008, 38), njegova ključna dimenzija družbene identitete pa je materialni preskrbovalec družine. Vloga očeta je bila v preteklosti avtoritativna, saj je predstavljal družino navzven, zato je bila njegova vloga javna, medtem ko materinska veljala za bolj zasebno. »Družbena podoba moškega v 19. stoletju se torej oblikuje prek pozicioniranja v javno sfero« (Švab 2001, 118). Moških v primerjavi z ženskami, ki se zaradi reprodukcije povezuje s spolno vlogo, ne razumemo kot spolna bitja. Zato ni nič nenavadnega, da vloga materinskosti predstavlja konstitutivni element družine in zasebnosti, materinstvo pa se še vedno umešča v ontologijo družine kot izključno in nenadomestljivo vlogo (Švab in ostali 2006, 79).

Sedaj, v postmodernosti pa se očetovska vloga zelo spreminja in od tu izraz novo očetovstvo. V postmodernosti je opredeljeno z vse večjo vpletenostjo očetov v (nova) razmerja z otroki

(Švab 2001, 125). To se tudi povezuje z družbenimi spremembami, saj otrok ne predstavlja več ekonomske funkcije, kar je veljalo za predindustrijsko družbo, temveč zadovoljuje čustvene potrebe staršev in predstavlja strošek. Očetje nimajo več vloge patriarhalnega preskrbovalca družine, ampak naj bi igrali drugače pomembno vlogo v otrokovem življenju (Lupton in Barclay v Rener in drugi 2008, 39). Zato je odločitev za otroka skrbno načrtovan projekt v življenjskem poteku posameznikov (Švab 2001, 136). Spremenjen odnos do pridobitve potomstva pa se kaže v povečani vlogi in aktivnosti očetov do svojih otrok. Intenzivnejša skrb za otroke je prestavilo obdobje starševstva v poznejša leta, s tem pa je opazen tudi padec stopnje rodnosti.

Starševstvo v postmodernosti je kot zelo zahteven projekt, izredno odgovoren in za nekatere posameznike celo stresen, saj je otroke potrebno obvarovati pred raznolikimi negativnimi vplivi, ki pretijo iz okolja in ogrožajo otrokov obstoj (Švab 2001, 136). V modernosti je bila očetovska vloga homogena, sedaj pa se je njegova vloga močno pluralizirala. Vstop žensk na trg delovne sile je zamajal avtoritativno vlogo očetovstva, toda to ni edini dejavnik, ki je načel patriarhalno avtoriteto. Novo očetovstvo se kaže v večji vpletenosti k skrbi za otroke; očetje si želijo imeti večjo, bolj aktivno vlogo, tako da stopajo v tesnejša razmerja, kot pa so to počeli njihovi očetje (prav tam, 125). Očetje so danes torej drugačni kot v preteklosti. Bolj naj bi bili vpleteni v družinsko življenje, vključeni v družinsko delo in imeli naj bi večjo skrb za otroke, čemur sociologi pravijo *aktivno očetovstvo* (Rener in drugi 2008, 35). »Prakse starševanja tukaj vzpostavljajo povsem nove pomene starševstva, materinstva in očetovstva in prav tu se ustvarjajo tiste dimenzije fenomena novega očetovstva, ki poleg značilne aktivne vpletenosti očetov v družinsko življenje dodajajo nove značilnosti očetovstvu, kot smo ga poznali v modernosti« (Rener in drugi 2008, 35). Ideologija novega očetovstva je povezana s tem, da se očetovstvo predstavlja kot življenjsko priložnost moških, da lahko v starševstvu prevzamejo enako vlogo kot partnerice in se lahko izkažejo tudi v čustveni vpletenosti ob skrbi za otroka (prav tam, 68). Toda zato se pred moške kot očete postavlja vrsto nasprotujočih zahtev: »da hkrati preskrbujejo in negujejo, da so hkrati aktivni straži in materialni preskrbovalci« (Collier 1999 in ostali v Rener in drugi 2008, 69). Prav zato in tudi zaradi vseh družbenih pričakovanj aktivnega očetovstva, se nekateri posamezniki v vlogi očeta ne znajdejo, kot bi si želeli.

2.2.2 Ideologija obveznega starševstva

Ideološka zasnova starševstva še vedno temelji na dveh različni poljih: žensko se povezuje z naravo in čustvi, moškega pa z družbo in razumom. Materinstvo se v osnovi povezuje z biološkostjo, medtem ko je očetovstvo še vedno družbeno določeno. V postmodernosti je materinstvo izbrana vloga in ne več družbeno predpisana vloga, toda ideologija obveznega starševstva je pri ženskah dosti bolj prisotna oziroma se od nje dosti več pričakuje kot pa od moške vloge. Čeprav nas ideologija materinstva prepričuje, da je materinstvo univerzalna institucija, pa je materinstvo v evropskem prostoru relativno nova institucija (Švab 2001, 98). Vse večja skrb za otroke ter vzgoja in povečana moč čustev so dokaz za spremenjen odnos do razumevanja otroštva in materinstva.

Ideologija obveznega materinstva je še vedno močno ukoreninjena, kljub temu da materinstvo ni več prioriteta žensk. Spremenilo se je le to, da čas za materinstvo ni več tako natančno določen, ker se od žensk pričakuje, da bodo sprva zgradile kariero in se kasneje odločale za starševstvo. Tako prihaja do navidezne svobode materinstva, ki po eni strani ni več družbeno predpisana vloga in izključno ženska identiteta, hkrati pa se biološka opredeljenost materinstva le povečuje. V postmodernosti se te družbene spremembe kažejo v spreminjanju prednosti v življenjskem poteku posameznic »bolj kot za to, da se ženske ne odločajo več za materinstvo, gre za predvsem časovno fleksibilizacijo možnosti odločanja za materinstvo, ki se največkrat realizira kot odlašanje odločitve za materinstvo na poznejša leta v življenjskem poteku« (Švab 2001, 104). Torej je ideologijo obveznega materinstva nadomestila ideologija odloženega materinstva. Navideznih izbir je ogromno, v resnici pa je možnost samo ena in sicer prelaganje odločitve za materinstvo. Razlogi za prelaganje materinstva v poznejša leta niso proces svobodnih izbir, kasnejše odločanje določajo predvsem zunanji dejavniki kot je trg delovne sile oziroma zaposlitev.

Se pa zaradi takšnih ali drugačnih ovir pojavljajo tudi takšne ženske, ki se v svojem reproduktivnem procesu zavestno odločijo, da ne bodo imele otrok. Toda to je že drugi del naloge, ki govori o različnih dejavnikih družbene stigmatizacije žensk brez otrok, saj odstopajo od normativnih določil, ki materinstvo predstavlja kot nekaj obveznega in družbeno pričakovanega. »Če je v modernosti institucija materinstva temeljila na ideologiji obveznega materinstva, to za postmodernost sicer ne drži več, a tudi ne pomeni, da institucijo materinstva označuje odsotnost vsakršne ideološkosti. Spremenili so se kvečjemu družbeni konteksti ideologije obveznega materinstva« (Švab 2001, 103–104).

V postmodernosti je novo tudi to, da se večja število istospolnih partnerstev in istospolnih družin, zato je prišlo do demistifikacije materinstva, ki se odraža na razbitju vezanosti materinstva na heteroseksualno partnerstvo ali zakonsko zvezo.

Materinstvo v postmodernosti je v primerjavi z očetovstvom najmanj spremenjeno, saj prav biološka determiniranost žensk skozi reproduktivnost pomembno vpliva, da se ta vloga le še krepi in je manj dovzetna za spreminjanje (Švab 2001, 115). Ideologiji očetovstva pa »postmodernost narekuje novo ideološko percepcijo, ki med drugim promovira aktivno vključevanje moških na vseh ravneh družinskega življenja« (prav tam, 127). Večja vključenost moških v družinsko življenje se kaže na številnih družbenih ravneh. Zаметke vključevanja očetov v družinsko življenje lahko opazimo v zlatih letih nuklearne družine, že iz petdesetih let; takrat je bila ideologizacija očetovstva preko televizijskih programov, kot tudi danes preko množičnih medijev in znanstvenih diskurzov - očitna. Takrat se je začel spreminjati pojem očetovstva in posledično se v sedanjosti kaže, da so očetje močno vpleteni v družinsko življenje (prav tam, 129). Kar se v postmodernosti pričakuje od očetovstva ni to, da nadomesti materinskost, pač pa naj bi očetje razvili socialne veščine, ki vključujejo zmožnost skrbi za druge ter odpovedovanje na račun družinskega življenja. Torej je glavni problem očetovstva, kako sploh očetovati. Moški še niso tako večji v raznovrstnih aktivnostih in praksah očetovstva in starševstva. Ideologija očetovstva je sporna v tem, da zahteva spolno nevtralno starševstvo, kar pa za očete predstavlja problem, saj ne znajo materiniti (Collier v Švab 2001, 131). Ideologija obveznega starševstva je namreč v sodobni družbi postala vse bolj odgovorno delo in naloga in ravno zato predstavlja nekaterim posameznikom veliko breme in oviro v odločanju za starševstvo.

2.3 Nove oblike intimnega življenja

Oblike intimnega življenja, med katere sodijo odnosi med starši, otroci, odnosi znotraj sorodstvenih vezi ter prijateljski odnosi, so bili podvrženi intenzivnim spremembam, ki jih je prinesla pozna modernost. Velike družbene spremembe se vedno odslikavajo tudi v spremembi intimnega in družinskega sveta (Beck-Gernsheim 1994 v Ule in Kuhar 2003). Posledično so se osnovna pravila, na katerih ljudje utemljujejo svojo zasebnost, temeljito spremenila. Velikopotezni razvoj individualizacije so močno vplivali na položaj intimnosti znotraj razmerja in družine.

2.3.1 Individualizacija partnerstev

Življenje v predmodernih družbah je bilo določeno in opredeljeno s številnimi tradicionalnimi zvezami: »Od družinskih gospodarstev in vaških skupnosti, domovine in vere, pa vse do stanovske in spolne pripadnosti« (Beck in Beck Gernsheim 2006, 56). Medtem pa življenje v modernih družbah kaže na velike spremembe, povezane z načinom življenja, ki so privedle do velikopoteznih procesov individualizacije. Po eni strani se krhanje tradicionalnih vezi kaže v vse večji avtonomnosti posameznika, po drugi pa se s tem izgublja opora in varnost, ki je bila v predmoderni družbi zelo jasna. Soočamo se z vse večjimi možnostmi in izbirami, ki samo navzven delujejo tako, v bistvu pa smo obkroženi z vse večjimi pritiski in prisilami, ki narekujejo, kako oblikovati svoje življenje, da postane smiselno. Takšne spremembe lahko povežemo z rastjo gospodarstva in ekspanzijo izobraževanja, saj se je dosegla tako visoka materialna raven, ki je dovolj visoka, da presega neposredno zagotavljanje obstoja (prav tam, 58).

Tako se je spremenilo tudi področje intimnega življenja, ki razume družino predvsem kot čustveno skupnost in ne stvar ekonomskega dogovora. Družina v tako individualiziranem svetu predstavlja psihično zaščito ter zatočišče, v katerega se lahko posameznik zateče in ravno v tej instituciji dobiva svoj življenjski smisel ter stabilnost, ki je zunaj družine vse manjša. Še prej so bila stroga in jasna pravila, sedaj pa je ogromno možnosti in izbir življenjskih slogov. Zato takšno življenje prinaša nove oblike obremenitev tudi v partnerstvu (Beck in Beck Gernsheim 2006, 62). Prišlo je do novih oblik družin, partnerstva ter intimnosti. Z ločitvijo seksualnosti od reprodukcije so se osnovna pravila, na katerih ljudje utemeljujejo svojo zasebnost, močno spremenila. V ospredju je posameznik, njegovo lastno izpolnjevanje pričakovanj ter preko skupnega partnerstva iskanje samega sebe.

2.3.2 Spremembe v družinskih skupnostih

Klasična jedrna družina je bila sestavljena iz bioloških staršev in otrok. Ravno ta oblika oziroma model je izgubil svojo družbeno funkcijo, saj se posamezniki raje izognejo pravnim posledicam zakonske zveze in se raje zavežejo drugačnim oblikam razmerij. V pozno moderni dobi pa je pojmovanje družine zelo težavno in nejasno, saj se pojavljajo mnoge, nove družinske oblike. Od enostarševskih, reorganiziranih, razširjenih družin itd. (Ule in Kuhar 2003, 49).

Sociologi opažajo, da so vezi v družbi vse bolj ohlapne, tako da posamezniki ne sklepajo več toliko zakonskih zvez kot prej, ampak se raje odločajo za drugačne oblike skupnega življenja (Goričan 2010, 123). Tako družina ni več tesno povezana s sklenitvijo zakonske zveze in nove družinske oblike ostajajo izven tega. »Odprli so se torej novi prostori svobode, vendar so ti novi prostori svobode družbeno povsem nezaščiteni« (Beck 2001, 157). Formalnopravni okvir pojmuje ter opredeljuje družino: 2. člen zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerij (ZZZDR, Ur. L. RS, 69/2004). Družina je torej življenjska skupnost raznospolnih staršev in otrok. Družina ni obravnavana kot oblika, če v njej ni vsaj en otrok. Je pa družina lahko oblikovana samo z enim roditeljem ali posvojiteljem ali odraslo osebo, ki skrbi za otroka. Zaradi vse bolj različnih oblik kohabitacij, sociologi predlagajo novo uvedbo pojmovanja družine, ki ne bi bila tako razločevalna in nezadostna (Rener in drugi 2006, 16). Toda vseeno te spremembe ne bi rešile glavnega problema; pojem družine je ideološki in stereotipni konstrukt, ki se je oblikoval zato, da se preko nje uveljavljajo določene oblike družbenega nadzora (Rener 1995, 25). Kljub velikim premikom v družinski politiki, je v Sloveniji še vedno ta politika naravnana k ohranjanju enodružinskega modela in to je sodobna jedrna družina. Čeprav je politika odprta za različne oblike družin, je še vedno čutiti preko socialne in pravne zaščite, da je jedrna družina tista, ki si zasluži največ varstva države. S tem so ostale nekatere družinske oblike zapostavljene in niso upravičene do vseh tistih pravic kot jih imajo jedrne družine.

Problem se pojavi že pri opredelitvi družinskih oblik, saj se poimenovanje teh novih oblik vzpostavi šele z odmikom od klasične, jedrne družine. Heteroseksualna družina je še vedno norma in vse kar od tega odstopa, bi naj bilo deviantno in nenaravno (Rener in drugi 2006, 135). Pogosto se spregleda, da sodobne družine in kohabitacije niso zaprti sistemi, temveč skupek praks, ki niso sestavljeni samo iz skrbi za otroke, temveč so prepleteni s skrbjo vseh vpletenih v odnosu. Bodisi v družini ali izven družine, v prijateljskih vezeh in podobno. Ljudje v postmoderni družbi ne povezujejo oz. pogojujejo svojih odnosov z jedrno družino in B. Goričan meni, da bi tem trendom morale slediti tudi zakonodaje na področju družine.

Izvedenih je bilo ogromno raziskav, v katerih se so raziskovale nove družinske oblike in vpliv netradicionalnega družinskega življenja na otrokov pozitiven razvoj (Golombok 2000). Golombok (2000) navaja izsledke raziskav, ki pravijo, da genetska vez med otroci in starši ni zagotovilo za njegov uspešni razvoj. Ni pomembno, ali gre za posvojiteljske družine ali družine, ki so prišle do otrok z biomedicinsko pomočjo ali za družine, kjer je samo en starš biološki in drugi socialni. Glavna ugotovitev je bila, da ni dokazov, da je tradicionalna

družina najboljši model za vzgojo otrok, ostale družinske oblike pa tudi ne predstavljajo grožnje za otrokov razvoj in blaginjo. Za njegov razvoj je torej najpomembnejša kvaliteta družinskega življenja in odnosov v njej (Goričan 2010, 126).

2.3.3 Družinske politike

Pomemben mejnik novele zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, ki je stopil v veljavo 01.05.2005 (ZZZDR, Ur. L. RS, 69/2004) je, da se pravice, ki govorijo o pravicah do stikov, vežejo na otrokove pravice in ne pravice staršev. Z novelo ZZZDR je tudi v našem pravu sprejeto, da ima otrok pravico do stikov z osebami, s katerimi je družinsko povezan in tudi na njih navezan. To se izpodbija samo v primeru, če je to v nasprotju z njegovimi koristmi (Goričan 2010, 127). Sodobne družinske zakonodaje stremijo ravno k ohranjanju odnosov s pomembnimi posamezniki za otrokov kvalitetni razvoj. Oblikovalci družinskih politik vse prepogosto zanemarjajo vprašanje, kakšne družinske oblike največ doprinesejo k otrokovemu pozitivnemu razvoju. Osredotočajo se predvsem na negativne vplive v družinah, ki niso normativne in odstopajo od klasične družine. Čeprav je opazno, da se vse manj ljudi odloča za zakonsko zvezo, za klasične modele družin in za otroke, je še vedno v družbi prevladujoč model tradicionalne družine kot najboljši prostor za vzgojo otrok.

Skoraj vse evropske države imajo zakonsko urejene različne oblike družinskega ter partnerskega življenja. Prav tako je opazen premik v uvedbi zakonodaje, ki ureja registracijo skupnosti istospolnih oseb. Čeprav ta ni povsod enaka, oziroma se jo ne izenačuje pravno z zakonsko zvezo in se zato ne priznava vseh pravic kar se tiče družinskega življenja, je pa vse bolj ohlapno in zelo različno zakonsko določeno razmerje partnerjev do otrok. Dober primer prakse, kjer zakonodaja najbolj pravično urejuje življenjske skupnosti posameznikov, je Nizozemska. Leta 1998 so sprejeli zakon o registriranem partnerstvu, ki velja ne glede na heteroseksualno ali homoseksualno ureditev. Kasneje, leta 2001, pa so sprejeli še štiri zakone, ki omogočajo sklenitev zakonske zveze in posvojitve otrok istospolnim parom. Posamezniki lahko urejajo življenjske skupnosti, ne glede na spolno ureditev partnerstva; na voljo imajo tako sklenitev zakonske zveze kot registriranega partnerstva (Goričan 2010, 127). Prav tako je istospolnim partnerjem omogočena pravica do posvojitve otrok, tako da je Nizozemska dober primer prakse s posvojitvijo otrok istospolnih partnerjev.

2.4 Socialno starševstvo in biološki determinizem

Kljub temu da se družinsko življenje spreminja in je opazen premik koncepta iz sorodstvene povezanosti k vse bolj prevladujočem pomenu socialnih struktur, je poseben paradoks to, da se sicer pojavljajo spremembe, posebej povezane z materinstvom, ampak se odvijajo v smeri intenziviranja biološkega determiniranja in ne stran od njega (Švab 2001). Zaradi razširjenih oblik družinskih skupnosti ter uporabe reproduktivnih tehnologij, je bilo potrebno razširiti pomen starševstva in nasproti biološkemu postaviti socialno, saj starševstvo ne more temeljiti le na krvnih vezeh, temveč na medčloveških odnosih nasploh.

2.4.1 Socialno starševstvo

Čez celotno zgodovino so bila sorodstvena razmerja vedno odvisna od političnih, religioznih in ekonomskih družbenih struktur in obratno; uvedba določenih sorodstvenih pravil je vplivala na družbeno življenje, politiko in ekonomijo (Zaviršek 2012, 3). Starševstvo je kot ena izmed oblik sorodstvenega razmerja temeljilo tako na bioloških kot na socialnih povezavah in je bilo tako krvno kot družbeno, oziroma določeno z biološkimi in socialnimi vezmi in obrednimi odnosi (prav tam, 3). Čeprav se družinsko življenje spreminja, še vedno ljudje v pogovorih radi prisegajo na biološki determinizem krvnih zvez (prav tam, 4). Pomembnost genske oziroma biološke povezave je v družbi še vedno zelo pomembno in zato so tisti, ki od tega odstopajo, pogostokrat stigmatizirani.

V zadnjem času so opazne spremembe, saj se zasnova sorodstvene povezanosti premika k vse bolj prevladujočem pomenu socialnih struktur. To pomeni, da so sorodstveni sistemi manj pomembni za človekovo preživetje in obenem bolj prepleteni s socialnimi vezmi. A kljub temu v pravnem smislu sorodstvo in starševstvo v Sloveniji še vedno temeljita na krvnih povezavah in poročnih zvezah (Zaviršek 2012, 3). A v praksi to ne drži, saj statistični viri govorijo povsem drugače: ljudje se vse več ločujejo, manj poročajo, živijo v enostarševskih družinah, živijo z istospolnim partnerjem, se poslužujejo različnih tehnik oploditev z biomedicinsko pomočjo, kar pa še bolj spreminja koncept starševskih vezi. Vse to pa ustvarja napetost: »Med vsakdanjo prakso in veljavnimi zakoni, ki pričajo o tem, da je področje urejanja družinskega življenja polno nasprotij« (prav tam, 4). Prav tako pa novi načini človeške reprodukcije vplivajo na način razmišljanja o vezeh med posamezniki, ki so družbeno prepoznani kot sorodniki (Keržan 2008, 172).

2.4.2 Opredelitev socialnega starševstva

Za lažje razumevanje je biološko starševstvo nasproti socialnemu. »Socialno starševstvo je družbeni odnos, socialna kategorija in koncept, ki zaradi sprememb v vsakdanjem življenju ljudi pridobiva vse večjo znanstveno pozornost« (Zaviršek 2006; Zaviršek in ostali 2007 v Zaviršek 2012, 4). Socialno starševstvo oziroma takšno poimenovanje je bilo potrebno ravno zaradi tega, ker pojem »staršev« praviloma predpostavlja krvno povezanost med odrasli in otroki ali poročno zvezo dveh odraslih ljudi (prav tam, 4). Socialno starševstvo ne temelji na bioloških povezavah, ampak povezavah med otroki in odraslimi, ki niso vpleteni v krvna razmerja (prav tam, 4).

Dandanes smo priča porastu družinskih razmerij, v katerih je prepleteno tako biološko kot socialno starševstvo. Najdemo jih pod nazivi: reorganizirane družine, posvojiteljske družine, istospolne družine, družine, v katerih je bila uporabljena medicinska reproduktivna tehnologija,... (Zaviršek 2012, 4). Socialno starševstvo temelji na socialno-čustveni komponenti in je glede na časovno dimenzijo stalen, po svoji kvaliteti pa intimen in vsebuje ekonomsko odgovornost odraslega do otrok (prav tam, 4).

Antropološko gledano lahko sorodstvena skupina temelji na bioloških in socialnih zvezah, ki jo med seboj povezuje poročna zveza, ki formalizira sorodstvo ali pa tudi ne (zunajzakonska skupnost in registrirana in neregistrirana istospolna skupnost z otroki). Lahko pa temelji le na socialnih vezeh in ni vezana na institucijo zakonske zveze, temveč na socialna razmerja med dvema (ali tudi več odraslimi): ali med staršem in otrokom (npr. odrasla oseba, ki posvoji otroka), ki so vsa utemeljena na odnosu medsebojne skrbi, pripadnosti in bližini in na ekonomski vzajemnosti ali odvisnosti (v primeru otroka) (Zaviršek 2012, 4–5).

Prav takšni družinski odnosi seveda niso nekaj povsem novega; obstajali so v vseh človeških družbah, zaradi različnih ekonomskih in ideoloških razlogov pa so postali ravno ti odnosi v primerjavi s krvnim sorodstvom in poročno zvezo obrobni in celo manj vredni (Zaviršek 2012, 5).

Medicinska reproduktivna tehnologija pa še bolj kot posvojitve odpravlja predpostavko, da so zakonska zveza, heteroseksualna spolnost in reprodukcija neločljivi deli povezane narave celote, v kateri so starši in otroci med seboj povezani s krvnimi vezmi. Ravno zaradi tega starši niso in ne morejo biti z otrokom povezani le po krvnih vezeh ali poročni zvezi, zato je

potrebno konceptualno razširiti pojem starševstva in s tem medčloveških odnosov nasploh (Zaviršek 2012, 10).

3 SORODSTVO IN NOVE REPRODUKTIVNE TEHNOLOGIJE

Z razvojem novih reproduktivnih tehnologij se je spremenilo razumevanje sorodstvene povezanosti. »Zdi se sicer, da nove reprodukcijske tehnologije sorodstvena razmerja oslabijo v nasprotju z drugimi medicinskimi praksami in tistimi, ki jih vsaj na videz krepijo« (Keržan 2008, 14). Toda z uporabo reproduktivnih tehnologij je te spremembe zaznati le v drugačnem razumevanju sorodstvenih razmerij (preučevanje sorodstvenih odnosov, struktur in sistemov), ki omogočajo širše in globlje razumevanje odnosov med posamezniki (prav tam, 14). Ustvariti potomstvo je v naši kulturi še vedno razumljeno in prikazano kot nekaj naravnega, medtem ko so nove reproduktivne tehnologije prikazane zgolj kot pomoč naravi. Zato se neplodnim uporaba teh tehnologij kaže kot premagovanje naravnega nad kulturnim ter biološkega nad družbenim (prav tam, 16). Vse to pa je privedlo do širšega razumevanja sorodstvenih razmerij ter razrahljanja dosedanjega pojmovanja vlog matere in očeta. Z ločitvijo reprodukcije od spolnosti je tradicionalna družina in njeno pojmovanje zastarelo in jo je potrebno na novo opredeliti.

3.1 Zametki reproduktivnih tehnologij ter njihova današnja umestitev

V javnih in znanstvenih razpravah se največ etičnih vprašanj pojavlja ravno okoli nadomestnega starševstva, kar pa samo po sebi ni ravno nov pojav. V Biblijski Stari zavezi in v ostalih virih je že zaslediti, da je bilo nadomestno materinstvo ali oploditev s semenom drugega moškega možnost, da so posamezniki prišli do potomstva, kar običajna praksa (Keržan 2008, 30). Nekoliko bolj znanstven pristop k reprodukciji je bil opažen z izumom mikroskopa in odkritjem spermijev v letu 1677. Kasneje je škotskemu zdravniku Johnu Hunterju uspela prva dokumentirana umetna homologna, s semenom soproga osemeniti žensko, ki je kasneje rodila živega otroka (prav tam, 32). Naslednji pomemben mejnik je bil spočetje na celični ravni, to pomeni združitev jajčne in semenske celice. Kot najpomembnejša ločnica v razvoju novih reproduktivnih tehnologij, seže v leto 1978, ko se je »rodil« prvi otrok iz epruvete, deklica Louise Brown (prav tam, 33). To je bil prvi otrok »iz epruvete«, saj je bil spočet z in vitro fertilizacijo (IVF). Moška in ženska spolna celica je bila združena zunaj ženskega telesa, ter vstavljena v žensko kot zarodek, ki je že začel s celično delitvijo. Od

takrat naprej je tehnika IVF vsakdanja praksa po vseh koncih sveta. Pri nas v Sloveniji sta bili kot prvi spočeti dvojčici, leta 1984.

Hiter razvoj reproduktivnih tehnologij pa je zahteval zakonsko ureditev ter sprejetje zakona, ki bi urejal področje reprodukcije z biomedicinsko pomočjo. Zakon ter njegove določbe so se hitro spreminjale, saj hitremu razvoju ni bilo moč slediti, poleg tega se je pojavljalo tudi veliko različnih pogledov na dostopnost reproduktivnih tehnologij, še posebej na oplojevanje z biomedicinsko pomočjo. Zakon iz leta 2000 je: » ... natančno določil postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo, upravičence do postopkov, darovalske postopke ter v okviru tega očetovstvo in materinstvo pri tako spočetih otrocih, izvajalce postopkov, predvidel je državno komisijo, ki je odgovorna za izvajanje tega zakona« (Keržan 2008, 42). Darovanje spolnih celic je dovoljeno le v primeru posameznega darovanja, ni pa dovoljeno darovanje zarodkov. Vsak posameznik ali par, ki želi darovalski postopek, mora najprej na psiho-socialno in pravno svetovanje (prav tam, 43). Darovanje spolnih celic pa ni plačano in je vedno prostovoljno, kar predstavlja oviro, saj je spolne celice zato težko pridobiti. Ta problem bomo podrobneje predstavili v empiričnem delu.

Do spočetja z biomedicinsko pomočjo so upravičeni le heteroseksualni pari, živeč v zakonski ali zunajzakonski zvezi. Kot prvi predlog k spremembi obstoječega zakona se je dodala možnost, da bi bile vključene tudi samske ženske. Drugi predlog k spremembi zakona pa naj bi dovoljeval možnost dvojnega darovanja celic, ki omogoča rojstvo otroka tudi tistim parom, kjer sta oba partnerja neplodna. Tretja sprememba pa naj bi bila v tem, da bi bila odpravljena pristojnost državne komisije za oploditev z biomedicinsko pomočjo, ki je v prvotnem zakonu odločala o darovalskih postopkih. Zadnji predlog k spremembi zakona pa naj bi odpravil zahteve, da je potrebno pred vnosom zarodka, spočetega z darovano spolno celico, preveriti, če sta darovalca celice še živa (Keržan 2008, 45). Na vse te predloge se je javnost različno odzvala; zato so se oblikovali dve nasprotni strani, ki s svojimi stališči ter ideološkimi argumenti podpirajo, oziroma zavračajo vse te postopke novih reproduktivnih tehnologij.

3.2 Vpliv razvoja reproduktivnih tehnologij na materinstvo

Razvoj medicine in medicinskih tehnologij je povsem spremenil odnos in pogled na to, kaj je zavezano naravi (Keržan 2008, 158). Uporaba kontracepcije je bila prva, ki je omogočala nadzor nad rojstvom in ločila spolnost od spočetja. Zato uporaba novih reproduktivnih

tehnologij loči mejo med naravnim in umetnim, posledično pa se spreminjajo družbena dojetanja materinstva. Spremenjen je pogled družbe in družbeni pomen na *razmerja mati-otrok* (Švab 2001, 107). Feministična teoretičarka A. Kaplan (v Švab 2001, 107) je analizirala družbene podobe fetusa in matere ter prišla do ugotovitve, da fetus nadomesti mater kot subjekt. Družbene obsežnosti te spremembe so namreč zelo pomembne, saj je opazen proces emancipacije fetusa, ki je predstavljen kot neodvisno človeško bitje, v primerjavi s preteklostjo, ko je fetus nastopal le kot objekt, vezan na materino telo in od nje popolnoma odvisen (prav tam, 107). Sam razvoj reproduktivnih tehnologij pa je močno spremenil vlogo materinstva; mati je sedaj tista, ki se mora fetusu popolnoma podrediti v prenatalnem obdobju. Ko pa se otrok rodi, je mati ključna oseba za njegov razvoj. »Če je modernistična ideologija apelirala na mater (in jo s tem senzibilirala) z argumentom infantilne odvisnosti in nebogljenosti, se danes paradoksalno zdi mati tista, ki se vsaj v prenatalnem obdobju zdi nepotrebna oziroma je povsem podrejena fetusu« (Švab 2001, 109). Takšen preobrat je prinesel stopnjevanje materinske vloge in pomembnosti materinstva.

Tradicionalne teorije odnosa mati-otrok stremijo k povezanosti ženske z naravo, saj je šele takrat postala mati; njeno materinstvo je bilo motivirano le z instinkti in naravnimi nagnjenji (Oliver v Švab 2001, 110). Paradoksalno je, da materinstvo od začetkov moderne družine ni bilo samo biološko, temveč izrazito družbeno. Prišlo je do novih dimenzij ženske družbenosti, saj so se ženske začele vključevati v javno delovanje, zato se je spremenilo razmerja med naravnostjo in socialnostjo razmerja mati-otrok (Švab 2001, 111). Ženski se je ob bok postavila tudi njena socialnost in ne samo naravnost, kar ni mišljeno v vse večji smeri družbene avtonomije, ampak le na ravni družbene funkcionalnosti novih ženskih vlog (prav tam, 111). Ženske so postale dvojno obremenjene, saj jih je njihova vključitev na trg delovne sile prikrajšala za razporeditev dela v zasebnosti (prav tam, 111).

Z uporabo kontracepcije in novih reproduktivnih tehnologij so se spremenili tudi vedenjski vzorci v družbi in tudi reproduktivno vedenje. Uporaba kontracepcije je ženskam omogočila nadzor nad rojstvi in je postala eden od močnih argumentov ženske neodvisnosti. Reproductivnost je že od nekdaj družbeno urejevana in ravno družbena regulacija je tista, ki določa sprejemljive vedenjske vzorce, kontracepcijske metode pa so v tem kontekstu zgolj sredstvo za njihovo uresničevanje (Švab 2001, 112). Družbene norme se skozi čas spreminjajo in zato se - v primerjavi s preteklostjo - materinstvo prelaga v poznejša obdobja. Kljub naraščanju novih oblik partnerskih skupnostih, je prav materinstvo in njena biološka določenost tista, ki se najpočasneje spreminja (prav tam, 114). Materinstvo je kot osnova

ontološke organiziranosti družbe in ukoreninjenosti povezave med žensko-naravo povezano v poplavi novih znanosti, ki skozi naravo, biologijo in evolucijo pojasnjujejo sodobne družbene pojave (prav tam, 114). Družbena vloga družine in zasebnosti ni nič kaj drugačna v primerjavi s preteklostjo, gre le za spremenjeno kontinuiteto; to pomeni, da se stopnjujejo le pogoji, v katerih postmoderna družba deluje in je nedvomno družba novih družbenih razmerij (prav tam, 114). A. Švab pravi, da je mogoče ravno zaradi biološke opredelitve materinstva le-to najmanj spremenjen koncept in manj dovzeten za spreminjanje. Zato pa so družinske spremembe bolj očitne v zvezi z očetovstvom, ki je vedno bolj vpleten v različne dele družinskega življenja (prav tam, 114).

Zaradi vse višjih idealov materinstva in zvišanih pogojev na področju vzgoje in skrbi za otroke, je postalo starševstvo skrbno načrtovan projekt v posameznikovem življenju (Švab 2001, 140). Soočamo se z vrsto popularnih medicinskih in psiholoških nasvetov potencialnim staršem, tako od priprave na spočetje kot kasnejše vzgoje otrok. Ogromno je literature, ki izhajajo iz predpostavke o otroku kot ranljivemu bitju (prav tam, 140). Zaradi razvijajoče se tehnologije je nosečnost medicinsko nadzorovana in obsega vse mogoče preiskave ter analize. »Medicinski nadzor nosečnic obsega obvezne prenatalne diagnoze, genetske, krvne in druge analize« (prav tam, 141). Od tu fenomen protektivnega otroštva, saj se začne nadzor fetusa že v ženski maternici, z uporabo ultrazvoka, vse te prakse pa še stopnjujejo občutja bodočega starševstva in ga hkrati usmerjajo v večanje pozornosti do otroka in do zadovoljevanja njegovih potreb že v prenatalnem obdobju (prav tam, 141). Želja po otroku samo narašča in zato se tisti, ki se soočajo z neplodnostjo, raje odločajo za umetno oploditev, saj jih žene želja po biološki povezanosti - želijo si, da bi otrok imel njihove gene. Zato nove reproduktivne metode omogočajo parom, ki po naravni poti ne morejo imeti otrok, da postanejo biološki starši. V današnji družbi je še vedno zelo pomembno uresničiti biološko starševstvo. »Posvojitve tujega otroka je v vrsti poskusov imeti otroka še vedno zadnja izbira« (prav tam, 141).

4 NEPLODNOST

O neplodnosti govorimo, ko pri paru po enem letu rednih, nezaščitenih spolnih odnosov ne pride do zanositve (UKC Maribor 2015, spletni vir). Ob soočenju z neplodnostjo so pari in posamezniki deležni različnih družbenih pričakovanj in pritiskov, kar lahko posledično vpliva na odnos med partnerji ter delovanje parov v vsakdanjem življenju. Sodobna medicina ter hiter razvoj reproduktivnih tehnologij ponuja veliko različnih tehnik zdravljenja, ki naj bi

ljudem pomagale do rojstva težko pričakovanega otroka. Ker je v družbi še vedno pomembno imeti biološko potomstvo, se nekateri pari neizbežno soočajo z omejenimi možnostmi znanosti in tehnologije pri obvladovanju določenih naravnih stanj in procesov.

4.1 Različni vidiki pojava neplodnosti

Odločitev za otroka se zaradi vrsto družbenih pričakovanj, kot so: zaključek izobraževanja, vstop na trg delovne sile, iskanje redne zaposlitve, ustvarjanje lastnega doma, itd... prestavilo starševstvo v poznejša leta (Ule in Kuhar 2003, 70). Tako z leti narašča verjetnost, da bodo ženske težje zanosile in tudi težje uresničile svoja pričakovanja glede starševstva. »Neplodnost pomeni problem za 15-20 % parov, starih 35 let, in za 40 % parov, starih 40 let (v reproduktivni dobi je naravno neplodnih približno 2 odstotka žensk)« (Giuliano v Ule in Kuhar 2003, 70). Svetovna organizacija za zdravstvo ocenjuje, da se okoli osemdeset milijonov ljudi na svetu sooča z neplodnostjo. V Sloveniji se z neplodnostjo srečuje 15 odstotkov vseh parov oziroma vsak šesti (Neplodnost 2012). Ženske lahko s kontracepcijskimi metodami več let nadzorujejo, da ne bi prišlo do nosečnosti; po več letih, ko se par odloči za otroka, pa so lahko šokirani ob dejstvu, da po naravni poti ne morejo zanositi. Uradno lahko govorimo o neplodnosti, ko ženska po enem letu brez zaščite z rednimi spolnimi odnosi ne zanosí. Takšnim parom pa medicina omogoča in ponuja različne možnosti ter oblike zdravljenja. Spekter teh možnosti sega od hormonske terapije, ki je dandanes rutinska ginekološka praksa, do oploditve v epruveti ali umetne oploditve s pomočjo tehnike zamrzovanja in semenskih bank (Ule in Kuhar 2003, 138). Skratka, obstaja vrsto metod - od novejših, do spektakularnih in malo nenavadnih - skupni in glavni cilj pa je rojstvo težko pričakovanega otroka (prav tam, 138).

Zaradi spremenjenih življenjskih in družinskih razmer je težko primerjati neplodnost nekoč in danes, vsaj z biološkega vidika. Je pa dejstvo, da je neplodnost v družbi še vedno pereč problem in predstavlja za neplodne pare velik izziv, s katerim se morajo soočati. Po tem se lahko odločijo za medicinsko zdravljenje, za posvojitev otroka ali pa se zavestno za življenje brez otrok. Vsemu temu pa se pridruži še vrsto ostalih dejavnikov, ki so povezani z velikimi stroški in znatnimi omejitvami življenjskega sloga, z zdravstvenimi tveganji in čustvenimi obremenitvami (Ule in Kuhar 2003, 138). Psihološko ozadje človeške narave po pridobitvi potomstva, je botrovalo k nastanku in hitremu razvoju reproduktivnih tehnologij.

4.2 Psihološki vidiki soočanja z neplodnostjo

Glavni problem neplodnih parov je občutek razočaranja in prikrajšanosti za otroka. Ko se partnerja soočita z neplodnostjo, se sčasoma želja po otroku vse bolj veča in stopnjuje nestrpnost. Celoten življenjski potek se osredotoči na željo po starševstvu in postane glavno vodilo v življenju. Partnerja se pogosto zaradi tega izogibata prijateljem in sorodnikom, ki imajo otroke. Ob pogledu na tuje otroke je njun občutek prikrajšanosti še večji. Nekateri pari pa se pretirano čustveno navežejo na tujega otroka in mu posvečajo vso svojo pozornost (Burger in ostali 1995, 8).

Starševstvo je za spolno identifikacijo pomembnejše pri ženski kot pri moškemu, zato je neplodnost veliko hujše breme za ženske kot pa moške, saj rojstvo otroka za marsikatero žensko predstavlja celosten življenjski projekt in moški nekako lažje razreši pomanjkanje biološkega otroka na simbolni ravni kot pa ženska (Vegetti Finzi 1997, 126). Deutscheva meni, da lahko se ženski, ki ni sposobna poiskati ustrezne psihološke rešitve ali pomoči zaradi neplodnosti, spremeni njena osebna struktura (z intenziviranim narcisizmom ali pa agresijo) (Deutsch 1944, 3–4). V izvedeni raziskavi so Koropatnick, Daniluk in Pattison (1993) ugotavljali, kako se pari spoprijemajo z neplodnostjo, kakšne načine in strategije uporabljajo. Glavna ugotovitev je, da so pri mnogih neplodnih parih kot posledica neplodnosti prisotni občutki žalosti, nizka samopodoba, nezadovoljeno seksualno življenje, večja občutljivost, partnerske težave, somatski simptomi in depresija (Koropatnick in drugi 1993, 163–171). Pri raziskavi so prav tako ugotovili, da je med boljšo in slabšo prilagoditev na neplodnost razlika med pozitivnim/negativnim samovrednotenjem, višjim/nizjim socialnoekonomskim razredom in nižjo/višjo starostjo. To pomeni, da tisti, ki so imeli dobro samopodobo in so izhajali iz višjega ekonomskega razreda, ki so bili mlajši, so se lažje soočili s problemom neplodnosti (Deutsch, 1994). Prav tako je bila ugotovljena povezanost med nižjim stresom pri parih, ki so bili še v zgodnjih fazah zdravljenja ter preiskav, in so zato neplodnost doživljali kot začasno in negotovo (prav tam 1994).

V proces zdravljenja so ženske dosti bolj vpete kot moški, saj so izpostavljene različnim medicinskim tehnikami in se zato soočajo z vzponi in padci; pri tem pa mnoge ženske doživljajo pravi tobogan čustev (Ule in Kuhar 2003, 141). Spolno pogojene razlike v doživljanju neplodnosti so pri mnogih parih vir frustracij in napetosti (Bercko 2010, 67). V celotnem procesu zdravljenja neplodnosti so ženske pahnjene v različne tehnike, ob katerih se počutijo nemočne in so v najintimnejših upanjih izročene na milosti in nemilost (Ule in

Kuhar 2003, 142). V primeru neuspeha pa se morajo pari soočiti s še večjimi duševnimi bolečinam, ki so povezane z nezmožnostjo pridobitve potomstva. S frazo »iatrogeno trpljenje« poimenujemo obremenitve »v katerih si vselej znova diagnosticiran kot pacient oziroma bolnik« (prav tam, 142). To pa seveda vpliva na slabšo samopodobo in odnose med partnerji in družino. Zato nekateri prizadeti posamezniki v močni želji po otroku preizkusijo vrsto metod za zdravljenje neplodnosti. Sociologinja Barbara Katz Rothman (v Ule in Kuhar 2003, 143) je zapisala:

Vse te nove metode zdravljenja za prizadete osebe predstavljajo še vrsto dodatnih obremenitev. Predvsem gre tukaj za breme, povezano s pritiskom, ki jim narekuje, da se morajo še bolj potruditi. Koliko nevarnih poskusnih zdravil morajo požreti, koliko mesecev – ali celo let – se morajo nenehno mučiti s prisilnim merjenjem temperature in z nadzorovanimi spolnimi odnosi ob točno določenih časih, preden lahko mirne duše in z dobro vestjo z vsem tem odnehajo? Kdaj napoči trenutek, ko je nek par dejansko 'vse poskusil' in sme zato končno odnehati?

Sedaj je neplodnost postala kot nekakšna 'samovoljna odločitev', saj so tisti pari, ki ne poizkusijo vseh možnih metod, »sami krivi«, če ne morejo imeti otrok (Ule in Kuhar 2003, 143). Po eni strani nam razvijajoča se tehnologija daje vrsto izbir in možnosti, po drugi strani pa gre prav tako za nove pritiske in obremenitve, s katerimi se soočajo neplodni pari. Neplodnost je postal zdravstveni problem, ki ima lahko obsežen vpliv na zadovoljstvo z življenjem, kvaliteto življenja in psihološko stanje (Greil 1993b, 202).

4.3 Zdravljenje neplodnosti

Neplodnost so z medicinskega stališča obravnavali že Aristotel in Hipokratovi učenci, ki so vzrok videli predvsem v nepravilnosti maternice, na neplodnost pa je po njihovem mnenju lahko vplival tudi na način celotnega življenja (Repinc 2001). Sterilnost včasih ni bila medicinski problem, ki zahteva zdravljenje. Spopadanje z neplodnostjo pa se je počasi začelo spreminjati. Metode zdravljenja so bile zaradi nerazvite medicinske obravnave bolj vraževerne narave (Greil 1993a, 196). Posamezniki so posegali po različnih tradicionalnih postopkih, kot je pitje zeliščnih pripravkov, do odnašanja »magičnih kamenčkov« z dvorišča, kjer so živele družine s peterčki, v upanju, da bodo neplodne ženske potem tudi same zanosile (Gebhard v Greil 1993a, 196). Kasneje, ko je razvijajoča se medicina z modernimi koncepti

reproduktivne tehnologije začela pomembno vplivati na prakso zdravljenja neplodnosti, je izraz neplodnost končno nadomestil dotedanjo sterilnost (Mamo 2007, 29–30).

V Sloveniji sega obravnava neplodnosti v leto 1923, ko je bila ustanovljena ženska bolnišnica, v Mariboru pa pet let kasneje. Do takrat je bila posvojitev edina možnost, da neplodna partnerja postaneta starša (Andolšek-Jeras v Meden-Vrtovec, 1989). Zdravljenje neplodnosti se je postopoma razvijalo in doseglo velik mejnik, ko so na Ginekološki kliniki v Ljubljani, izvedli prvo oploditev zunaj maternega telesa (prav tam 1989). Raziskovalno delo ter razvoj tehnologije sta pripomogla, da se odpravijo težave pri čim več parih, ki se soočajo z neplodnostjo in tako so oploditve z biomedicinsko pomočjo postale neplodnim parom možnost za pridobitev biološkega potomstva.

Dostopni podatki Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1988 pravijo, da obstaja 50 do 80 milijonov žensk in moških v reproduktivnem obdobju z določenimi problemi z neplodnostjo (Repinc 2001). Profesor dr. Vlaisavljević (2011) pravi, da lahko v prihodnosti pričakujemo še večje število neplodnih parov. Zato je pomembno, da imajo neplodni pari možnost ter dobro dostopnost do vseh metod zdravljenja. Vzrokov za neplodnost je čedalje več: od naraščanja vnetij ženskega spolnega sistema, spolno prenosljivih bolezni, odlašanje z rojstvom prvega otroka itd. (prav tam 2011). Oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) pripomorejo k temu, da so tisti, ki so se soočali z neplodnostjo, danes starši. Letno se rodi okoli 300.000 otrok, spočetih z OBMP, od tega jih je 60 odstotkov rojenih v Evropi, 3,4 odstotkov v Sloveniji (Vlaisavljević 2011). V preteklih letih je Evropski register za IVF objavil poročilo, v katerem je Slovenija zasedla eno od petih mest po dostopnosti in uspešnosti OBMP, v družbi štirih skandinavskih držav (prav tam 2011). Kasneje, v zadnjem poročilu, se Slovenija uvrsti na drugo mesto, takoj za Dansko s 3,4 odstotkov otrok, spočetih z OBMP. V Sloveniji se reproduktivna medicina v zadnjih desetletjih razvija s trendom, primerljivim z najrazvitejšimi državami, kar je očitno iz izsledkov raziskav in poročil, a kljub temu določeni posamezniki iščejo pomoč zunaj meja. To pa zaradi nekaterih slabih, oziroma pomanjkljivih zakonskih določil. »Tudi pri OBMP je tako kot vedno, kadar gre za problematiko, vezano na reproduktivno medicino, želja po otroku, najmočnejše človeško čustvo« (prav tam 2011). Zaradi nekaterih dolgotrajnih postopkov in čakalnih dob za programe OBMP z darovanimi celicami, si nekateri neplodni pari poiščejo pomoč v tujini, navadno v kateri od sosednjih držav. Raziskovani par, ki ga predstavim v empiričnem delu, je prav tako poiskal pomoč v tujini.

V Evropi je po podatkih pomoč zaradi zdravljenja neplodnosti v tujini poiskalo kar 30.000 parov, od tega jih je bilo iz Slovenije 130 (Vlaisavljević 2011). Nacionalna strokovna združenja izvajajo strokovni nadzor nad zdravljenjem neplodnosti, med njimi je zelo pomembna največja strokovna organizacija ESHRE², ki združuje strokovnjake na področju reproduktivne medicine v Evropi (prav tam 2011). Število centrov za OBMP se je znatno povečalo, saj je bilo leta 2006 v Evropi 482 centrov, leta 2010 pa že 1016 (prav tam 2011). Polovici neplodnim parom se pomaga z zdravljenjem, polovici pa z laboratorijsko oploditvijo. To področje danes ureja zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), s katerim naj bi se ženski in moškemu pomagalo pri spočetju otroka in se jima tako omogočilo uresničevati svobodo odločanja o rojstvih njihovih otrok (Repinc 2001).

4.4 Odnos družbe do neplodnosti

Neplodnost v preteklosti je bila v preteklosti usmerjena predvsem na neplodne ženske, ki so bile v družbi kot take nezaželene. Izraz neplodnost je prej nadomeščal izraz jalovost, zato je bila plodnost žensk vrednota in njen ponos; če so od tega odstopale, so bile označene kot jalovke. O moški neplodnosti se je zelo malo govorilo, zanj so bili predpisani le določeni zdravilni pripravki, ki so bili namenjeni le za poživitev spolnega duha (Repinc 2001). Danes neplodnost ni več obsojana, je pa deležna pomilovanja, predvsem s strani ljudi, ki so se že dokazali kot starši (prav tam 2001). Neplodnosti niso posvečali take pozornosti kot plodnosti, zato se neplodnost obravnava kot individualni problem, posledica take zaprtosti se odraža še dandanes, saj se o njej govori le med tistimi, ki se jih tako ali drugače dotakne (prav tam 2001).

Glede na to da je neplodnost vse bolj pogosta, je nekaj povsem običajnega, da družbo ta pojav zanima. Družba določa, kdo je upravičen, da se mu pomaga in komu ne in tudi kdo bo lahko zagotovil, da se bo reprodukcija družbenih razmerij neokrnjeno nadaljevala pri njegovih potomcih (Repinc 2001). Glede na to da se mora v družbi ohranjati obstoječi družbeni red, je medicina tista, ki igra glavno vlogo pri tem. Torej določa, kateri so tisti, ki so primerni za starševsko vlogo in kateri ne (prav tam 2001). Homoseksualne pare, samske ljudi in ostale, ki ne ustrezajo psihofizičnim merilom, medicina zavrne, oziroma takim ne pomaga pri zdravljenju.

² European Society for Reproductive Medicine and Embriology.

Odnos družbe do zdravljenja neplodnosti je različen; nekateri postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo sprejemajo, drugi pa jo zavračajo, češ da gre za poseganje v delo narave. Podoba neplodnih moških in žensk je zapostavljena na dva različna načina, ugotavlja Naomi Pfeffer. Na eni strani neplodne obtožujejo duhovne neodgovornosti, saj pristajajo na tehnike, ki 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).

Po pojmovanju zahodne kulture ima vsaka ženska pravico do otroka in če ji to pravico odvzamejo, pomeni, da ji odvzamejo svobodo (Repinc 2001). Prav tako velja vse splošno prepričanje, če ženska ne more postati mama, je zato manj ženska in jo je treba pomilovati. V nasprotnem primeru pa - če se ženska zavestno odloči, da ne bo imela otrok po lastni volji, jo imajo za sebično in hladno. Zaradi teh prepričanj so ženske pod velikim pritiskom, saj menijo, da morajo v svojem življenju izpolniti starševstvo oziroma imeti otroke.

Leta 1990 je bila v Sloveniji opravljena raziskava o rodnosti. Takrat je kar več kot desetina anketiranih menila, da je ženska več vredna, če ima več otrok in da ženska in moški, ki nista starša, ne moreta biti dobra žena in mož, medtem ko se ostali dve tretjini anketirancev ni strinjalo s tem. Več kot polovica anketiranih je menila, da brez otrok ni srečnega zakona, slaba tretjina pa je temu nasprotovala (Černič Istenič 1994). Ta raziskava je zelo jasno pokazala, kako pomembna norma v družbi je imeti otroke.

Intenziteta norme pa je odvisna od socialnih skupin, ki nas obkrožajo (partner, prijatelji, interesne skupine, sosedge, sodelavci itd.) in od vpliva raznih ideologij. Veliko moč pri ustvarjanju mnenj imajo medijska sporočila, stališča političnih strank o družini, vzgojitelji in ostali strokovnjaki, prav tako tisti, ki oblikujejo stanovanjsko in bivalno okolje; skratka vsi tisti, ki oblikujejo standarde in norme našega obnašanja (Repinc 2001).

Jasno je, da imajo otroci v družbi še vedno zelo pomembno mesto v življenju posameznika. Predvsem zaradi nizke natalitete celoten sistem še vedno stremi k odločanju za otroke, zato se par odloči za otroka tudi pod pritiskom. Še večji pritisk pa doživljajo tisti, ki ne želijo ali ne morejo imeti otrok. Že od majhnega se učimo o nevarnostih spolnih bolezni, o nenačrtovani nosečnosti ali o neplodnosti ni toliko govora, zato je značilno, da tisti, ki se kasneje soočijo z neplodnostjo, doživijo toliko večji šok. Njihova okolica se s tem težko sprijazni (Repinc 2001). Negativen odnos do neplodnosti sega že v preteklost in ima še danes negativen prizvok. Ko par spozna, da po naravni poti ne bo otrok, se nad njima vzpostavi ogromen

pritisk, saj okolje, v katerem živita, še vedno uvršča otroke in družinsko okolje v sam vrh vrednot.

4.5 Medikalizacija neplodnosti

Širjenje medicine v splošne življenjske prakse je najmočnejši izraz medikalizacije družbe in pri tem procesu gre za spremembo znotraj moralnih redov družbe (Ule 2003, 27). Medicina in še posebej ginekologija prevzame nadzor nad ženskim telesom, kar ni vidno v porodnih praksah, temveč pri reproduktivnih zmožnostih nasploh (Štular 1999, 44). Medicinski diskurz govori o neplodnosti kot bolezni, zato se neplodne posameznike in posameznice obravnava kot paciente/pacientke (Farquahar 1996, 64).

Hiter tehnološki napredek omogoča in ponuja veliko možnosti zdravljenja, ki naj bi neplodnim parom pomagale do rojstva otroka. Kljub napredku pa so možnosti za odpravo neplodnosti relativno nizke, vsi ti postopki zdravljenja dostikrat predstavljajo tako fizično kot psihično bolečino. Izraz »iatrogeno trpljenje« (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 142) poimenuje obremenitve, ki so povezane z medicinskimi postopki, v katerih je posameznik/posameznica diagnosticiran kot pacient/pacientka. To pa pomembno vpliva na negativno samopodobo, na samozavest in socialne stike. Vsi ti postopki so dolgotrajni in zahtevajo veliko energije, zato prizadetim ostane bolj malo časa za kakšne druge dejavnosti, saj je »v središču pozornosti vse bolj otrok; tisti otrok namreč, ki ne pride in ne pride« (prav tam, 142–143). Neplodni pari zelo hitro spoznajo, da bodo morali zdravljenju podrediti vse svoje življenje. Ti pari različno sprejemajo neplodnost; mnogi ga dojemajo kot kronično stanje, ki se ne bo nikoli končalo, nekateri celo zelo težko sprejmejo misel, da niso zmožni po naravni poti spočeti otroka, zato vso svojo energijo in čas usmerijo v zdravljenje (Greil 1993b, 203).

Medicinsko osebje se usmerja zgolj na zdravljenje, premalo pozornosti pa posveča emocionalnim občutkom pacienta/pacientke, ki so dostikrat občutki poraza in osamljenosti (Greil 1993b, 203). Ravno pri zdravljenju neplodnosti se kaže splošna značilnost zahodnega medicinskega modela, kjer se zdravstvo osredotoča zgolj na telo in zanemarja duševnost (Doyal 1987, 183). Spoznanje neplodnih, da se njihova želja po otroku ne bo mogla uresničiti, lahko povzroči veliko osebno krizo, kar še posebej velja za ženske, saj je materinstvo še vedno eden izmed najbolj izpopolnjujočih vidikov ženske identitete.

Dion Farquahar trdi (1996, 65), da je medikalizacija neplodnosti postala šele z napredkom tehnologije, ki pa je omogočila zunajtelesno oploditev. Od takrat je medicinska pozornost usmerjena na neplodna telesa žensk in moških, iz njih je ustvarila objekte intervencije, usmiljenja in nadzora. Neplodnost je postala merljiv subjekt profesionalne identifikacije, merjenja incidence, medicinske kategorizacije in nadzora ter državne regulative (Bercko 2010, 89), čustvenim vidikom prizadetih parov pa se zdravstveno osebje zaradi pozitivističnega medicinskega modela dostikrat izogne.

5 MEDICINSKA REPRODUKTIVNA TEHNOLOGIJA TER SPREMENJEN KONCEPT STARŠEVSTVA

Medicinsko-tehnološka reproduktivnost vpliva na razmišljanje o vezeh med posamezniki, saj so družbeno prepoznani sorodniki in sorodstvena mreža se zaradi uporabe medicinske reproduktivne tehnologije lahko potencialno zelo razširi. Ravno zaradi darovalskih postopkov, ki najbolj radikalno spreminjajo pomen starševstva, se v koncept starševskih vezi vnese nove posameznike pa tudi veliko zmede ter nejasnosti glede opredelitve starševstva (Keržan 2008, 172–173). Nekateri posamezniki in pari potrebujejo za reprodukcijo obe tuji spolni celici, kar slovenska zakonodaja prepoveduje (ZZNPOB, člen 8.³), zato reproduktivno pomoč poiščejo v tujini. Po eni strani imamo vrsto izbir ter možnosti glede medicinske reproduktivne tehnologije, po drugi pa ravno nacionalne zakonodaje posegajo v reproduktivno avtonomijo posameznic in posameznikov in določajo, kdo je upravičen do medicinske reprodukcije in kdo ne. Ključno je, da z uporabo darovalskih postopkov prihaja do čisto novih razmerjih ter vezi, ki jih brez medicinsko reproduktivnih tehnologij ne bi bilo. Prav zato bi bilo dobro takšnim sorodstvenim povezavam urediti pravno-formalni status in ne samo slediti neformalnim povezavam med darovalci.

5.1 Obravnava in reševanje problema neplodnosti

Prvi zametki obravnave neplodnosti segajo iz leta 1923, ko je bila v Ljubljani ustanovljena Ženska bolnišnica, v Mariboru pa pet let kasneje, ko je bil odprt ginekološki oddelek tamkajšnje bolnišnice. Obravnava in reševanje neplodnosti sta bila takrat ustrezna tedanjemu

³ ZZNPOB: Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo.

znanju in merilom, tako da je bila posvojitev dolga leta praktično edina možnost, da neplodna partnerja postaneta starša (Andolšek-Jeras 1989 v Meden-Vrtovec 1989, 10).

Reproduktivna medicina pa se je v zadnjih desetletjih močno razvijala, zato danes iskanje medinske rešitve problema neplodnosti predstavlja neplodnim le eno od možnosti, ki so na voljo. Barbara Katz Rothman (1998, 141–142) poudarja, da moramo zdravljenje neplodnosti jemati kot zadevo samoodločitve in osebne izbire. Reševanje neplodnosti se lahko izkaže tudi na drugačne načine kot je zanikanje problema, menjava partnerja, posvojitev, selitev itd. Izbira rešitve je pogojena s socialnimi dejavniki kot so: razred, spol, rasa, starost, zakonski stan, izobrazba (Pfeffer 1987, 83). Skratka, izbira, za katero se bo neplodni odločil, je poleg socialnih dejavnikov povezana z osebnimi merili in načeli, saj je za nekatere zunajtelesna oploditev ali inseminacija z donorskim semenom ali posvojitev itn. nesprejemljiva. Različna stališča do reševanja neplodnosti pa ne pomenijo, da si nekdo bolj želi postati starš in nekdo manj. Prej bi lahko rekli: »da te skrajnosti poudarjajo dejanske družbene razlike, ki obstajajo med neplodnimi ženskami in moškimi« (prav tam, 84).

5.2 Metode in tehnike zdravljenja neplodnosti z biomedicinsko pomočjo

Zdravljenje ter obravnavanje neplodnosti je v zadnjem desetletju doživelo pomemben napredek in vse to dogajanje je vplivalo na nastajanje uradne zakonodaje. V Sloveniji zdravljenje neplodnosti ureja Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPB). Ta zakon ločuje in opredeljuje dve vrsti zdravljenja, kar pomeni, da na eni strani opredeljuje zdravljenje neplodnosti z zdravili, kirurškimi posegi in strokovnim svetovanjem, na drugi pa postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP). OBMP pomeni zunajtelesno oploditev z asistenco (intrauterino inseminacijo) ter ostale tehnike in metode zunajtelesne oploditve. Zakon v 5. členu določa, kdo je upravičen do postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo in v kakšni starostni skupini je ženska primerna za rojevanje (Uradni list 70/2000). Do zdravljenja neplodnosti sta torej upravičena moški in ženska, ki živita v medsebojni zakonski ali zunaj zakonski zvezi/skupnosti in po enem letu rednih spolnih odnosov ne pride do zanositve. Starost ženske, ki je primerna za rojevanje, je določena v starostni okvir 18 do 43 let. Leta 2008 sprejete spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja določajo, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) poravnava stroške šestih ciklusov IVF (in vitro fertilizacija) za

prvi porod živorojenega otroka, za vsak nadaljnji porod pa štiri cikluse (Vrtačnik Bokal, 2008).

Med tehnike in metode zanositve z biomedicinsko pomočjo sodijo:

- Osemenitev ali inseminacija (IUI): ta postopek je najmanj invaziven in eden izmed najstarejših tehnik zanositve z biomedicinsko pomočjo (Vlaisavljević 2006). Ta se dostokrat uporablja kot metoda prve izbire v postopku zdravljenja neplodnosti pred ostalimi zahtevnejšimi metodami. IUI je postopek, s katerim se v maternico prenese primerno koncentracijo opranih gibljivih semenčic (Kores-Testen in drugi 2011). Ta postopek se lahko opravi s semenom partnerja (homologna) ali s semenom darovalca (heterologna), kadar semenčic pri izlivu ne najdejo (Drobnič 2007).
- Sprožitev (indukcija) ovulacije: za spodbujanje ovulacije se uporabljajo zdravila. To terapijo se najpogosteje uporablja pri terapiji neplodnosti s tehnikami asistirane reprodukcije (Vlaisavljević 2006).
- Asistirana reproduktivna tehnologija (ART): ART zajema vse tehnike zanositve z biomedicinsko pomočjo, pri katerih se jajčno celico odvzame iz ovarija in se jo oplodi zunaj telesno. Najstarejši postopek ART je in vitro fertilizacija (IVF).
- In vitro fertilizacija (IVF): oploditev izven telesa matere se opravi tako, da se z iglo punktira jajčno celico, se jo prestavi v posodico z gojiščem in odloži v inkubator. Nato se doda število gibljivih semenčic; ko iz tega nastane zarodek, se ga postavi vstavi v maternico. Štirinajsti dan po embriotransferju se v hormonskem laboratoriju naredi test nosečnosti (Vlaisavljević 2006).
- Metoda neposrednega vnosa semenčice v jajčno celico (ICSI): ta metoda se uporablja za zdravljenje moške neplodnosti, kadar je kakovost semena slaba. Takrat se v laboratoriju za oploditev z biomedicinsko pomočjo pod posebnim invertnim mikroskopom v vsako jajčno celico vstavi po en spermij; na ta način oplojene jajčne celice se prav tako hrani v inkubatorju kot ostale jajčne celice po klasičnem IVF-u (Voršič 2013, 13).
- Neposreden vnos izbranega spermija v jajčno celico (IMSI): ta postopek spada med najnovejše metode, saj omogoča, da se pred izvedbo ICSI pogleda glave spermijev pri večji, 6000-kratni povečavi (Voršič 2013, 13). Spermiji z vakuolami po raziskavah kažejo, da se v nižjih odstotkih oplodijo jajčne celice v primerjavi z semenčicami brez vakuol, vplivajo pa

tudi na zarodke in nižajo možnost zanositve pri partnericah moških z najtežjimi oblikami neplodnosti (prav tam, 13).

- Sindroma hiperstimulacije jajčnikov: najpogostejši zaplet pri postopku stimuliranja jajčnikov za zunajtelesno oploditev je sindrom hiperstimulacije jajčnikov (OHSS – ovarian hyperstimulation syndrome) (Voršič 2013, 14). Gre za prevelik odziv jajčnikov na hormonsko spodbujanje, kar povzroča bolečine in napihnjenost v predelu trebuha (Virant-Klun in drugi 2002). Sindrom OHSS se preprečuje z metodo zgodnje aspiracije foliklov, pri kateri iz enega jajčnika aspirirajo folikularno tekočino in s tem zmanjšajo koncentracijo hormonov v jajčnikih (prav tam 2002). Klinično lahko razdelimo OHSS na več stopenj ogroženosti, zato je pri zmerni in hudi OHSS potrebno žensko hospitalizirati in zdraviti, saj brez zdravljenja lahko celo umre (Voršič 2013, 14). Nužen je stalni strokovni nadzor, med samo hospitalizacijo pa sta s partnerjem v hudem psihosocialnem stresu (Chang in Mu 2008).

5.3 Sorodstvene vezi in starševstvo

Novi načini človeške reprodukcije vnesejo v koncept starševskih vezi nove posameznike, ki jih doslej v okviru sorodstvenih vezi ni bilo; prav tako pa se pojavijo tudi nova sorojenska razmerja (Keržan 2008, 172). Zaradi uporabe tehnik človeške reprodukcije prihaja do drugačnih opredelitev vezi med posamezniki, ki so družbeno prepoznani kot sorodniki.

Medicinska reproduktivna tehnologija je zelo spremenila človekov odnos do biologije, reproduktivnosti in starševstva. Povečala je število reproduktivnih izbir in odločitev, predvsem pa tudi etičnih dilem (Zaviršek 2013, 378). Darovalski postopki in nadomestno materinstvo najbolj radikalno zarezajo v običajne, na videz neproblematične sorodstvene vezi, saj posledično sorodstvo ni več samo vez med posamezniki, ker se s temi postopki sorodstvena mreža zelo razširi (Keržan 2008, 172–173). In ravno razširjena sorodstvena mreža predstavlja veliko zmede ob opredelitvi starševstva. Pri nadomestnem roditeljstvu lahko materinstvo opredelimo na štiri načine: kot oskrbno materinstvo, genetsko materinstvo (darovalka) in nosečniško ali gestacijsko materinstvo (nadomestna roditeljica), na koncu pa še celovito materinstvo, ki združuje vse troje (prav tam, 173).

Če je dolgo veljalo, da je jedrna družina sestavljena iz dveh odraslih oseb in biološko povezanega potomca, danes zaradi oploditve z biomedicinsko pomočjo ni več tako. Darovanje spolnih celic ter njihova uporaba pomeni vnos novih sorodstvenih razmerij in odnosov.

»Starševska vloga nenadoma postane krhka, nejasna in negotova, saj ni vedno jasno, kdo je v primeru darovanja resnični starš« (Keržan 2008, 175). Če se pri oploditvi z biomedicinsko pomočjo uporabi le eno tujo spolno celico, bodisi žensko ali moško, druga pa je od partnerja ali partnerice, je vsaj eden od staršev genetsko povezan z otrokom. Zaplete se ob postopku, v katerem oba partnerja potrebujeta darovano celico; slovenski Zakon o zdravljenju neplodnosti in oploditvi z biomedicinsko pomočjo sicer to prepoveduje, a prepoved temelji na dejstvu, da noben od prejemnikov celic v tem primeru ne bi bil genetsko povezan z otrokom (prav tam, 178). Otrok bi imel v tem primeru štiri starše - dva genetska (darovalca spolne celice) in dva prejemnika darovanih celic, ki sta družbeno prepoznana kot starša. Z raziskavo, ki jo je opravil Dorjan Keržan (2008), je ugotovil, da je za moškega genetska vez z otrokom bolj pomembna kot za žensko, čeprav je darovanje spolnih celic za moške veliko bolj enostavno v nasprotju z darovanjem ženskih spolnih celic, ki zahteva potencialno nevarno hormonsko stimulacijo. Darovanje jajčnih celic je dosti bolj družbeno sprejemljivo; tudi zato, ker sta oba prejemnika darovane celice z otrokom povezana: oče genetsko in mati gestacijsko, še preden postaneta oskrbna starša (Keržan 2008, 189).

Informatorji so v veliki večini mnenja, da nosečnost določa materinstvo, torej ustvarja izrazito zunanjo družbeno vez med materjo, deloma tudi očetom in otrokom. Prav na podlagi tega so praktično skoraj vsi informatorji in informatorke zavrnila nadomestno roditeljstvo kot tehnologijo pomoči pri rojstvu otroka (Keržan 2008, 194).

Razumljivo je, da darovalski postopki in nadomestno roditeljstvo ustvarjajo nova sorodstvena razmerja, saj vsaj eden od staršev ni genetsko povezan z otrokom. Pri ženski se lahko ugotavlja, ali je z otrokom povezano genetsko ali sokrvno ali samo oskrbno, medtem ko gre pri moškem samo za genetsko ali oskrbno povezanost. Lynn Akesson izpelje tri tipe matere in tri tipe očeta, vendar je kombinacij za matere še več, celo kar sedem inačič:

- *kompletna mati je tista, ki je hkrati genetska, gestacijska in oskrbna – to so matere, ki so spočele otroka brez pomoči tehnologije oziroma s pomočjo postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo, vendar s svojimi spolnimi celicami in so otroka tudi donosile in rodile;*
- *gestacijska in oskrbna je tista ženska, ki je potrebovala darovano spolno celico, otroka pa je lahko donosila in rodila;*
- *samo genetska mati je darovalka spolne celice;*

- *genetska in gestacijska mati je nadomestna roditeljica, ki je hkrati tudi darovala svojo spolno celico;*
- *oskrbna mati je tista, ki je potrebovala darovano spolno celico in nadomestno roditeljico oziroma je to tudi vsaka ženska, ki je otroka posvojila, torej posvojiteljica;*
- *genetska in oskrbna mati je tista, ki je v postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo lahko uporabila lastno spolno celico, ni pa mogla roditi otroka in je za to potrebovala nadomestno roditeljico;*
- *gestacijska mati je nadomestna roditeljica, ki je rodila otroka, spočetega bodisi s spolno celico ženske, ki bo tudi oskrbna mati, bodisi s spolno celico darovalke (Keržan 2008, 206–207).*

Torej je možnih kombinacij veliko in prav zaradi teh nastajajo povsem nova sorodstvena razmerja. Dokler so darovalci spolih celic anonimni, so ta le teoretična, ki pa jih bi bilo potrebno zaradi njihovega sorodstvenega potenciala ter pomena in hkrati tudi zaradi možne primerjave s položajem v reorganiziranih družinah, analizirati (Keržan 2008, 208). Če reorganizirane družine in njihove medsebojne vezi delujejo dobro, bi tudi ukinitve anonimnosti darovanja privedla do novih sorodstvenih razmerij oziroma razmerij med sorojenci, rojenimi s pomočjo darovanih celic ali različnih nadomestnih roditeljic.

5.4 Reproductivna potrošnja in reproductivne izbire

Po ocenah, je bilo na svetu do leta 2012 z uporabo medicinske reproductivne tehnologije rojenih približno pet milijonov otrok (Blyth in Landau, 2004). Darovanje spolnih celic je opazno pogostejše v evropskih državah kot drugod, leta 2006 je bilo v Španiji največ darovanih celic - 6.547; v Sloveniji že zaradi njene majhnosti ni tako visoka številka, se pa Slovenija uvršča med države z visokim številom uporabe medicinske reproductivne tehnologije na milijon prebivalcev (de Mouzon in ostali, 2010).

Medicinska reproductivna tehnologija pa proizvaja tudi nove definicije bolezni, saj je neplodnost v razpravah bio-oblasti postala »bolezen« in tisti, ki si želijo otroka s pomočjo teh postopkov so označeni kot »bolniki« (Zaviršek 2013).

Bio-oblast je Foucault opredelil kot vrsto načrtovanj, znanj in razprav, povezanih z zdravjem, boleznimi, hendikepom ter ostalimi praksami poseganja v telo (Foucault 1990). Bio-oblast upravlja s človeškimi telesi, tako da jih disciplinira z različnimi diagnostičnimi postopki, tehnikami zdravljenja ter z zdravili. Za Foucaulta je ta oblast dokaz medicinske nadvlade nad posameznikovim telesom, pa tudi poskus, da se posega v človeški obstoj (prav tam 1990). Telesa se delijo na sposobna in nesposobna, zakonsko se določa kaj je »normalno« in kaj »ni«. Res pa je, da se še pred časom »nenormalno« danes normalizira zaradi vse večje ponudbe reproduktivnih »proizvodov«. Ljudi se spreminja v proizvajalce in potrošnike človeških celic ali celo življenj (Zaviršek 2013, 379). »Nezmožnost reprodukcije proizvaja torej nove bolnike, osebne spore in včasih stigmo« (prav tam, 379).

Po svetu deluje ogromno organizacij, ki posredujejo spolne celice, pomembno bi bilo izpostaviti danski Cryos (največjo semensko banko na svetu), ki dobavlja spermio več kot 70 državam po svetu. Prav to seme je cenjeno zaradi skandinavskega genotipa in zaradi tega, ker si lahko par ali posameznik izbere spolno celico bodisi znanega ali neznanega darovalca, kar naj bi spodbujalo vtis večje bližine med darovalcem in prejemnico spolne celice (prav tam, 380). S takim načinom postajajo reproduktivni postopki vse bolj javni in se spreminjajo v odprt odnos med dajalci in sprejemalci, med biološkimi in socialnimi starši in otrokom (prav tam, 380). Toda ne moremo posplošiti, saj je za veliko prizadetih posameznikov, ki se soočajo z neplodnostjo, to še vedno stigma in se gotovo ne bi strinjali z javnostjo reproduktivnih postopkov.

5.5 Reproduktivne izbire v Sloveniji

V Sloveniji naj bi imelo težave z zanositvijo kar 15 odstotkov vseh parov, oziroma vsak šesti (Neplodnost 2012). Pri nas je darovanje spolnih celic problematično, saj jih je bolj malo, še posebej pa ženskih spolnih celic. Žensko darovanje spolnih celic je možno le kot prostovoljno darovanje, ki pa ga spremljajo boleči postopki in hormonske stimulacije. Poleg tega se starši, ki pri zanositvi uporabijo tujo spolno celico, soočajo z negotovostjo, ali naj okolici in otroku povedo o njihovi predspočetni zgodovini ali ne (Zaviršek 2013, 380). Zaradi pomanjkanja spolnih celic se zvišuje tudi število prošenj za sofinanciranje oploditve z darovano spolno celico v tujini; nekatere Zavod za zdravstveno zavarovanje odobri, nekaj pa zavrne. Poleg tega imamo pri nas zakonodajne omejitve, kot je na primer prepoved uporabe spolnih celic dveh darovalcev in prepoved medicinske reproduktivnosti v primeru samskih žensk in

istospolnih parov; zato so netočni podatki, koliko otrok je rojenih z uporabo medicinske reproduktivne tehnologije, saj jih ravno zaradi zakonskih omejitev veliko odide po pomoč v tujino (Hrvaško, Češko, v zahodne države...) (prav tam, 380).

Nacionalne zakonodaje torej določajo, kdo si bo moral medicinsko reprodukcijo plačati sam in komu jo plača država (Zaviršek 2013, 381).

Po podatkih opravljene raziskave v Sloveniji leta 2012 (Bregar 2012 v Rebernik 2014), kjer so raziskovali zadovoljstvo ljudi, ki so imeli izkušnje s postopki medicinske reproduktivne tehnologije, je večina od 19 parov izjavila, da niso bili zadovoljni z dostopnostjo informacij in postopkov, ki so jih prejeli od medicinskega osebja, pa tudi ne s pridobljeno podporo med hormonskimi terapijami in prejetjem injekcij, punkcij, histeroskopij, ultrazvokov in vstavljanje spolnih celic ali zarodkov (Zaviršek 2013, 382). Največ jih je navajalo pomanjkanje informacij, saj si niso mogli ustvariti celotne podobe o tem, kako sploh poteka celotni postopek. To pa je posledica vse bolj učinkovite bio-oblasti, ki poseduje specifično znanje in deluje na neviden način, saj ustvarja odvisna in krotka telesa na ta način, da posameznice in posamezniki ponotranjijo njeno obravnavo (prav tam, 382). Prav tako izsledki raziskave navajajo, da nekatere uporabnice zaradi pomanjkanja informacij sploh niso vedele, da je spolno celico mogoče pridobiti v tujini. Poleg pomanjkanja informacij in nezadovoljstva, bio-oblast izvaja nadzor nad duševnim zdravjem ljudi. Vsi tisti, ki v postopkih medicinske reproduktivne tehnologije potrebujejo tujo spolno celico, morajo obvezno opraviti psihosocialno svetovanje (prav tam, 382). Že samo predhodno svetovanje je posledica vnaprejšnje predpostavke, da je roditi otroka s tujim genskim materialom, odstopanje od »normativov« in da je »ne imeti svojega otroka« posebna patologija (prav tam, 382).

5.6 Od socialnega starševstva k biosocialnosti

Hiter razvoj medicinskih reproduktivnih tehnologij je povzročil nastanek novih razmerij in socialnih vezi. Ameriški antropolog Paul Rabinow (v Zaviršek 2013) je razvil nov pojem biosocialnost, ki vnaša preseženo binarno opozicijo narava/kultura, premika meje med njima in na novo vzpostavi razumevanje biološkega in socialnega. Ameriški antropolog s tem konceptom zaobjame učinek genetskih raziskav, testiranj in drugih medicinskih postopkov, ki

bodo oblikovali nove tipe socialnih sorazmerij tako, da se bodo ljudje lahko v prihodnosti združevali tudi glede na biološke posebnosti (prav tam, 382).

Pri oploditvi s spolno celico tretje osebe nastanejo nove družinske oblike, ki se jih povezuje ravno z zaznamim novim premikanjem meje med biologijo in socialnim (Zaviršek 2013, 382). Če vzamemo za primer žensko, ki potrebuje za spočetje jajčece tuje darovalke, je potemtakem njena materinska vloga socialna, saj z otrokom ni gensko povezana in takšni otroci imajo v biološkem in socialnem smislu kar tri starše. Otrok ima lahko v primeru, če sta oba starša potrebovala tujo spolno celico, štiri starše, se pravi dva socialna in dva biološka. Če pa partnerja potrebujeta še gestacijsko mater (tisto, ki donosi otroka), ima otrok kar pet staršev: dva socialna, darovalca sperme in darovalko jajčeca ter gestacijsko mater. Veliko je možnosti oziroma oblik biosocialnosti, ki pa brez medicinske tehnologije sploh ne bi bile mogoče (prav tam, 382).

Po svetu smo priče neformalnim povezavam med darovalci, saj otrok lahko spozna darovalca, genetski starši ostanejo v stiku s starši, katerim so darovali spolne celice, lahko spoznajo otroka, lahko si z njim dopisujejo..., skratka možnosti je veliko (Zaviršek 2013, 383). Čeprav obstoj medicinsko reproduktivne tehnologije osvobaja od miselnosti, da je biološko edino in pravo starševstvo, vseeno ljudje želijo ohraniti navideznost biološkega starševstva ali ga vsaj mimikrirati (prav tam, 383). Okolici lahko zamolčijo uporabo tujega genskega materiala in pri izbiri darovalca izbirajo fenotipsko sebi najbolj podobnega.

Nova biosocialnost je polna nasprotij; po eni strani zabrisuje meje med biološkim in socialnim, po drugi pa vsekakor ohranja nadvlado biologije in nekatere družbene neenakosti (Zaviršek 2013, 383). Zakonodajne omejitve vsekakor narekujejo reproduktivnost v specifičnih intimnih razmerjih, prav tako pa se skozi zakonodajo ohranja ekonomska razmerja neenakosti (prav tam, 383).

5.7 Etične dileme ter vprašanje incesta

Nove reproduktivne tehnologije postavljajo vrsto etičnih dilem ter vprašanj, saj so brez dvoma globoko zarezale v današnje razumevanje družine in sorodstvenih vezi. Čeprav je pridobitev potomstva univerzalna pravica vsakega posameznika, se zaradi nacionalnih, ideoloških, političnih, kulturnih, ekonomskih in ostalih omejitev ta pravica odvzame, ali jim sploh ni na voljo in se jih oropa ene izmed najdragocenejših izkušenj v življenju.

5.7.1 Etična vprašanja

Pravica odraslih, da imajo svoje potomce, se lahko zaostri v primeru, ko to ni mogoče po naravni poti. Postavljajo se etične dileme, kdo sploh naj bi bil upravičen do uporabe medicinske reproduktivne tehnologije. Kako je s pravicami tistih, ki so invalidi in tistih, ki živijo z napredujočo boleznijo in ali so do uporabe medicinskih reproduktivnih tehnologij upravičeni predvsem premožnejši in zdravi?

Vsi ti postopki reproduktivnosti so precej dragi in nekateri si jih zaradi ekonomskih razlogov ne morejo privoščiti, zato ne morejo biti deležni postopkov umetnih oploditev. Že tu nastaja selekcija, ki ni naravna, temveč je njen vzrok v socialnem statusu. Kako naj si revna družina, ko je ugotovljena genska okvara v jajčni celici, privošči, da se mitohondrijski material biološke matere zamenja z darovalkinimi (Zaviršek 2013, 383)? Odgovor je jasan, pa čeprav naj bi vsi imeli enake pravice za spočetje otroka so socialne, politične in biološke okoliščine ene izmed tistih, ki vplivajo na potek zdravljenja neplodnosti z medicinsko reproduktivno tehnologijo.

Velika etična dilema je tudi to, ali naj se otroku zamolči njegova predporodna zgodovina? Nekatere zakonodaje omogočajo, da lahko otrok izve, kdo so njegovi biološki starši, nekatere pa to pravico odrečejo oziroma zamolčijo. V Sloveniji zakonodaja določa, da so darovalci spolnih celic anonimni, zato otroku, spočetem z biomedicinsko pomočjo nikoli ne bo znano, kdo so njegovi biološki starši. Sprejetje takšne zakonodaje jasno sporoča, kaj je ustrezalo družbi, ki je starševstvo utemeljevala na biologiji, in da se je varovanje podatkov zdelo najboljša možnost predvsem za starše, ki so otroku lažje prikrili svojo gensko tujost, pa tudi darovalcem, ki se niso hoteli razkriti (Zaviršek 2013, 384).

Dandanes se je že večina nacionalnih zakonodaj spremenila in omogoča, da je darovanje spolnih celic dovoljeno le tistim, ki so se pripravljene potomstvu, h kateremu prispevajo z biomaterialom, poznani (Blyth in Frith 2009).

Socialni starši se torej soočajo z vrsto pritiskov in nasvetov, kako postopati v primeru spočetja s tujim genskim materialom. Eric Blyth (Blyth in Frith 2009) navaja nekaj najpogostejših razlogov, zakaj otroku zamolčati njegovo predspočetveno zgodovino. Molki lahko svetujejo zdravniki, socialni delavci, psihologi .. (Zaviršek 2012; Bregar 2012 v Rebernik 2014). Dostikrat pa se starši zaradi stigme zavestno odločijo, da otroku ne bodo povedali, da niso

pravi biološki starši. Bojijo se, da jih otrok ne bi imel tako rad kot prej ali bi otrok želel spoznati biološke starše (kar mu je zaradi anonimnosti darovalcev onemogočeno), otroka in družino bi lahko okolica stigmatizirala ..., skratka dejavnikov, ki vplivajo na razkritje, je ogromno.

Etično vprašanje je tudi, ali bi bilo potrebno pravico do reproduktivne medicine omejiti samo na »dobre« starše (Zaviršek 2013, 384)? Težavna je že opredelitev, kdo sploh so »dobri« in kdo »slabi« starši: so to tisti z ekonomsko blaginjo, tisti, ki so psihosocialno zreli, so »dobri« starši tisti, ki so nosilci dobrih genov.... (prav tam, 384). Opredelitve dobrega starševstva praktično ni, je pa skupek nekih mišljenj ter pogledov, kaj pomeni »dober« starš.

Nekateri prav tako poudarjajo, da naj bodoči starši, ki se poslužujejo medicinske reproduktivne tehnologije, opravijo predimplantacijsko genetsko testiranje, saj so v primeru tveganja za prenašanje dednih bolezni dolžni preveriti zarodke (Zaviršek 2013, 384). To pomeni, da starši izberejo, kateri zarodek bo vstavljen v maternico. Od tu naprej pa se opravi nov krog oploditvene tehnologije, saj se lahko zavrže vse zarodke, ki ne ustrezajo spolu, barvi oči ali čemu drugemu (prav tam, 384).

Medicina naj bi bila tista, ki je dolžna preveriti ter zagotoviti preiskave, s katerimi bo preprečila širjenje genetskih poškodb in zagotovila, da starši opravijo obveščeno izbiro (Goldsammler in Jotkowitz 2012). S temi postopki naj bi bilo vse manj bolezni in telesnih oviranosti, posledično pa bi bila vse večja družbena enakost, saj hendikepirani preživljajo v življenju številne neenakosti in diskriminacije (Zaviršek 2013, 385).

Vse te nove prakse in zunajmaterične oploditve predstavljajo tudi moralne dileme ter izkoriščanje v drugačne namene, kot je izbira spola med zarodki. V takšnih primerih moderna tehnologija ustvarja mentaliteto neenakosti, saj zaradi kulturnih praks v nekaterih predelih sveta, kot je Indija, Kitajska in tudi drugod, povečuje infanticidne prakse dojenčkov ženskega spola in število splavov. To pa posledično vpliva na razmerje spolov v družbi in zaradi tega selekcija spola iz nemedicinskih razlogov vzbuja resna moralna, pravna in ostala družbena vprašanja.

Eno od največjih etičnih dilem se pojavlja ob vprašanju, ali naj bo gestacijsko/surogatno materinstvo plačano delo ali dovoljeno zgolj kot altruistično dejanje? »Ta je za nekatere

postranski vir zaslužka, za druge vir preživetja in za tretje industrija z velikanskimi profiti« (Zaviršek 2013, 385). Največji vzrok za odločitev opravljanja gestacijskega materinstva je ekonomska stiska, oziroma za prebivalke Indije način preživetja. Cena ter stroški gestacijskega materinstva se v Ameriki gibljejo med 70.000 in 90.000 dolarji, medtem ko je v Indiji gestacijsko ali nadomestno materinstvo plačano od 12.000 do 25.000 dolarjev (prav tam, 385). Razlika v ceni privede do izkoriščanja »cenejšega blaga« in revnim Indijkam klinika izplača le minimalen delež, okoli 4.000 dolarjev, kar pa je zgolj za kritje osnovnih materialnih pogojev za življenje; s tem denarjem ženske nekako rešujejo družinsko situacijo. Poleg tega je ogroženo tudi njihovo zdravje, saj se jih obravnava kot blago, kot »maternice za rojevanje«.

Reproduktivne izbire torej prinašajo nove etične dileme, zato je eno od temeljnih vprašanj, kako naj dosežki medicinske reproduktivne tehnologije pripomorejo k kvalitetnemu življenju vseh ljudi, da ne bi prihajalo do normiranosti in zlorab zaradi nemedicinskih razlogov (Zaviršek 2013, 386).

5.7.2 O incestu

Strah pred incestom imajo skoraj vse družbe ter kulture predvsem zaradi biološkega stališča, saj incest predstavlja grožnjo, ker povečuje tveganje kombinacije slabih genov, oziroma genetskih bolezni. Prav tako lahko incestne vezi delujejo razdiralno na družinske in sorodstvene vezi, ker lahko ogrozijo razmerja in odnose, ki veljajo za temelj družbene ureditve (Keržan 2008, 214–215).

Problem incesta se pojavi tudi pri vprašanju novih reproduktivnih tehnologij, ko je potrebno za zanositev uporabiti tujo spolno celico. Jeanette Edwards (1995) je v svoji raziskavi v Angliji prišla do ugotovitve, da je pomemben omejitveni dejavnik pri uporabi darovanih spolnih celic ravno strah pred incestom. Zato je pomembno, da obstaja natančen register darovalcev. Britanski zakon omogoča vpogled v podatke vsem tistim, ki so bili spočeti z darovano spolno celico, medtem ko je pri nas po slovenski zakonodaji mogoče celice enega darovalca uporabiti v največ dveh družinah, njihova identiteta pa ostane anonimna. Medicinska stroka ter zakonodajalci o vprašanju incesta menijo, da je možnost morebitnega incesta in s tem povezane genetske nevarnosti, zanemarljiva, saj živimo v majhnem prostoru, pa tudi uporaba darovanih celic je zelo redka (Keržan 2008, 216).

Primeri uporabe novih reproduktivnih tehnologij sicer vsebujejo možnosti neke vrste incesta, ki pa niso vezani na spolni odnos, kot je to pri običajnem razumevanju incesta, pač pa na posredovanje posameznikovih identitet skozi tehnološki postopek. »Ta incest, ki ga lahko imenujemo incest tretjega tipa, temelji prav na tehnoloških postopkih umetne oploditve, saj drugače praktično ni mogoč. Posebnost in paradoks incesta tretjega tipa je torej, da gre za incest, pri katerem umanjka spolni odnos« (Keržan 2008, 224).

Skratka dejstvo je, da so nove reproduktivne tehnologije povežavo biologije ter sorodstva zelo dobro premešale. Prikriti strah pred incestom vsekakor obstaja zaradi zmešnjave, ki jo lahko povzročijo nove reproduktivne tehnologije, ki nastopajo v povezavi z reproduktivno medicino relativno pogosteje (Keržan 2008, 219).

5.8 Izbira darovalca spolne celice ter njena etničnost

Kljub temu da so spolne celice darovalk in darovalcev anonimne, se pri izbiri celice vseeno upoštevajo fenotipske značilnosti, kot so višina, teža, barva oči, barva las ter polt. Prejemniki celic in otrok, ki se rodi, naj ne bi izrazito odstopal od videza svojih staršev. Fenotipske značilnosti med otrokom in starši je za zdravnike in tiste, ki potrebujejo tuje spolne celice, pomembna, saj zunanja podobnost med starši in otroki zagotavlja poleg identitetne povezanosti tudi pomemben dejavnik zunanje povezanosti (Keržan 2008, 229). Zunanja podoba naj bi bila za starše celo bolj pomembna, ker jim je na ta način gradnja identitete starševstva olajšana. Se pa na ta način prikriva resnica o biološki nepovezanosti med otrokom in naročnikom in ščiti kredibilnost biološkega materinstva/očetovstva, prejemnice/prejemnika celice (prav tam, 230).

Poleg zunanje podobnosti, je pri oploditvi z biomedicinsko pomočjo za medicinsko stroko ter politiko zelo pomembno (in je potrebno paziti), da se pri morebitnem uvozu spolnih celic ne bi mešale različne rase. Bizarno bi bilo, če bi ženska s tujo spolno celico rodila otroka drugačne polti, kot je njena in njenega partnerja. Navzven bi bila ženska označena kot prešuštnica, saj ženska rodi otroka, moški zagotovi celico in če otrokova barva kože ne ustreza barvi kože staršev, bodo najprej žensko povezali s prešuštvenim spolnim odnosom, četudi to ne bi bilo resnično (Keržan 2008, 233). Zaradi tega problema večina semenskih bank zagotavlja rasno ustreznost darovalcev in na ta način se realnost rasizma v humani

reprodukciji, ki ga s svojim zagotavljanjem rasne čistosti darovalcev le reproducira in spodbuja (prav tam, 233).

Za politike in zdravnike pa je poleg rase pomembna tudi etnična pripadnost celice, saj trdijo, da so v genskem zapisu poleg videza, zapisane tudi ostale sposobnosti in nagnjenja, kot je ideološka pripadnost, narodna pripadnosti in podobno (Keržan 2008, 234). »Gre za logiko, ki na eni strani na domačih tleh zahteva, da se rojevajo otroci, spočeti z domačimi celicami, domačimi geni« (prav tam, 238). Po drugi strani pa je razmišljanje, da se zaradi ogroženosti dotoka potrebne delovne sile iz manj razvitih dežel, od tujcev, ki imajo višjo stopnjo rodnosti, zahteva, da zmanjšajo število rojstev tako pri nas, kamor so se preselili, kakor doma, od koder so prišli (prav tam, 239).

6 PRIPRAVA PARTNERJEV NA ZDRAVLJENJE NEPLODNOSTI

Neploidnost je v večini razprav obravnavana kot patologija para, zato spoznanje o lastni neplodnosti predstavlja velik šok za posameznika in posameznico. Zdravljenje neplodnosti pa je poleg same uporabe medicinske reproduktivne tehnologije prežeto še z vrsto drugih dejavnikov, ki vplivajo na sam potek zdravljenja; od posameznikovega soočanja in doživljanja neplodnosti, dolgih čakalnih vrst v zdravstvenem sistemu, odnosov z zdravniškim osebjem in z okolico. Ker je neplodnost v družbi še vedno stigmatizirana, predstavlja življenjsko preizkušnjo, s katero se morajo pari soočiti.

6.1 Soočenje z neplodnostjo

Ob ugotovitvi neplodnosti sprva posameznika ali posameznico doleti velik šok, kasneje ga spremljajo še občutki jeze, sramu, prizadetosti, bolečine, krivde in tudi manjvrednosti. Neplodnost je zelo velika stiska ter vpliva na vse nadaljnje odnose tako v družini kot zunanji okolici. Parom se začnejo pojavljati različna vprašanja, ki pa so povezana z velikim številom reproduktivnih izbir. Ali sploh imeti otroka, če po naravni poti to ni mogoče, kako začeti z zdravljenjem, kako to poteka, kolikokrat poizkusiti, ali je bolje iti na zdravljenje v tujino, ali povedati okolici, komu zaupati... Skratka posameznik ali posameznica se mora soočiti z vrsto zavestnih odločitev, ki dostikrat terjajo osebne stiske zaradi negotovosti.

Ker je bila plodnost skozi celotno zgodovino cenjena vrednota, je neplodnost v družbi še vedno stigmatizirana in tabuizirana, še vedno velja za odklon od »standarda normalnosti«. Problem neplodnosti se ne obravnava družbeno, temveč se ga povezuje na osebnem nivoju kot problem posameznika; prav zato je pritisk na prizadetega posameznika ali posameznico toliko bolj močan in predstavlja življenjsko preizkušnjo, ki jo je treba prebroditi.

Dr. Vlaisavljević (2006) pove, da ima neplodnost še vedno značaj neke stigme, nesprejemljive človeške posebnosti, saj je bila v času, ko se je zdravljenje neplodnosti kot posebna veja medicine razvijala, medicinska znanost nad njo vzvišena. Od začetka je bilo v svetu samo nekaj uspešnih centrov za zdravljenje neplodnosti, danes pa je to precej drugače; vsaka država ima nekaj svojih središč, običajno enega na 250.000 prebivalcev. Da bi se odnos do neplodnih spremenil in neplodnost ne bi bila več stigma, bo potrebno o tem čim več javno govoriti in se zavedati, da lahko doleti prav vsakega, da po naravni poti ne bo otrok.

6.2 Začetni postopki zdravljenja neplodnosti

Na začetku zdravljenja, ko se par sprijazni, da bo potrebno poiskati medicinsko pomoč, se sprva pogovori o vseh težavah z zdravniškim osebjem oziroma ginekologom. Ta naj bi predstavil zdravljenje neplodnosti, vrste postopkov ter možnosti glede na njune težave. Sledi rutinski pregled spolnih organov, ginekološki pregled rodil, odvzem partnerjeve semenske tekočine, ki jo pregledajo ter ocenijo kvaliteto semena, oziroma gibljivost semenčic. Kasneje sledi odvzem ter analiza krvi, kjer raziščejo hormonski status in prisotnost morebitne bolezni. Po vseh opravljenih testih določijo način in datum zdravljenja (Neplodnost 2012).

6.3 Čakalne dobe

Najpogostejši problem pri nas so dolge čakalne dobe; za postopke ambulantnega zdravljenja je čakalna doba približno pet mesecev, za oploditev z biomedicinsko pomočjo pa približno osem mesecev, za samoplačnike pa več kot eno leto (Vlaisavljević 2006). Zato se nekateri odpravijo na zdravljenje v tujino na lastne stroške, kar pa zaradi ekonomskih omejitev vsem ni omogočeno. Vsi ti postopki so zelo dragi, zahtevajo ogromno finančnega odrekanja in na podlagi tega izvajajo selekcijo, kdo je upravičen do poizkusa več postopkov in kdo ne, saj Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije krije stroške le za štiri poizkuse vsem tistim, ki

so že starši in šest poizkusov tistim, ki še niso. Vsi nadaljnji postopki so samoplačniški. Obenem pa slovenska zakonodaja spodbudi reproduktivna potovanja, saj je postopek oploditve z dvema tujima spolnima celicami prepovedana, medtem ko marsikje v tujini ni.

6.4 Vloga zdravniškega osebja

Medicinska sestra in zdravnik neplodnemu paru v začetku zdravljenja neplodnosti predstavita cel potek zdravljenja, prav tako se pojasni potek postopkov ter možnosti stranskih učinkov. Vloga medicinske sestre naj bi imela velik pomen, saj par spremlja od vsega začetka ter spodbuja iskreno komunikacijo. Pogovor s pacienti je najbolj pomemben del zdravljenja, saj so pari, ki iščejo pomoč v ambulantni za zdravljenje neplodnosti že tako v življenjski stiski, saj jim je narava odrekla nekaj, kar je za večino ljudi nekaj povsem običajnega. Od zdravniškega osebja zato pričakujejo, da jim s tehnikami zdravljenja neplodnosti pomaga uresničiti največjo željo – rojstvo otroka. Pri vseh postopkih pa je vloga medicinske sestre, ki obravnava neplodni par, izjemno pomembna, saj največ komunikacije poteka ravno preko nje (Muršič, 2008).

Zdravstveno osebje ter proces, ki se gradi s pacientoma, tvorita terapevtsko komunikacijo, ki zajema skupno doseganje ciljev v razmerju med medicinsko sestro in pacientom ter ju postavlja v enakovreden medsebojni odnos, kjer sta oba aktivna udeleženca in se medsebojno spoštujeta (Pajnikihar 1999; povz. po Kogovšek, 2010, 16). Medicinska sestra skuša s terapevtsko komunikacijo pridobiti zaupanje pacientov, zato je temeljna pri razvoju pozitivne samopodobe; obenem vključuje visoka etična načela, kot je skrb za druge, zaupanje ter sočutje. Komunikacija je zato eno od osnovnih načel, ki vodijo do boljših odnosov in boljše zdravstvene oskrbe pacientov. Zelo pomembno je namreč, da prizadeti par čuti, kako se medicinsko osebje osredotoča nanje kot posameznike in jim pomaga k dobremu počutju (Kogovšek, 2010).

Zdravstvena oskrba je skupek sistemskih in človeških dejavnikov. Med sistemske dejavnike sodijo: zagotavljanje informacij, sodelovanje, usposobljenost zaposlenih, dostopnost ter udobje pacientov. Med človeške dejavnike uvrščamo: odnos zdravstvenih delavcev, medsebojno sporazumevanje, vključevanje pacientov v sam proces zdravljenja, zagotavljanje zasebnosti ter čustveno podporo (Dancet in ostali 2011). Če so upoštevani vsi ti dejavniki, je

zdravstvena oskrba kvalitetna in takšno pacienti potrebujejo. Še posebej pomembno je, da so zdravstveni delavci tako usposobljeni, da lahko zaznajo tudi psihične težave pacientov. Njihovo dolgotrajno zdravljenja neplodnosti lahko pogosto privede tudi do depresije, ki pa lahko zelo vpliva na kvaliteto življenja neplodnih parov.

Zdravstvena nega neplodnih parov je izjemno kompleksna, saj je neplodnost stanje, ki prizadene oba partnerja, ne glede na to, kdo od njiju ni ploden; zato je velik poudarek pri zdravljenju neplodnosti na komunikaciji, zaupanju ter sodelovanju obeh partnerjev z zdravniškim osebjem. Prav tako se pri obravnavi neplodnega para spoštuje njegova zasebnost, se celostno pristopa k zdravljenju in spoštuje njegove želje ter dostojanstvo.

Vloga medicinske sestre je izredno pomembna, saj spremlja par od samega začetka: od sprejema, skrbi za urejenost vse dokumentacije, naroča na kontrolne preglede, obenem pa se posveti še psihičnim in čustvenim potrebam para v postopku zdravljenja neplodnosti. Medicinske sestre imajo namreč veliko odgovornosti pri celotnem zdravljenju, saj se morajo paru posvetiti, mu prisluhniti in poskušati svetovati (Muršič, 2008).

7 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu magistrske naloge analiziram podatke, ki sem jih pridobila na podlagi dveh poglobljenih intervjujev ter kratko biografijo partnerke. Zaradi anonimnosti identitet obravnavanega para, sem poimenovala partnerko Nina (48 let) in partnerja Tomaž (45 let), živita v zakonski zvezi, zaposlena kot samostojna podjetnika. Neplodni par mi je zaupal zgodbo od začetka zdravljenja neplodnosti ter postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo s tujo spolno celico v tujini.

7.1 Opredelitev problema

Kljub temu da je neplodnost v družbi zelo pogost pojav, saj se z njim srečuje skoraj vsak šesti par, je še vedno tabuizirana tema. Prizadeti pari to izkušnjo jemljejo na osebnem nivoju kot osebni problem. V družbi je še vedno močno prisotna ideologija obveznega in biološkega

starševstva, zato so pari, ki se soočajo z neplodnostjo, postavljeni pred vrsto družbenih pričakovanj in pritiskov. S pomočjo novih reproduktivnih tehnologij pa skušajo priti do težko pričakovanega lastnega otroka. Dejstvo je, da so nacionalne zakonodaje tiste, ki določajo, kdo si bo moral medicinsko reprodukcijo plačati sam in komu jo plača država. V Sloveniji zakonodaja določa, da so darovalci spolnih celic anonimni in takšna ureditev zelo jasno sporoča, da je sprejetje takšne zakonodaje ustrezalo družbi, ki je starševstvo utemeljevala na biologiji. Prav tako pa je zelo težko pridobiti tujo spolno celico in takšna ureditev spodbudi reproduktivna potovanja, kot se je zgodilo tudi pri obravnavanem paru. Zdravljenje neplodnosti je zelo stresno in vpliva tako na posameznika kot na odnos med partnerjem in okolico. Z empiričnim delom bom skušala pridobiti globlji vpogled na soočenje para z neplodnostjo in prav zato sem se odločila za tako vrsto raziskave.

7.2 Cilj raziskave

Namen magistrske naloge je ugotoviti, kako diagnoza neplodnosti vpliva na življenjski potek prizadetih parov, s čim vse se morajo neplodni pari soočiti in kakšne ovire so jim na poti. Obenem je cilj raziskave poskus vpogleda v življenje neplodnega para, soočenje z neplodnostjo, doživljanje neplodnosti pri partnerjih, odnos okolice do neplodnosti in soočenje z nezmožnostjo biološkega starševstva. S tem delom želim le podkrepiti teoretični del in podati glavne ugotovitve magistrske naloge.

7.3 Raziskovalna vprašanja

Na osnovi študije neplodnega para sem želela v okviru magistrske naloge odgovoriti na naslednja vprašanja:

1. **Raziskovalno vprašanje:** Ali diagnoza neplodnosti pomembno vpliva na partnerski odnos – v kakšnem smislu?
2. **Raziskovalno vprašanje:** Ali je diagnoza neplodnosti vplivala na odnose z bližnjimi?
3. **Raziskovalno vprašanje:** Ali zdravniško osebje pri zdravljenju neplodnosti dobro poskrbi za pare z reproduktivnimi težavami?
4. **Raziskovalno vprašanje:** Ali je neplodnost v sodobni družbi tabuizirana in stigmatizirana tema?

7.4 Raziskovalna metodologija

V magistrski nalogi sem uporabila študijo primera, ki sodi najširše med interpretativne, subjektivne in kvalitativne pristope k študiji življenj. Študija primera nam omogoča celovit opis posameznega primera in njegova analiza ter opis značilnosti primera in dogajanja ter opis procesa odkrivanja teh značilnosti, to je proces raziskovanja samega (Mesec 1998, 45). V raziskavi odkrivamo subjektivnost udeležencev, oziroma natančneje - načine doživljanja življenjskega položaja, interpretiranja pomena pojavov in dogodkov in ravnanja (prav tam, 31). Teoretičen del je zgrajen na osnovi strokovne literature, knjig, člankov in svetovnega spleta, medtem ko je empirični del izveden z narativno življenjsko zgodbo neplodnega para. Do rezultatov sem prišla s poglobljenim intervjujem, z biografsko zgodbo, ki je zajemala življenjsko zgodbo para od postavitve diagnoze neplodnosti pa do konca zdravljenja. V tem primeru gre za tematski življenjski dokument, saj sem se ukvarjala z določeno temo, vprašanjem oziroma življenjskim področjem ter obdobjem.

7.5 Raziskovalni instrument ter postopek zbiranja podatkov

Raziskava je bila izvedena marca 2015. Vse potrebne informacije sem pridobila z dvema poglobljenima intervjujema; eden je bil namenjen partnerki, drugi partnerju, dodana je še biografija partnerke, v kateri je zapisala vse svoje občutke, doživljanje ter postopke, ki jih je izkusila med procesom zdravljenja neplodnosti. To je tudi izhodišče analize in osnovno izkustveno gradivo - besedni zapis biografije partnerke ter intervju partnerke in intervju partnerja. Pri analizi podatkov sem pridobljene podatke in odgovore vsebinsko razdelila na več sklopov oziroma tem. Iz vsakdanjega jezika/govora sem raziskovane teme preimenovala v raziskovalne probleme oziroma raziskovalna vprašanja. Da bi lažje odgovorila na raziskovalna vprašanja, so bile glavne teme mojega raziskovanja: doživljanje neplodnosti, vloga zdravniškega osebja med zdravljenjem neplodnosti, odnos med partnerjema in okolico, vpliv neplodnosti na vsakdanje življenje, soočanje s stresom in izgubami ter kako je neplodnost v družbi obravnavana. Pridobljene podatke sem sistematično uredila po sklopih ter jih zapisala pri rezultatih raziskave, na podlagi tega sem odgovorila na raziskovalna vprašanja. Pred začetkom raziskave sem prav tako določila faze raziskovanja - od formuliranja problema, pregled teoretičnih okvirov, izbor enot raziskovanja, zbiranje ter urejanje empiričnega gradiva ter analiza in interpretacija rezultatov.

7.6 Postopek obdelave podatkov

Sprva sem v biografiji partnerke podčrtale vse pomembne izjave, ki sem jim določila kode prve reda. Biografija je bila precej obsežno zapisana, zato sem se osredotočala na pomembnost določenih tem oziroma sklopov, ki so me vodila pri raziskovanju. To mi je pomagalo, da sem iz besedila izluščila pomembne podatke. Kasneje sem po pregledu biografije sestavila še vprašanja za intervju, odgovori pa so lahko dopolnili moje raziskovanje in ugotovitve. Ključni sklopi raziskovanja so sledeči: sam potek zdravljenje, doživljanje neplodnosti, vloga zdravniškega osebja pri zdravljenju neplodnosti, odnos med partnerjema in okolico, vpliv diagnoze neplodnosti na vsakdanje življenje (prosti čas, kariera), soočanje s stresom in izgubami ter kako je v družbi neplodnost obravnavana oziroma sprejeta.

7.7 Raziskovalni vzorec

V vzorec sta zajeti dve osebi in sicer par, ki se je vrsto let soočal z zdravljenjem neplodnosti. V biografski zgodbi sem ju obravnavala v postopku zdravljenja neplodnosti in postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo. Par sem našla preko osebne socialne mreže.

7.8 Raziskovalno okolje

Intervju sem izvedla v njenem domačem okolju. Sprva je na vprašanja odgovarjala partnerka, za tem pa sem izvedla intervju še z partnerjem. Sproti sem beležila odgovore, ki sta jih sogovornika potem tudi avtorizirala. Partnerka pa mi je napisano biografijo, življenjsko zgodbo predhodno poslala po elektronski pošti.

7.9 Etični vidik

Paru sem zagotovila, da bodo vsi pridobljeni podatki uporabljeni zgolj v namen magistrske naloge. Poleg tega bodo njune identitete ostale anonimne. V sodelovanje sta privolila, saj sta bila seznanjena s ciljem mojega raziskovanja.

8 ANALIZA IN INTERPRETACIJA REZULTATOV

S pomočjo intervjuja para, ki se je vrsto let soočal z neplodnostjo ter biografske izpovedi partnerice, sem prišla do nekaterih naslednjih ugotovitev, ki sem jih razdelila v naslednje sklope.

8.1 Potek zdravljenja

Obravnavani par se je z neplodnostjo soočil pred približno sedemnajstimi leti, po treh letih skupnega življenja sta ugotovila, da po naravni poti ne bo otrok. Uradno se o neplodnosti govori, ko par po enem letu spolnih odnosov brez zaščite ne zanosi. V njunem primeru sta z iskanjem pomoči kar odlašala, saj sta jo prvič poiskala po treh letih. Tudi strokovnjaki opozarjajo, da je ogromno parov, ki čakajo leta preden poiščejo pomoč, a kadarkoli to storijo, je to težka odločitev (Diamond in drugi, 1999).

Ob prvem pregledu pri specialistih za zdravljenje neplodnosti v stari porodnišnici v Ljubljani, so pri partnerki pri starosti 31 let ugotovili, da je lega maternice malo drugačna, pri partnerju (28 let) pa, da ima astenozo spermijev, kar pomeni, da so spermiji slabše gibljivi. Zdravniki so ji priporočili jemanje folne kisline in merjenje bazalne telesne temperature, iz česar je razvidno, kdaj se pojavi ovulacija. Dva do tri dni pred povišanjem telesne temperature naj bi imel par 25 odstotno večjo možnost zanositve. Po dveh letih neuspeha sta vedela, da bosta morala storiti še kaj več, da bi prišlo do zanositve. Zdravniki so jima svetovali OBMP (oploditev z biomedicinsko pomočjo), kar pa je zahtevalo številne ponovne preiskave. Partnerka jasno pove, da je morala opraviti obsežnejše preiskave, kjer je bila dostikrat prisotna tudi fizična bolečina, medtem ko so pri partnerju pregledali semensko tekočino ter pregled stanja hormonov. Po preiskavah so jima predlagali oploditev s postopkom IVF (in vitro fertilization). Ta zahteva precej časa in močne volje, pravi Nina, saj je potrebno pred vstavitvijo zarodka hormonsko zdravljenje, ki zahteva apliciranje hormonskih preparatov: tako je bilo potrebno 15 dni zapored, vsak dan v kliniko po injekcijo z vmesnimi ultrazvočnimi pregledi:

»Ko so folikli primerne velikosti, sem dobila stop aplikacijo.« (Nina)

Najbolj boleč postopek za žensko je punkcija ovarijev, oziroma jajčnih celic za zunanjo oploditev. Poseg traja približno 20 minut, brez anestezije, izvajajo ga z daljšo iglo, ki prebode

steno vagine in tako omogoči dostop do jajčnikov ter pridobi folikularno tekočino, ki vsebuje jajčeca. Zatem je potrebna semenska tekočina partnerja, da se jajčeca lahko oplodi. V postopku ET (embrio transfer), ko se zarodek vstavi v maternico - pove partnerica - je sledilo najtežje obdobje čakanja. Takrat jima ni uspelo in čez dobro leto, ko sta si opomogla, sta se odločila, da poizkusita znova. Dogovorila sta se, da bosta poizkusila vseh šest postopkov IVF, ki jima pripadajo preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje. Ob vseh poizkusih jima je spodletelo; najtežje breme in pritisk sta občutila ob zadnjem, šestem poizkusu, saj je bil to zadnji brezplačni preizkus. Oba povesta, da je sledilo veliko razočaranje, potrebovala sta premor po zdravljenju neplodnosti.

Po premoru sta se odločila, da zamenjata institucijo; pristop se jima je zdel preveč rutinski, imela sta občutek, da sta kot del neke proizvodnje, zgolj obravnavana kot številke in ne kot osebe s čustvi. To je paru le otežilo že tako težko situacijo. Zato sta odšla na samoplačniško zdravljenje in bila s sprejemom veliko bolj zadovoljna. Pri samoplačniškem zdravljenju se je zdravnik odločil za zahtevnejšo metodo ICSN. Par je poizkusil to metodo štirikrat, a brez uspeha. Nato je Tomaž sam izrazil željo, da posvojita otroka. Ko sta se začela aktivno zanimati za posvojitev, sta ugotovila, da sta predolgo čakala, da bi morala na seznam za posvojitev že veliko prej, saj je to dolgotrajen proces.

Zato sta se odločila še za zadnji, deseti poizkus:

»Rekla sva si, če si to lahko nekako finančno privoščiva, pa poizkusiva še enkrat, da nama ne bo kdaj žal.« (Nina)

Zopet je sledilo razočaranje:

»Tudi dr. X je bil razočaran. Svetoval nama je, da prenehava hoditi k njemu, kljub temu, da sva mu nosila denar. Rekel je, naj poizkusiva s tujo žensko jajčno celico, da bo v najinem primeru gotovo boljše, ker sem bila stara že dobrih 40 let.« (Nina)

Povedal jima je za kliniko v Pragi in Nina je takoj začela poizvedovati o poteku tega postopka. Cena oploditve s tujo spolno celico je bila finančno precej visoka; to pomeni, da si tisti, ki nimajo visokega socialno-ekonomskega standarda, takega postopka ne morejo privoščiti. Pri nas v Sloveniji je oploditev s tujo spolno celico mogoča le v primeru darovanja spolne celice. Če prosilki državna komisija poskus z darovano jajčno celico odobri, se lahko v Sloveniji opravi oploditev s tujo spolno celico, toda darovalk je zelo malo. V tujini dobijo darovalke za darovano spolno celico plačilo, zato je lažje ter hitreje priti na vrsto za takšen

postopek oploditve. Ob prvem obisku klinike v Pragi je zdravniško osebje zapisalo fenotipske značilnosti partnerke, saj tako želijo izbrati najbolj primerno darovalko, da bi bil otrok kar najbolj podoben materi. Čez pol leta so par obvestili, da so našli primerno darovalko. Ponovno sta se odpravila v Prago, sledil je postopek ICSN. Tam sta ostala tri dni, da se je jajčna celica darovalke oplodila s semensko tekočino partnerja, sledila je vstavitev zarodka in vrnitev v Slovenijo.

Po šestnajstih dneh je Nina opravila preizkus nosečnosti. Po vseh dolgotrajnih in bolečih postopkih, z veliko vztrajnosti, optimizma, volje ter z vzponi in padci je partnerka rodila zdravega fantka.

8.2 Doživljanje neplodnosti

Oba pripovedujeta, da so prvi občutki in soočenje, da nisi sposoben po naravni poti spočeti otroka, zelo neprijetni. Kljub temu je bilo to spoznanje le povod, da poiščeta medicinsko pomoč, ki bi jima pomagala do uresničitve starševstva:

»Najlepše kar se ti lahko zgodi je materinstvo...« (Nina)

Starševstvo je za spolno identifikacijo pomembnejše pri ženski kot pri moškemu, zato je neplodnost veliko hujše breme za ženske kot pa moške, saj rojstvo otroka za marsikatero žensko predstavlja celostni življenjski projekt (Vegetti Finzi 1997, 126).

Na doživljanje in zdravljenje neplodnosti sta se odzvala različno, toda oba sta občutila psihičen napor in stres, kar je značilno, saj neplodnost ne zajema le posameznika, ampak par kot celoto (Johnston 1992; Ponjaert-Kristoffersen in Baetens 1999).

Ob prvem pregledu in postavitvi diagnoze partnerica pove, da je bil takrat njen partner malo zaskrbljen, toda ni hotel kaj dosti o tem govoriti:

»O sami neplodnosti ni veliko razpravljal z mano, čutila pa sem, da mu je hudo.« (Nina)

Obenem poudari, da je bila kljub večji težavi pri partnerju ona tista, ki je dala povod za začetek zdravljenja. Po pričevanju je bilo njeno doživljanje neplodnosti dosti bolj boleče ter stresno kot za Tomaža, saj so že med samim procesom zdravljenja ženske bolj vpete kot moški. Izpostavljene so namreč različnim medicinskim tehnikami in se zato pogosto srečujejo

z vzponi in padci in pri tem mnoge ženske doživljajo pravi tobogan čustev (Ule in Kuhar 2003, 141). Nina je povedala, da je takrat veliko razmišljala o ženski, ki je darovala celico:

»Spraševati sem se začela, kakšna je, kakšnega videza je, ima dobre gene... Večna uganka, saj ti nikoli ne povejo, pa tudi verjamem, da je tako najbolje. Vem le, da je bila mlada.« (Nina)

Ob pogovoru s partnerko sem dobila občutek, da oploditev s tujo žensko spolno celico ni predstavljalo kakšne velike psihične obremenitve, saj je zaupala kliniki, da izberejo najbolj primerno kandidatko. S spoznanjem, da partnerka ne bo biološka mati otroku, temveč socialna, se ni kaj dosti ukvarjala. V raziskavi, ki jo je opravil Dorjan Keržan (2008), je ugotovil, da je za moškega genetska vez med otrokom bolj pomembna kot za žensko, kar se je v njenem primeru le potrdilo.

»Ura teče za ženske še hitreje kot za moške, začneš se počutiti manj vrednega, skratka ženska, ki ji manjka del ženskosti, misel na to, da je večji del bremena na meni, me je še bolj potiskala v kot, počutila sem se brezvoljno.« (Nina)

Spolno pogojene razlike v doživljanju neplodnosti so pri mnogih parih vir frustracij in napetosti (Bercko 2010, 67); v njenem primeru je bila Nina dosti bolj obremenjena in neplodnost je zanjo predstavljala veliko okupacijo, medtem ko se je Tomaž zamotil z delom in na problem neplodnosti pozabil. Partnerica o zdravljenju neplodnosti ter njenih občutkih dosti lažje pripoveduje kot partner. Na vprašanje o doživljanju neplodnosti je povedal le, da se na začetku soočanja niti ni dobro zavedal, pravzaprav se ni hotel soočiti in je imel mešane občutke. To le potrди tezo, da je postavitve diagnoze moške neplodnosti zelo velik šok zanj, poleg tega je pod vprašajem njegova moškost (Lee 2003). Vseeno je potem Tomaž povedal, da je bil zaskrbljen, toda tega ni hotel kazati Nini; menil je, da bi se lahko stanje poslabšalo:

»Hotel sem ostati pozitiven, kolikor se je pač dalo.« (Tomaž)

V njenem primeru je Tomaž prevzel stereotipno moško, razumsko vlogo. Neplodnost je deležna pomilovanja (Repinc 2001), zato predvidevam, da so moški in njihova moškost s tem okrnjena in o svoji neplodnosti dosti težje spregovorijo kot ženske.

Toda oba povesta, da sta imela skupni, glavni cilj - imeti otroka, in ta želja se je le večala in stopnjevala. Zato sta bila oba enakega mnenja, da poizkusita vse, kar jima je na voljo, da postaneta starša. Ob številnih neuspešnih poizkusih sta počasi začela verjeti, da jima ni namenjeno:

»Prepustiš se toku in rečeš, če mi je namenjeno bo uspelo, če ne - ne.« (Nina)

Njuna situacija je postala že tako stresna:

»Sklenila sem, da se ne grem več, dovolj mučenja, zdaj moram poskrbeti za moje telo, se prečistiti hormonov in spremeniti način življenja.« (Nina)

Vse te nove metode zdravljenja neplodnosti predstavljajo še vrsto dodatnih obremenitev, kar potrjuje sociologinja Barbara Katz Rothman (v Ule in Kuhar 2033, 143): od nevarnih poskusnih zdravil, do bremena, povezanega s pritiskom, ki jim narekuje, da se morata še bolj potruditi. Na pobudo partnerja sta se začela pogovarjati o posvojitvi otroka. Vegetti Finzi (1997) dodaja, da moški nekako lažje razreši pomanjkanje biološkega otroka na simbolni ravni kot ženska. Ta teza se potrjuje, saj je partner tisti, ki je prvi izrazil željo o posvojitvi otroka, toda zaradi dolgotrajnega procesa posvojitve sta imela občutek, da morata še enkrat poskusiti z biomedicinsko pomočjo oploditve, da si potem v prihodnje ne bi kdaj očitala in zato Tomaž pove:

»Potrebna je res močna volja in želja, da se gre čez vse to.« (Tomaž)

Obenem da Tomaž pri njuni odločitvi velik poudarek tudi na finančno stanje:

»Kmalu je padla odločitev, rekla sva si, če si to lahko nekako finančno privoščiva, pa poizkusiva še enkrat, da nama ne bo kdaj žal.« (Tomaž)

Torej lahko sklepam, da je boljša prilagoditev na neplodnost pogojena tudi z višjim socialno-ekonomskim razredom, kar je bilo tudi ugotovljeno pri raziskavi (Koropatnick in drugi 1993, 163–171), v kateri so ugotovili, da je med boljšo in slabšo prilagoditev na neplodnost razlika med višjim/nizjim socialno-ekonomskim razredom, pozitivnim/negativnim samovrednotenjem in nižjo/višjo starostjo. Vse to se pri obravnavanem paru le potrjuje, saj sem

dobila občutek, da se pozitivno vrednotita: finančno sta preskrbljena, starost pri samem začetku zdravljenja prav tako ni bila visoka.

Če povzamem, je Nina neplodnost doživljala veliko slabše kot Tomaž. To izsledke teorij le podkrepi, saj so ženske med procesom zdravljenja dosti bolj izpostavljene medicinskim tehnikam, ob katerih se velikokrat počutijo zelo nemočne in prepuščene na milost in nemilost (Ule in Kuhar 2003, 142).

»Lahko si še v tako dobri psihični formi, je to najbolj stresno obdobje za oba partnerja, še bolj za žensko. Ne upaš se sproščeno gibati, čeprav ti povejo, da vse počni normalno, si vseskozi v strahu in 24 ur na dan razmišljaš samo o tem, ali ti bo uspelo ali ne.« (Nina)

Tudi Diamond in drugi (1999) pravijo, da ženske ob neplodnosti čutijo večjo stisko kot moški.

Tomaž je o svojih občutkih povedal precej manj, zato lahko sklepam, da je neplodnost še vedno tabuizirana tema, še posebej za moške.

8.3 Vloga zdravniškega osebja

Partnerka in partner sta opisala svojo izkušnjo ter odnos z zdravniškim osebjem kot negativno, dokler nista zamenjala zdravstvene ustanove. Nina pove, da je bil stik z zdravniškim osebjem zelo neoseben:

»Počutil si se kot del neke proizvodnje, skušala sem razumeti, da nas je s podobnimi težavami veliko in da se nimajo časa posvetiti posamezniku, pa vendar si lačen prijazne in tople besede v takšni situaciji.« (Nina)

Medikalizacija reprodukcije postaja vedno bolj industrializirana, saj se medicinsko zdravljenje pogosta osredotoča le na tehnične vidike (Greil 1991 v Geist in drugi 1996). Iz pripovedovanja partnerjev je razvidno, da je bila želja po osebnem stiku z zdravstvenim osebjem močna, toda neizpolnjena. Greil (v Geist in drugi 1996) opozarja, da medicinsko zdravljenje neplodnosti dostikrat zanemara socialne, čustvene in mišljenske vidike. Oba povesta, da so ju premalo informirali o postopkih zdravljenja, komunikacija s strani zdravniškega osebja je bila slaba. Pa vendar je temeljno orodje za kvalitetno nudenje zdravstvene oskrbe uspešna komunikacija, ki vodi do boljših standardov nudenja zdravstvene

oskrbe. Greil (1993b, 203) pravi, da se medicinsko osebje usmerja zgolj na zdravljenje, medtem ko premalo pozornosti posveča občutkom pacienta/pacientke, ki so dostikrat občutki poraza in osamljenosti.

Nina potoži, da pojasnila s strani zdravniškega osebja, zakaj prvi poizkus oploditve ni uspel, ni dobila:

»Tudi pričakovala ga nisem, pridno sem ubogala navodila in sledila postopku.« (Nina)

Odločilnega pomena je stik med parom in zdravniškim osebjem, saj ravno ta naprej odloča o njihovem nadaljnjem sodelovanju. Izkoristila sta vseh šest postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo, ki jih krije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, toda brez uspeha:

»Ko začneš poslušati razne zgodbe, kako je samoplačniško bolj uspešno, kako se bolj trudijo, sva nekako sklenila, pa dajva, mogoče pa res...« (Nina)

Po skupni odločitvi sta zamenjala institucijo in se odpravila na samoplačniško zdravljenje v Ljubljani:

»Tretirajo te bolj individualno, vse je bolj sproščeno.« (Nina)

Po pripovedovanju se je njuno počutje izboljšalo, povesta, da sta se počutila kot osebe in ne kot številke. Veliko so se pogovarjali o postopkih in nikoli nista dobila občutka, da je komu kaj odveč, ko sta želela odgovore na vprašanja. Stik z zdravniškim osebjem je bil dosti bolj zadovoljiv, vzpostavili so dober medosebni odnos, ki hkrati tudi vpliva na kakovost dela zdravstvenega osebja. Kljub zadovoljstvu partnerjev z zdravniškim osebjem, ni prišlo do zanositve:

»Res je, da doktor ni tolažil, ampak se je veliko več pogovarjal; lahko sva ga veliko spraševala in nikoli mu ni bilo nič odveč.« (Nina)

Nina pove, da je bil ob neuspešnih poizkusih tudi doktor razočaran:

»Videlo se mu je, da mu ni vseeno.« (Nina)

Partnerka in partner sta bila zelo presenečena, ko je prav on svetoval, da prenehata zdravljenje pri njemu:

»Kljub temu da sva mu nosila denar, nama je predlagal drug postopek.« (Nina)

Predlagal jima je poizkus OBMP s tujo jajčno celico. Povedal jima je, da so čakalne dobe za pridobitev darovane spolne celice v Sloveniji dolgotrajne in jima svetoval kliniko v Pragi na Češkem. Zaradi nekaterih ohlapnih ter pomanjkljivih zakonskih določil, kar nekaj parov poišče pomoč v tujini, navadno v kateri od sosednjih držav. Zaradi dolgih čakalnih dob in slabe organizacije zdravstvenega sistema, se posamezniki odločijo, da poiščejo pomoč v samoplačniških ambulantah, kot se je odločil tudi obravnavani par.

Nina se spominja sprejema na kliniki na Češkem:

»Sprejem na kliniki je bil nad povprečjem. Gospa, ki naju je sprejela, je poslala na letališče moža, da naju je pripeljal na kliniko, celotno osebje je bilo zelo prijazno.« (Nina)

Tam sta dobila jasna in natančna navodila o celotnem poteku postopka oploditve s tujo spolno celico. S celotnim potekom na tuji kliniki - od sprejema do zdravljenja ter njihovim odnosom - sta bila zelo zadovoljna.

Prav zaradi dolgih čakalnih dob, slabe organizacije zdravstvenega sistema ter pomanjkljivih odnosov z zdravniškim osebjem, se nekateri posamezniki odločijo, če jim seveda socialno-ekonomski standard to dopušča, da poiščejo pomoč v samoplačniških ambulantah. V njunem primeru je nevzdržna čakalna doba za darovano spolno celico v Sloveniji botrovala k odločitvi, da odideta v tujino:

»Da bi čakala več kot dve leti na celico, pa vprašanje, če bi prišla sploh na vrsto, ni bilo vprašanja, da ne odideva v tujino.« (Nina)

Do sprejema na kliniki v Pragi pa je bilo potrebno le nekaj mesecev, saj v tujini ženskam, ki darujejo spolno celico, plačajo. Zato je banka jajčnih celic precej večja kot pri nas v Sloveniji in prideš na vrsto dosti hitreje. Tomaž še doda:

»Zelo sva bila vesela, da nama je doktor to predlagal, saj se v prejšnji ustanovi, kjer sva se zdravila zaradi neplodnosti, o tem ni nič govorilo.« (Tomaž)

Pomanjkanje informacij s strani zdravniškega osebja, je tudi en izmed pogostih problemov pri zdravljenju neplodnosti. Na vprašanje, kaj bi spremenila med zdravljenjem neplodnosti, sta oba jasno odgovorila, da bi moral odnos med zdravniškim osebjem in pacienti potekati bolj osebno in sproščeno. Prav tako bi moralo biti zdravniško osebje usposobljeno tudi za psihične težave pacienta. Med samim zdravljenjem bi potrebovala več informacij in več pogovora.

8.4 Odnos med partnerjema ter okolico

Zdravljenje neplodnosti je partnerski odnos med njima utrdil. Oba sta mnenja, da je ravno izkušnja neplodnosti pozitivno vplivala na trden odnos. Pravita, da jih je izkušnja neplodnosti še bolj zblížala in pripomogla, da sta začela bolj ceniti drug drugega, prav tako tudi vlogo materinstva in očetovstva. Vprašanje pa je, kako bi se njun odnos razvil, če se zdravljenje neplodnosti ne bi pozitivno končalo, če bi ne postala starša. V opravljeni raziskavi (Černič Istenič 1994) je več kot polovica anketiranih menila, da brez otrok ni srečnega zakona. To potrjuje, da imajo otroci v družbi še vedno zelo pomembno mesto v življenju posameznika in zato lahko sklepamo, da je rojstvo otroka v njunem primeru zato le okrepilo njun partnerski odnos.

Postavitev diagnoze neplodnosti ter zdravljenje neplodnosti pa je po partneričinih besedah negativno vplival na intimni odnos:

»Z merjenjem telesne temperature sva postala obremenjena, saj sva s tem zasenčila pristno intimo; za neko obdobje se odtujiš, odnos med nama ni bil več tako pristen, postal je rutina.« (Nina)

Postopki zdravljenja neplodnosti so dolgotrajni in odvzemajo veliko energije, zato prizadeti pari središče pozornosti usmerijo na otroka, tistega otroka, ki ne pride in ne pride (Beck in Beck-Gernsheim 2006, 142–143), za ostale dejavnosti pa ostane vse manj časa. Zdravljenju neplodnosti podredijo vse svoje življenje in vse se dogaja okoli misli na otroka.

Poleg pomanjkanja pristne intime, je partnerica od partnerja pričakovala več medsebojne komunikacije, še posebej med samim procesom OBMP:

»S partnerjem se o tem nisva nikoli pogovarjala, ker je to za naju postala tabu tema.« (Nina)

Nina pove, da imajo na kliniki »intimni prostor« za moške, da neposredno pred punkcijo oddajo semensko tekočino in prav tako pritrđi, da je za moške to veliko psihično breme in zelo neprijeten občutek. Kljub temu partnerica pove, da je od njega dobila ogromno podpore in spodbudnih besed, vendar je komunikacije o samem doživljanju neplodnosti z njenega vidika primanjkovalo. Tomaž pa je bil z njeno podporo zadovoljen:

»Vse se je dobro odvijalo, edino se mi zdi, da sem dostikrat določene občutke zadržal zase.« (Tomaž)

Pri Tomažu sem opazila, da mu je dokaj neprijetno govoriti o svojih občutkih, saj težavo neplodnosti ni zaupal skoraj nobenemu prijatelju, razen družini. Nina pa je poleg svoji družini težavo zaupala tudi nekaterim prijateljicami in je o neplodnosti dosti lažje spregovorila kot on. Na vprašanje, komu vse sta povedala, da sta odšla na oploditev s tujo spolno celico, pa sta mi jasno odgovorila, da samo domačim. Skupaj sta se odločila, da njuna izbira ostane skrivnost, ker sta bila mnenja, da ni potrebno, da ostali izvedo. Zanimivo je, da na eni strani obstoj medicinsko reproduktivne tehnologije osvobaja od miselnosti, da je biološko edino in pravo starševstvo, pa vendar ljudje vseeno želijo ohraniti navidezno biološkega starševstva in okolici zamolčijo uporabo tujega genskega materiala (Zaviršek 2013, 383); prav tako sta storila tudi Nina ter Tomaž.

Po nekajkratnih neuspešnih poizkusih oploditve sta si vzela nekaj časa premora; v tistem obdobju sta bila zaradi selitve zelo zaposlena, imela sta dovolj drugih skrbi in dodatnega bremena nista bila sposobna prenesti. Toda partnerico je okolica nekajkrat opozorila:

»A si se vdala v usodo, ne bosta več poizkusila, nimaš več kaj čakati, pojdi še enkrat...« (Nina)

Vse te opazke so jo prignale, da še poizkusita. Tisti neplodni pari, ki ne poizkusijo vseh možnih metod, so »sami krivi«, če ne morejo imeti otrok (Ule in Kuhar 2003, 143) in to se pri njima le potrdi. Po eni strani razvijajoča se tehnologija ponuja vrsto izbir ter možnosti, po drugi strani pa gre za nove pritiske in obremenitve, da je potrebno narediti in preizkusiti vse do uresničitve biološkega starševstva. Intenziteta norme starševstva je pogosto odvisna od socialnih skupin, ki nas obkrožajo in od vpliva raznih ideologij. Nina je poudarila, da je bila njena vloga pri odločitvi nadaljnega zdravljenja dosti bolj aktivna; Tomaž ni bil pobudnik in je ni priganjal, le strinjal se je z njo. Odločanje o zdravljenju je bilo v večji meri v njenih rokah, toda Tomaž pove, da je ni želel priganjati, saj se je zavedal, da je več dogajanja in obremenitev na njej. S tem da je bila Nina večji pobudnik za nadaljnje zdravljenje, se izkaže, da je materinstvo še vedno eden izmed najbolj izpopolnjujočih vidikov ženske identitete, saj moški lažje razreši pomanjkanje biološkega otroka na simbolni ravni kot pa ženska (Vegetti Finzi 1997, 126).

Med zdravljenjem neplodnosti, še posebej v času, ko sta bila več ali manj zaradi postopkov oploditve na kliniki, sta oba povedala, da sta imela s prijatelji zelo malo stikov, največ le z družino. Tisti čas jima je bil zelo pomemben, da ga preživita skupaj in sta drug drugemu v

oporo. V najbolj stresnih in mučnih trenutkih, ko je potrebno le čakati na rezultat, sta bila oba zadovoljna s podporo, ki sta jo prejela drug od drugega in ožje družine.

8.5 Vsakdanje življenje

Partnerja sta skušala opravljati vsakdanje obveznosti brez misli na težavo o neplodnosti. Problem je nastal le takrat, ko je pogovor nanesel na otroke, družino in takrat ju je okolica »opozarjala« na njuno težavo. V tistem času sta svoj prosti čas zapolnila z raznovrstnimi potovanji in sta mnenja, da jima je takšna izbira prostega časa zapolnila in potešila praznino. Izbira dejavnosti v prostem času zanesljivo vpliva na dvig kvalitete celotnega življenja in pomaga človeku pri lažjem reševanju težav na ostalih področjih, ker z dvigom samozavesti vodijo posameznika k aktiviranju njegovih blokiranih potencialov (Bevc 2002, 43). Obravnavani par si je svoj prosti čas dobro organiziral in tako jima je bilo lažje prebroditi krizo neplodnosti.

Prav tako sta bila oba zaposlena vsak s svojo dejavnostjo, še posebej Tomaž, ki pravi, da je bil v obdobju zdravljenja zelo zaposlen s službenimi obveznostmi:

»Tako da nisem kaj dosti razmišljal o neplodnosti. Ko pa je prišlo do oploditve in čakanje na rezultat, takrat sem bil zelo zaskrbljen, vendar tega nisem kazal partnerici, ker bi se stanje še poslabšalo. Hotel sem biti pozitiven, kolikor se je pač dalo.« (Tomaž)

Raziskave potrjujejo, da se veliko moških, ki so diagnosticirani kot neplodni, med soočenjem z neplodnostjo ter zdravljenjem zakoplje v delo (Lee 2003). Medtem pa ženske v vsakdanjem življenju čutijo več negativnih posledic, saj so dosti bolj vpete v sam proces zdravljenja, kar jih nenehno spominja na težavo neplodnosti.

Pri socialnih stikih se nista počutila prikrajšana, saj sta ravno s prijatelji načrtovali svoja nadaljnja potovanja, toda o svoji težavi nista veliko razglabljal pred drugimi, ker sta želela neplodnost in zdravljenje vsaj za nekaj časa odmisлити. Tomaž pravi, da neplodnosti ni prikrival prijateljem, pa tudi ne posebej razlagal; njegovo vsakdanje življenje se ni dosti spremenilo v smislu druženja s prijatelji, toda pove:

»Življenje ni bilo več tako sproščeno, ko pomisliš na neplodnost; bila je neka obveza, ki naju je obremenjevala, tako fizično kot finančno.« (Tomaž)

Posledice krize zaradi neplodnosti namreč posežejo v celotno življenje posameznika in para ter se odražajo v kvaliteti vsakdanjega življenja (Bevc 2002, 43), kar se je kazalo tudi pri njima. Kadar človek pomisli na težavo, ostaja potem manj energije in zanimanja za organiziranje kvalitetno preživetje časa in odnos s prijatelji. Toda pari se različno odzivajo na neplodnost in obravnavani par po njuni izpovedi ni zanemarjal socialnih stikov. Strokovnjaki opozarjajo na socialno izoliranost, ki je lahko ena od posledic stanja neplodnosti, saj se partnerja sčasoma pričneta izogibati prijateljev in sorodnikov, ki imajo otroke. Nina je včasih občutila žalost; pripomnila je, da se takrat, ko sta bila s partnerjem v družbi prijateljev, ki so imeli otroke, nista tako intenzivno vklopila v pogovor, kot bi se lahko, če bi jih imela sama.

Neplodnost pare postavlja v situacije, na katere se različno odzovejo. Svojo težavo sta zaupala le najbližjim, saj sta bila mnenja, da je to njuna intimna stvar, ki jo morata razrešiti sama. Na neplodnost sta oba gledala kot na zasebno težavo, zato nista želela obremenjevati okolice. Oba povesta, da se njuna kvaliteta življenja v tistem času ni bistveno spremenila, kot pa bi se lahko, če se zdravljenje ne bi uspešno končalo.

8.6 Soočanje s stresom in izgubami

Neplodnost pare postavlja pred številne izzive ter v bolečo izkušnjo drugačnosti. Zdravljenje neplodnosti je za par pomenil zelo velik psihični pritisk:

»Večkrat pomisliš, da bi vrgel puško v koruzo, ob vsakem neuspelem poizkusu sem imela občutek, kot da manjka del mene, počutiš se nemočnega in manjvrednega.« (Nina)

Moreči občutki drugačnosti in krivde so značilni spremljevalci neplodnega para (Bevc 2002, 51). Strokovnjaki, ki so raziskovali oblike in načine spoprijemanja para z neplodnostjo, so ugotovili, da je vse odvisno od samovrednotenja, socialno-ekonomskega standarda in starosti posameznika (Bürger in ostali 1995, 8). Njun pozitiven odnos do življenja ter visok socialno-ekonomski standard je pripomogel, da se je njuno zdravljenje uspešno končalo. Ni pa nujno to najpomembnejši dejavnik. Lahko sta se odločila za samoplačniško zdravljenje, veliko parov,

ki izkoristijo vseh šest poizkusov oploditve z biomedicinsko pomočjo, ki jih krije Zavod za zdravstveno zavarovanje, si ne more privoščiti nadaljnjega zdravljenja. Na osnovi socialno-ekonomskega standarda se izvaja selekcija, kdo ima možnost več poizkusov in kdo ne. Onat in Beji (2012) ugotavljata, da se pari ob neplodnosti zaradi visokih stroškov zdravljenja pogosto soočajo s finančnimi ovirami, kar potem vpliva na nadaljnjo zdravljenje ter povzroča dodatni stres. Obravnavanemu paru je bil ta izvzet, saj sta si zdravljenje lahko privoščila. Drug drugemu sta ob vsakokratni izgubi, neuspešnih poizkusih skušala biti v podporo. Tomaž se je nekoliko lažje spoprijemal s stresom:

»Ostal sem optimist in partnerko v težkih obdobjih bodril, kar se mi zdi, da je najbolj pomembno.« (Tomaž)

Pri analizi sem ugotovila, da Nina ni dobila dovolj podpore partnerja v smislu intenzivnega pogovora. Tako je poleg tega, da je težavo z neplodnostjo zaupala več osebam kot njen partner, začela iskat pomoč tudi pri alternativni medicini, v njenem primeru je obiskovala bioenergetika. S tem si je lajšala stres ter izgube, medtem ko je partner lajšal vso napetost s pretiranim delom, kar potrjujejo tudi izvedene raziskave (Lee 2003). Vsak posameznik se torej na svoj način prilagodi na neplodnost, vendar se pri večini žensk pogostejše psihične težave, ki spremljajo neplodnost in lahko povzročajo nevrotične motnje (Bürger in ostali 1995, 8). Pri Nini sem opazila, da je krizo neplodnosti razrešila s pomočjo partnerja, bioenergetika ter z branjem različnih forumov o neplodnosti, medtem ko na psihosocialno pomoč ni nikoli pomislila.

Sklepam, da ni bilo potrebe po kakšni dodatni pomoči - na primer psihosocialnemu svetovanju - ker se je zdravljenje za obravnavani par končalo uspešno.

V nasprotnem primeru, če se bi zdravljenje zaključilo brez rojstva otroka, bi bili občutki izgube nepopisni, pravi Nina in takrat bi po vsej verjetnosti poiskala strokovno pomoč.

8.7 Družba in neplodnost

Družba neplodnost še vedno dojema kot nekaj nezaželenega in negativnega za pomembne družbene vrednote (starševstvo, materinstvo) (Bercko 2010). Oba partnerja po izjavah nista občutila kakršnegakoli pritiska s strani družbe v smislu obsojanja, sta pa občutila

pričakovanja, da »morata« izpolniti biološko starševstvo; ob tem sta doživljala razočaranje in obup, kar je značilno za neplodne pare, ki so proti svoji volji brez otrok.

Tomaž o težavi neplodnosti ni posebej razlagal prijateljem, zato predvidevam, da zaradi tega tudi ni občutil kakšnega posebnega obsojanja s strani družbe. Nina je občutila, da je v družbi še vedno prisoten mit, da je materinstvo največ, kar lahko ženska doseže v svojem življenju, saj so jo pari z otroki stalno spodbujali in nagovarjali naj poizkusi vse, kar je na voljo, da pride do svojega potomstva. Alenka Švab (2001) pravi, da je materinstvo v postmodernosti v primerjavi z očetovstvom najmanj spremenjeno, saj prav biološka opredeljenost žensk skozi reproduktivnost pomembno vpliva, da se ta vloga le še krepi in je manj dovzetna za spreminjanje. Nina je bila deležna raznih opazk, mnenj in predlogov, za katere je bila včasih hvaležna, včasih pa so jo komentarji prizadeli zaradi njenega neuspeha:

»Prvi občutki in soočenje, da nisi sposoben po naravni poti spočeti otroka, niso prijetni.« (Nina)

Geist in drugi (1996) potrjujejo, da je družba neobčutljiva za bolečino neplodnega para in to je občutila ob določenih komentarjih tudi ona sama.

Največ nerazumevanja s strani družbe pa sta oba občutila ob stikih z zdravniškim osebjem. Medikalizacija neplodnosti je postala šele z napredkom tehnologije in od takrat je medicinska pozornost usmerjena na neplodna telesa žensk in moških in je iz njih napravila objekte intervencije, usmiljenja in nadzora (Bercko 2010, 89), kar je občutil tudi obravnavani par. Oba sta mi zaupala, da sta občutila zelo površinski odnos s strani zdravniškega osebja:

»Ne počutiš se lepo sprejet, si kot številka v čakalni vrsti, premalo se potrudijo.« (Tomaž)

Nina je mnenja, da bi med samim zdravljenjem potrebovala več pogovora in informacij ter večjo mero razumevanja s strani zdravniškega osebja. Tomaž pa bi si želel več zasebnosti; povedal je, da je čakalnica za ženske in moške združena, kar je bilo za njega zelo moteče in njegovi negativni občutki povezani s težavo neplodnosti so se le povečevali. Ravno pri zdravljenju neplodnosti se kaže splošna značilnost zahodnega medicinskega modela, kjer se

zdravstvo osredotoča zgolj na telo in zanemarja duševnost (Doyal 1987, 183). Veliko razliko v odnosu z zdravniškim osebjem sta občutila, ko sta se odločila za samoplačniško zdravljenje:

»Pri zasebniku nisem občutil, da si kot številka, bilo je bolj diskretno in ko greš k zasebniku, je pristop veliko boljši.« (Tomaž)

Oba sta mnenja, da je socialno-ekonomski standard zelo pomemben, saj sta se na samoplačniškem zdravljenju počutila precej bolje in bila s strani zdravniškega osebja deležna boljšega razumevanja.

Oba pa sta občutila pritisk s strani politike oziroma snovalcev zakonov, saj sta na zdravljenje s tujo spolno celico morala oditi v tujino. V Sloveniji so zelo dolge čakalne dobe za pridobitev tuje spolne celice, ker je zelo malo darovalcev. V tujini se za spolne celice dobi plačilo, medtem ko je pri nas to dejanje zgolj altruistične narave. Nina pove, da je občutiti velik pritisk, saj so cene postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo zelo visoke in marsikateremu paru so taki postopki nedosegljivi. Že tu nastaja selekcija, ki ni naravna, njen vzrok je v socialnem statusu posameznikov. Čeprav naj bi imeli vsi enake pravice za spočetje otroka, so socialne, politične in biološke okoliščine ene od tistih, ki vplivajo na potek zdravljenja z medicinsko reproduktivno tehnologijo.

Partnerja sta prišla do potomstva z uporabo tuje spolne celice in se zavestno odločila, da bosta predporodno zgodovino svojemu otroku zamolčala. Glavnega vzroka nista navedla, sta pa povedala, da je to njuna osebna stvar in da ne vidita potrebe, da bi o tem spregovorila z ostalimi. Molk lahko svetujejo tudi zdravniki in dostikrat se starši zaradi stigme odločijo, da otroku ne bodo povedali, da niso pravi biološki starši. Par mi je zaupal, da jima je zdravnik rekel, da je njuna odločitev ali povedati otroku ali ne, je pa omenil, da večina predporodno zgodovino svojemu otroku zamolči. Zakaj? Po vsej verjetnosti se bojijo, da jih otrok ne bi imel tako rad kot prej, da bi želel spoznati biološke starše, da bi otroka in družino okolica stigmatizirala ..., skratka ogromno dejavnikov je, ki vplivajo na razkritje. Partnerka je povedala, da je dosti razmišljala o darovalki, toda njene identitete ni poznala. Mogoče sta se s partnerjem ravno zaradi tega odločila, da ostane to v sferi zasebnosti, saj svojemu otroku ne bosta mogla razkriti biološke matere.

Kot največji pritisk, ki sta ga oba občutila in je nanju vplival na ta način, da sta njuna vztrajnost ter optimizem prispevala k glavnemu cilju, je bila močna želja po otroku. Oba sta si zelo želela otroka, oba sta želela postati starša. Nina se spominja:

»Še danes imam pred seboj križec, ki sem ga zagledala na testu za nosečnost. To je bilo nepopisno veselje, to se ne da opisati, bila sva tako vesela, da bi kar kričala.« (Nina)

V to sta vložila veliko truda, energije ter vztrajnosti, zato sta začela bolj ceniti drug drugega, pa tudi vlogo materinstva in očetovstva. Kljub vzponom in padcem pravita, da se je splačalo:

»V devetem mesecu, osemnajst dni prekmalu, sem rodila zdravega fantka, ki je predvsem podoben očetu, očke pa ima moje. Kljub kalvariji, ki sva jo dala skozi, se je izplačalo. Slabi spomini zbledijo, ko uzreš pred sabo svojega čudovitega otroka.« (Nina)

Mnogi pari, ki so se soočali z neplodnostjo, se zagotovo veliko bolj zavedajo pomembnosti družine in starševstva, kot je navedel tudi obravnavani par.

Po izjavah partnerke pa lahko sklepam, kako družba vpliva na neplodnost; biološko je še vedno razumljeno kot edino in pravo starševstvo, saj želijo pari ohraniti navideznosti biološkega starševstva ali ga vsaj mimikrirati, ko izberejo darovalca, ki je fenotipsko najbolj podoben prejemniku genskega materiala. Zanimivo je to iskanje biološke podobnosti: partnerica je po izjavah sodeč svojega otroka prepoznala kot gensko popolnoma njenega, saj je navedla, da ima »njene oči« in da je predvsem podoben očetu, se pravi, da ljudje iščejo argumente, ki so vedno biološki, ti pa imajo domnevno večjo težo kot družbeni. Z molkom o uporabi tujega genskega materiala pa se v družbi ideologija biološkega starševstva le še krepi.

9 DISKUSIJA

Cilj pričujoče magistrske naloge je bil raziskati družbeno vlogo novih reproduktivnih tehnologij ter s pomočjo empiričnega dela - biografije para, odgovoriti na raziskovalna vprašanja, ki so me vodila skozi raziskovalno delo. V empiričnem delu sem s pomočjo izbranega para dobila vpogled, kako se prizadeti posamezniki soočajo z neplodnostjo in empirične ugotovitve podkrepila z določenimi teoretičnimi izsledki.

Pri prvem raziskovalnem vprašanju smo ugotavljali, na kakšen način diagnoza neplodnosti vpliva na partnerski odnos. Z raziskavo in analizo strokovne literature smo ugotovili, da so spremembe v partnerskem odnosu v večji meri pozitivne, saj neplodnost partnerski odnos še bolj poveže, utrdi ter ga pogloblja. Je pa diagnoza neplodnosti negativno vplivala na intimen odnos, saj se s postopki zdravljenja neplodnosti zasenči pristna intima. Občutki strahu pred razpadom zveze niso ugotovljeni, obstaja pa dejstvo, da v primeru neuspeha zdravljenja neplodnosti ni podatkov, koliko partnerskih zvez je razpadlo in zato te ugotovitve ni mogoče posplošiti. Zdravljenje neplodnosti je za oba partnerja stresno ter emocionalno naporno, toda za žensko, ki je dosti bolj vpeta v celoten proces zdravljenja, saj zahteva veliko časa in je dostikrat prisotna tudi bolečina, je še težje in psihično bolj naporno. Sam razvoj reproduktivnih tehnologij je močno spremenil vlogo materinstva, ugotavlja feministična teoretičarka A. Kaplan, saj je mati tista, ki se mora fetusu popolnoma podrediti v prenatalnem obdobju. Tiste posameznice, ki se zdravijo za neplodnostjo, to še dosti bolj občutijo. Partnerka je neplodnost doživljala čustveno ter fizično intenzivneje kot partner, zaradi tega predvidevam, da je bila njena potreba po intenzivnejši komunikaciji s strani partnerja premalo uresničena. Pove, da je med samim zdravljenjem neplodnosti dostikrat občutila razočaranje ter hkrati žalost, saj ni razumela, zakaj se dogaja to ravno njej. Po podatkih raziskave Koropatnicka, Daniluka in Pattisona (1993), kjer so ugotavljali, kako se pari spoprijemajo z neplodnostjo, so glavne ugotovitve pri parih kot posledica neplodnosti prav tako občutki žalosti, slabše seksualno življenje, nizka samopodoba, partnerske težave in včasih depresija. Da je njuno intimno življenje postalo slabše, lahko po partneričinih izjavah pritrdim, o težavah v njunem odnosu ni eksplicitno govorila, je pa potožila o pomanjkanju medsebojne komunikacije. Iz tega lahko sklepam, da so bile ravno to tiste težave, ki so lahko posledica neplodnosti med partnerjema. Pomanjkanje komunikacije s strani partnerja pa lahko povežem s tem, da je moškim o neplodnosti dosti težje spregovoriti, saj je moška neplodnost v družbi

še vedno prepoznana kot šibkost (Lee 2003). Prav tako pa so spolno pogojene razlike v doživljanju in odzivanju na neplodnost pri mnogih parih vir frustracij in napetosti (Bercko 2010, 67), vsekakor pa soočenje z neplodnostjo pomeni za vsakega veliko šok, saj na to ni nihče pripravljen. Zato je bistveno, da sta partnerja takrat drug drugemu v oporo, ter da si skupno prizadevata za uspešen zaključek zdravljenja. To potrjuje dejstvo (Diamond in drugi, 1999), da je v obdobju neplodnosti pogovorov v občutkih in čustvih manj, kar se je pri njima tudi potrdilo in izkazalo za glavno težavo pri njunem doživljanju neplodnosti, vendar sta partnerja kljub temu drug drugega dojemala in doživljala kot podporo, kar je bistvenega pomena.

Na drugo raziskovalno vprašanje, ali diagnoza neplodnosti vpliva na odnose z bližnjimi, lahko sklepamo, da v nekateri meri vsekakor, še posebej smislu prikrivanja, saj sta neplodnost dojemala kot osebni problem, zato sta o njuni težavi spregovorila le z najbližjimi. Med najbolj kritičnimi trenutki, takrat ko sta čakala na rezultate, sta imela s prijatelji zelo malo stikov; tisti čas sta zapolnila s službenimi dejavnostmi in raznimi potovanji in si s tem lajšala stres ter večkratne izgube. Oba menita, da sta s strani bližnjih prejela dovolj podpore in nista čutila nikakršnih pritiskov. Sta pa občutila, kar je bilo ugotovljeno tudi v raziskavi (Černič Istenič, 1994), kako je imeti otroke v družbi še vedno pomembna norma. Okolje, v katerem živimo, še vedno uvršča otroke in družinsko okolje v sam vrh vrednot, zato nekateri posamezniki, ki ne morejo uresničiti starševstva, dostikrat občutijo pritiske s strani družbe in širše javnosti. Raziskava, ki jo je opravil D. Keržan, prav tako nazorno prikaže, kako pomembna norma je imeti otroke, saj je večina intervjuvancev v raziskavi menila, da družine ni, če v njej ni otrok. Pri raziskovanem paru so se te pritiski zelo nazorno izkazali, še posebej pri partnerki, saj so jo v njeni okolici stalno spodbujali, naj poizkusi vse, kar je v njeni moči, da postane mati, tako da je na njene odločitve vsekakor vplivala ideologija obveznega starševstva oziroma materinstva. K sreči jima je njun socialno-ekonomski standard dopuščal, da sta si lahko privoščila toliko postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo, medtem ko nekaterim to ni omogočeno, saj so vsi nadaljnji postopki velika finančna obremenitev in zato marsikateremu paru nedostopni.

Na tretje raziskovalno vprašanje, ali zdravniško osebje pri zdravljenju neplodnosti dobro poskrbi za pare z reproduktivnimi težavami, lahko po raziskavi glede na obravnavani par povzamem, da sta odnos v zdravstvu doživljala negativno. Predvsem sta občutila pomanjkanje informacij ter premalo pozornosti, namenjene emocionalnim občutkom pacientov; medicinsko zdravljenje torej po njunih besedah zanemarja odnosni vidik. Prav tako je problem v dolgih

čakalnih vrstah ter finančnem kritju postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo. Zato nekateri - kot obravnavani par - odidejo na samoplačniško zdravljenje. Po menjavi institucije sta bila z zdravljenjem zelo zadovoljna, pa tudi njune potrebe po informiranosti in osebni komunikaciji s strani zdravniškega osebja so bile po njunih besedah kvalitetnejše. Tako kot pri izsledkih raziskav kot pri obravnavanem paru veliko uporabnic zaradi pomanjkanja informacij ne ve, da je spolno celico mogoče pridobiti v tujini. Samo zdravljenje neplodnosti je precej stresno, tako je bilo tudi v njunem primeru; sledijo si številna obremenjujoča razočaranja in zato je pomembno, da bi posamezniki, ki so ujeti v 'kariere pacientov' dobili ustrezno obliko strokovne pomoči tudi v javnih zdravstvenih ustanovah ter bolj obsežna pojasnila in informacije glede samih postopkov zdravljenja. Prav tako po podatkih opravljene raziskave v Sloveniji leta 2012 (Bregar 2012 v Rebernik 2014), ko so raziskovali zadovoljstvo ljudi, ki so imeli izkušnje s postopki medicinske reproduktivne tehnologije, večina anketirancev ni bila zadovoljna z dostopnostjo informacij in postopkov ter pridobljeno podporo medicinskega osebja. Močna volja ter optimizem obravnavanega para je bil glavni povod, da sta prišla do težko pričakovanega otroka, medtem ko jih veliko predhodno že obupa in ne vztraja tako dolgo pri zdravljenju; bodisi zaradi nezadovoljstva z zdravstvenim osebjem, s postopki zdravljenja ali pa predstavlja naknadno zdravljenje preveliko finančno breme. Dejstvo je, da je neplodnost postala zdravstveni problem, ki pa ima lahko posledično velik vpliv na vsakdanje življenje posameznikov, tako v smislu kvalitete življenja kot tudi na kvaliteto odnosov z bližnjimi. Zato bi morale zdravniško osebje nameniti več časa čustvenim potrebam pacientov in pacientk. Glede na rezultate empiričnega dela ter predhodne teorije lahko sklepam, da je zdravljenje neplodnosti pozitivistično medicinskega modela, saj se medicinska pozornost usmerja zgolj na neplodna telesa žensk in moških, njihovi občutki pa so zanemarjeni. Obravnavani par se je pri zdravljenju v javni ustanovi počutil kot številka in ne kot oseba s čustvi. Ko je par zamenjal institucijo za samoplačniško, so bili njuni občutki precej drugačni in njunim čustvenim ter ostalim potrebam je bilo zadoščeno.

Na zadnje raziskovalno vprašanje, ali je neplodnost v sodobni družbi tabuizirana in stigmatizirana tema, lahko po raziskavi podamo več odgovorov. Glede na obravnavani par po njunih besedah ni bilo občutiti stigmatizacije s strani okolice; iz tega lahko sklepam, da tega tudi nista mogla občutiti, saj sta izpolnila težko pričakovano starševstvo in tudi zamolčala uporabo tujega genskega materiala. Predvidevam, da pari, ki jim ne uspe izpolniti starševstva, vsekakor drugače občutijo odziv okolice. Kljub temu da obravnavani par tega ni občutil, je vseeno partnerka povedala, da je bilo spoprijemanje z neplodnostjo in zdravljenje za njo in

partnerja tabuizirana tema, saj o tem nista želela govoriti pred ostalimi, razen pred ožjo družino, s tem pa sta fenomen tabuja le krepila. Tako da je neplodnost v družbi sprejeta še vedno kot nekaj negativnega ter nezaželenega za pomembne družbene vrednote; obravnava se jo kot problem posameznika oziroma para. Sami postopki zdravljenja z medicinsko reproduktivno tehnologijo dajejo več možnosti parom, da uresničijo starševstvo. Zaradi prisotnosti ideologije biološkega starševstva, veliko parov raje zamolči otrokovo predporodno zgodovino, kot je to naredil tudi obravnavani par. Po raziskavi lahko sklepam, da je zunanja podoba eden izmed gradnikov identitete starša in na ta način se prikriva resnica o biološki nepovezanosti med otrokom in materjo in ščiti kredibilnost ideološkega materinstva. Prav tako pa medicinska reproduktivna tehnologija opredeljuje nove bolezni in neplodnost je v diskurzu bio-oblasti postala »bolezen«, saj so neplodni pari označeni kot »bolniki« in ravno nezmožnost reprodukcije povzroča v družbi stigo. Ker je starševstvo še vedno v družbi predstavljeno kot osrednji cilj v življenju odraslih, neplodni posamezniki vidijo v novih reproduktivnih tehnologijah možnosti za uresničitve starševstva in so pripravljene marsikaj preizkusiti in prestati, da pridejo do lastnega otroka. Da bi se odnos do neplodnih spremenil, bo potrebno o tem čim več javno govoriti in se zavedati, da lahko prav vsakega doleti, da po naravni poti ne bo otrok.

10 SKLEP

Neplodnost je velika stiska za prizadete posameznike/posameznice in problem neplodnosti se v družbi ne obravnava, kot bi se moralo. Povezuje se ga z osebnim nivojem, kot problem posameznika, zato so vsi tisti, ki se soočajo s tem, pred življenjsko preizkušnjo, izzivom, ki ga je treba prebroditi in se z njim tudi soočiti. Neplodni pari s strani družbe pogosto niso deležni podpore in razumevanja in tisti, ki ne zmorejo izpolniti starševstva, so dostikrat odrinjeni na rob. Zato bi bilo potrebno prebivalstvo ozavestiti, da je neplodnost globalen fenomen, hkrati pa o neplodnosti spregovoriti ne samo z medicinskega vidika, temveč znotraj javnih razprav. Neplodnost bi se morala kot nivo osebnega problema razširiti na javni problem in tako bi ga morali tudi obravnavati. Izboljšati oziroma spremeniti bi bilo potrebno tudi sistemsko raven, ki bi s povečanjem sredstev za zdravljenje neplodnosti omogočila parom več postopkov zdravljenja neplodnosti z biomedicinsko pomočjo. Spremeniti bi bilo potrebno tudi slovensko zakonodajo, da bi se lahko hitreje prilagajala potrebam pacientov in razvoju medicinske stroke. Z vsemi temi spremembami bi se prispevalo k zmanjšanju stigmatizacije neplodnih posameznikov in posameznic v naši družbi ter preseglo dojemanje neplodnosti samo z medicinskega vidika, ki jo obravnava kot bolezen, kar doslej velja.

Nove reproduktivne tehnologije po eni strani osvobajajo od miselnosti, da je biološko edino in pravo starševstvo, toda po drugi strani dajejo posameznikom možnost, da ohranjajo navidezno biološkega starševstva. S tem se ideologija biološkega starševstva le ohranja in reproducira. Dejstvo je, da z uporabo darovalskih postopkov nastajajo čisto nova razmerja in vezi, prihaja do premikanja mej med biologijo in socialnim, zato bi bilo smiselno tem novim sorodstvenim povezavam urediti pravno-formalni status, saj ti postopki zelo razširjajo sorodstveno mrežo. Če je bila do nedavnega družina sestavljena iz dveh odraslih in biološko povezanega potomca, danes ni več tako, saj je darovanje ter uporaba tujih spolnih celic sorodstvene vezi postavila v nejasen položaj. Zaradi anonimnosti darovalcev spolnih celic so sorodstvena razmerja le teoretična, ukinitve anonimnosti darovanja pa bi pokazala nova sorodstvena razmerja in vezi, ki pa jih brez medicinske tehnologije sploh ne bi bilo. Res je, da nekatere zakonodaje že omogočajo razkritje darovalcev in s tem otrok dobi možnost, da lahko spozna svojega biološkega starša/starše. Slovenska zakonodaja to preprečuje in takšna ureditev jasno sporoča, da se v družbi starševstvo še vedno utemeljuje na biologiji ter v pravnem smislu na krvnih povezavah. Kljub temu da se reproduktivna medicina v Sloveniji v

zadnjih desetletjih razvija primerljivo z najrazvitejšimi državami, se določeni posamezniki ravno zaradi slabe zakonske ureditve obrnejo po pomoč zunaj meja. Po eni strani imamo vrsto izbir in možnosti, po drugi pa nacionalne zakonodaje posegajo v reproduktivno avtonomijo posameznic in posameznikov ter narekujejo reprodukcijo v specifičnih intimnih razmerij (Zaviršek, 2013).

Jasno je, da se prilagoditev na neplodnost povezuje z več dejavniki, vsekakor pa lahko trdimo, da je boljša prilagoditev na neplodnost povezana s pozitivnim samovrednotenjem, višjim socialno-ekonomskim standardom in pa nižjo starostjo ob pričetku zdravljenja, kar potrjuje poleg teoretičnih izsledkov tudi opravljena raziskava v magistrski nalogi. Čeprav naj bi imeli vsi enake pravice za spočetje otroka, žal ni tako, saj se prav zaradi zakonodaje ohranjajo ekonomska razmerja neenakosti. Na potek zdravljenja neplodnosti vplivajo tudi socialne, politične in biološke okoliščine, ki določajo, kdo ima pravico do potomstva in kdo ne, kar bi bilo potrebno v družbi spremeniti, saj naj bi bila pravica do otrok univerzalna pravica vsakogar. Poleg vseh okoliščin, vsekakor nacionalne zakonodaje ne bi smele biti tiste, ki posegajo v reproduktivno avtonomijo posameznic in posameznikov in določajo, kdo je upravičen do medicinske reproduktivne tehnologije in kdo ne. Zavedati bi se morali, da smo priča porastu družinskih razmerij, v katerih se prepleta tako biološko kot socialno starševstvo in takšnim vezem in sorodstvenim povezavam bi bilo dobro urediti pravno-formalni status, da v prihodnosti ne bi prihajalo do zmed glede opredelitve starševstva. Razkritje takšnih vezi in priznanje novih sorodstvenih razmerij pa bi lahko privedlo k zmanjševanju ideologije biološkega starševstva, saj starševstvo ne more temeljiti le na krvnih vezeh, temveč na medčloveških odnosih nasploh.

11 LITERATURA

1. A.H. Robertson in J.G. Merrills. *Human rights in Europe: A study of the European convention on human rights*. New York: Manchester University Press.
2. Akesson, Lynn. 2001. Bound by Blood? New Meanings of Kinship and Individuality in Discourse of Genetic Counseling. V *New Directions in Anthropological Kinship*, ur. Linda Stone, 125–138. USA: The Rowman & Littlefield Publishing Group.
3. Beck, Ulrich. 2001. *Družba tveganja: na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana: Krtina.
4. Beck, Ulrich in Elisabeth Beck-Gernsheim. 2006. *Popolnoma normalni kaos ljubezni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
5. Beck-Gernsheim, Elisabeth. 2002. *Reinventing the family: In search of new lifestyles*. Cambridge: Polity; Oxford; Malden: Blackwell.
6. Bercko, Zvezdana. 2010. *Družbeni vidiki neplodnosti*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
7. Bertaux, Daniel. 1981. *Biography and Society. The Life History Approach in the Social Sciences*. London: Sage Publications.
8. Bevc, Viktorija. 2002. Kvalitetnejše preživljanje prostega časa udeležencev programa psihosocialne pomoči v zakonski krizi zaradi neplodnosti. *Socialno delo* 41 (1): 43–55. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
9. Blyth, Eric in Ruth Landau. 2004. *Third party assisted conception across cultures. Social, legal and ethical perspectives*. London, New York: Jessica Kingsley Publishers.
10. Blyth, Eric in Lucy Frith. 2009. Donor-conceived people's access to genetic and biographical history. An analysis of provisions in different jurisdictions permitting disclosure of donor's identity. *International Journal of Law, Policy and Family* 23 (2): 174–191.
11. Bürger, Martina, Nataša, Tul in Vislava Globevnik Velikonja. 1995. Osebnostne lastnosti parov z zmanjšano plodnostjo. *Psihološka obzorja* 4 (4): 5–18. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije.
12. Chang, Shiu-Neng in Pei Fan Mu. 2008. Infertile couples experience of family stress while women are hospitalized for Ovarian Hyperstimulation Syndrome during infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing* 17: 531–538. Dostopno prek:

- <http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1365-2702.2006.01801.x> (14. januar 2015).
13. Ciccarelli, J.C. in L.J. Beckman. 2005. Navigating rough waters: An overview of psychological aspects of surrogacy. *J Soc Issues* 61(1): 21–43.
 14. Cussins, C. 1996. Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics. *Social Study of Science* (8): 575–610.
 15. Černič Istenič, Majda. 1994. *Rodnost v Sloveniji*. Ljubljana: Forum.
 16. Dancet, E.A.F., I.W.H., VanEmpel, P., Rober, W.L.D.M., Nelen, J.A.M., Kremer in T.M. D'Hooghe, 2011. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction* 26 (4): 827–833.
 17. De Mouzon, J., V., Goossens, S., Bhattacharya, J.A., Castilla, A.P., Ferraretti, V., Korsak, M., Kupka, K.G., Nygren, in A. Nyboe Andersen, 2010. Assisted reproductive technology in Europe, 2006. Results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction* 25 (8): 1851–1862.
 18. Denzin, K. Norman in Yvonna S. Lincoln. 1998. *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London: Sage Publications.
 19. Deutsch, Helene. 1994. *The Psychology of Women. A Psychoanalytic interpretation*. New York: Grune & Stratton.
 20. Diamond, Ronny, David, Kezur in Mimi Meyers, et al. 1999. *Couple therapy for infertility*. New York: The Guilford Press.
 21. Doyal, Lesley. 1987. Infertility – a Life Sentence? Women and the National Health Service. V *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, ur. Michelle Stanworth, 174–190. Oxford: Polity Press.
 22. Drobnič, Sašo. 2007. Različne metode OBMP. Sodobne oblike zdravljenja neplodnosti. V *Zborniku IV. spominskega sestanka akademske prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras*, ur. Eda Vrtačnik Bokal in Nina Jančar, 13–20. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino.
 23. Edwards, Jeanette. 1995. Imperatives to Reproduce: Views from North-west England on Fertility in Light of Infertility. V *Human Reproductive Decisions: Biological and Social Perspectives*, ur. R.I.M. Dunbar, 230–248. London: Macmillan.
 24. Farquahar, Dion. 1996. *The Other Machine. Discourse and Reproductive Technologies*. New York & London: Routledge.
 25. Foucault, Michel. 1990. *The History of Sexuality*. Volume 1: An Introduction. New York: Vintage Books.

26. Geist, P., L.J., Gray, F., Avalos-C'deBaca in G. Hill. 1996. Silent Tragedy/Social Stigma: Coping with the Pain of Infertility. V *Communication and Disenfranchisement: Social Health Issues and Implications*, ur. E. Berlin Ray, 159–183. Mahwah & New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
27. Giddens, Anthony. 1995. *Politics, sociology and social theory: encounters with classical and contemporary social thought*. Stanford: University press.
28. Goldsammler, Michelle in Alan Jotkowitz. 2012. The Ethics of PGD: What about Psysician. *The American Journal of Bioethics* (12) 4: 28–29.
29. Golombok, Susan. 2000. *Parenting: What Really Counts?* London: Routledge.
30. Goričan, Barbara. 2010. Individualizacija, pluralizacija družine in družinska politika. *Socialno delo* 48 (1–3): 123–130. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
31. 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.
32. --- 1993b. Infertility: Social and Demographic Aspects. V *Encyclopedia of Childbearing: critical perspectives*, ur. Barbara Katz Rothman, 202–203. Phoenix: Oryx press.
33. Hojsak, Nina. 2012. *Fenomenološka študija pri oploditvi z biomedicinsko pomočjo*. Diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
34. Javornik, Jana S., Maja, Kersnik, Metka, Kuhar, Tanja, Renner in Alenka Švab. 2006. Družina in njene nove podobe. *Socialni razgledi*: 72–85.
35. Johnston, Patricia Irwin. 1992. *Adopting after infertility*. Indianapolis: Perspicitive Press.
36. Katz Rothman, Barbara. 1998. *Recreating Motherhood*. New York: Norton.
37. Keržan, Dorijan. 2008. *Spočetje novih oblik sorodstva*. Novo mesto: Goga.
38. Kogovšek, Klemen. 2010. *Uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi*. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
39. Kores Testen, Polona, Vilma, Kovač in Veljko Vlaisavljević. 2011. Intrauterina inseminacija – analiza in primerjava ciklov, spodbujenih s klomifencitratom ali z gonadotropini. *Zdrav Vest* 2011 (80): 95–102.
40. Koropatnick, S., J. C., Daniluk in A.T. Pattinson. 1993. Infertility: A non-event transition. *Fertility and Sterility* 59: 163–171.
41. Krapež, Milka. 2008. Pomoč neplodnim parom. *Moj malček*. Dostopno prek: <http://www.mojmalcek.si teme/nosecnost/23/> (19. januar 2015).

42. Kristan, Zdenka. 2005. *Materinski mit: Kultura, psihoanaliza, spolna razlika*. Ljubljana: Delta.
43. Lee, Sammy. 2003. Myths and reality in male infertility. V *Inconceivable conceptions: Psychological Aspect of Infertility and Reproductive Technology*, ur. Jane Haynes in Juliet Miller, 56–64. Hove: Brunner-Routledge.
44. Lévi-Strauss, Claude. 1985. *Oddaljen pogled*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
45. Mamo, Laura. 2007. *Queering Reproduction. Achieving Pregnancy in the Age of Technoscience*. Durham: Duke University press.
46. Meden-Vrtovec, Helena. 1989. *Neploidnost*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
47. Mesec, Blaž. 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
48. Muršič, Jasna. 2008. Vloga medicinske sestre v ambulanti za zdravljenje neplodnosti. V *Mednarodni znanstveni simpozij 80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru*, ur. Ivan Takač, 681–689. Maribor: Univerzitetni klinični center.
49. *Neploidnost*, 2012. »Daruj spolne celice«. Dostopno prek: <http://www.neploidnost.net> (15. november 2014).
50. Oakley, Ann. 2000. *Gospodinja*. Ljubljana: Založba /*cf.
51. Onat, Güliz in Nezihe Kizilkaya Beji. 2012. Marital Relationship and Quality of Life Among Couples with Infertility. *Sex Disability* 30 (1): 39–52. Dostopno prek: <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-011-9233-5> (26. februar 2015).
52. Pfeffer, Naomi. 1987. Artificial Insemination, In-vitro Fertilization and the Stigma of Infertility. V *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, ur. Michelle Stanworth, 81–97. Oxford: Polity Press.
53. Prevolšek, Tanja. 2009. *Ideologija obveznega materinstva. Primer parov z reprodukcijskimi težavami*. Diplomsko delo. Koper: Fakulteta za humanistične študije.
54. Ponjaert-Kristoffersen, Ingrid in Patricia Baetens. 1999. Counselling patients with infertility problems. *International Journal for the Advancement of Counselling* 21: 249–261. Dostopno prek: <http://link.springer.com/> (18. marec 2015).
55. Rebernik, Nika. 2014. *Pogoji za dobro sodelovanje s pacientom*. Diplomsko delo. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
56. Renner, Tanja, Vika, Potočnik in Vera Kozmik Vodusek. 1995. *Družine: različne – enakopravne*. Ljubljana: Vitrum.
57. Renner, Tanja, Mateja, Sedmak, Alenka, Švab in Mojca Urek. 2006. *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. Koper: Založba Annales.

58. Rener, Tanja. 2008. Indijske ženske ali o ženskih problemih na nižjih ravneh. V *Indija, dežela protislovnih strasti*, ur. Barbara Bezec in Marta Gregorčič, 147–159. Ljubljana: Študentska založba.
59. Rener, Tanja, Živa, Humar, Tjaša, Žakelj, Andreja, Vezovnik in Alenka Švab. 2008. *Novo očetovstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
60. Repinc, Barbara. 2001. Neplodnost kot tržno blago. *Delta 7* (1/2): 57–88. Dostopno prek: <http://www.psihoterapevt.si/Delta.pdf> (19. december 2014).
61. Roberts, Brian. 2002. *Biographical Research*. Philadelphia: Open University Press.
62. Sirk, Patricija. 2013. *Soočanje para z neplodnostjo*. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
63. Stanworth, Michelle. 1987. *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Minneapolis: Polity press.
64. Štular, Suzana. 1999. Mit o materinstvu. *Časopis za kritiko znanosti* 27 (194): 65–76.
65. Švab, Alenka. 2001. *Družina: od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
66. Švab, Alenka in Selma Sevenhuijsen. 2003. *Labirinti skrbi: Pomen perspektive etike skrbi za slovensko socialno delo*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
67. Švab, Alenka in Roman Kuhar. 2005. *Neznosno udobje zasebnosti. Vsakdanje življenje gejev in lezbijk*. Mirovni inštitut: Zbirka politike.
68. Švab, Alenka. 2006. Družinske spremembe. V *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*, ur. Tanja Rener idr., 63–88. Koper: Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko.
69. Ule, Mirjana in Metka Kuhar. 2003. *Mladi, družina, starševstvo: spremembe življenjskih potekov v pozni moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
70. Ule, Mirjana. 2003. *Spre gledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
71. Univerzitetni klinični center Maribor. Dostopno prek: <http://www.ukc-mb.si/ivf/neplodnost/> (28. avgust 2015).
72. Urh, Špela. 2002. Nove družine – nove stare ideologije. *Časopis za kritiko znanosti* XXX: 207–208.
73. --- 2009. Nove tehnologije – stare ideologije: Oploditev z biomedicinsko pomočjo. *Socialno delo* 48 (1–3): 111–121. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
74. Veggetti, F.S.. 1997. *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*. Milano: Mondadori.

75. Virant Klun, Irma, Helena, Meden-Vrtovec in Tomaž Tomaževič. 2002. *Od nastanka gamet do rojstva*. Radovljica: Didakta.
76. Vlaisavljević, Veljko. 2006. Neplodnost. V *Ginekologija*, ur. Elko Borko in Ivan Takač, 307–329. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
77. --- 2011. Smeri razvoja reproduktivne medicine. *Zdrav Vest* 2011 80 (5): 1–3.
78. Voršič, Aleksandra. 2013. *Zdravstvena obravnava neplodnega para*. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
79. Vrtačnik Bokal, Eda. 2008. Pravice žensk do oploditve z biomedicinsko pomočjo. V *Mednarodni znanstveni simpozij 80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru*, ur. Ivan Takač, 359–366. Maribor: Univerzitetni klinični center.
80. Zaviršek, Darja. 2006. Zakonska zveza in njene omejitve. V *Prava poroka? 12 razmišljanj o zakonski zvezi*, ur. Zdravko Kobe in Igor Pribac, 191–210. Ljubljana: Krtina.
81. --- 2009. Med krvjo in skrbjo: Socialno starševstvo kot širitev koncepta starševstva v današnjem svetu. *Socialno delo* 48 (1–3): 3–16. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
82. --- 2011. Od pravice do spolne celice do pravice vedeti. *Dnevnik*, 19. november. Dostopno prek: <https://www.dnevnik.si/1042488806/vec-vsebin/1042488806> (22. februar 2015).
83. --- 2012a. *Od krvi do skrbi: Socialno starševstvo v globalnem svetu*. Maribor: Aristej.
84. --- 2012b. Reproductivna medicina in socialno delo. Med moderno tehnologijo in etičnimi dilemami. *Socialno delo* 51 (1–3): 39–54. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
85. --- 2013. Folikli, transferji, zamrznjenčki: Reproductivne izbire in nove etične dileme. *Annales* 23 (2): 377–388. Dostopno prek: <http://zdj.si/sl/docs/annaes/sociologia/n23-2/zavirsek.pdf> (22. november 2014).
86. Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih. (ZZZDR). *Uradni list RS*, 69/2004, 8462–8476.
87. Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB). *Uradni list RS*, 70/2000.
88. Zegers-Hochschild, F., G.D., Adamson, J., De Mouzon, O., Ishihara, R., Mansour, K., Nygren, E. Sullivan in S. Van Der Poel. 2009. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Human Reproduction* 24 (11): 2683–2687.

PRILOGA: VPRAŠALNIK ZA PARTNERICO IN PARTNERJA

Vprašalnik za partnerico:

1. Kako se vam zdi, da je izkušnja neplodnosti vplivala na partnerski odnos?
2. Ali ste kdaj med zdravljenjem neplodnosti občutili krizo v partnerskem odnosu ter celo razmišljali o koncu zveze?
3. Se vam zdi, da je partner težave z neplodnostjo dojemal in občutil drugače kot vi?
4. Kako mislite, da vas je partner doživljal med zdravljenjem neplodnosti?
5. Ali ste lahko v vsakdanjem življenju - pri vsakdanjih opravilih - kdaj odmislili težave z neplodnostjo?
6. Ste s partnerjem kdaj pomislili na strokovno (psihosocialno) pomoč v partnerski zvezi zaradi neplodnosti?
7. So kadarkoli med zdravljenjem neplodnosti na vaju vplivala kakšna pričakovanja okolice, oziroma bila povod za drugačno odločitev med procesom zdravljenja neplodnosti?
8. Ste kadarkoli dobili občutek, da na vas gledajo drugače, kot pred zdravljenjem neplodnosti? Ste se kdaj počutili prikrajšani?
9. Kako ste se soočali z vsemi spodletelimi poizkusi zanositve? Kako velike izgube so to bile za vas?
10. Kaj bi spremenili med zdravljenjem neplodnosti?
11. Kako pomembno se vam zdi finančno stanje para, ki se sooča z neplodnostjo pri izbiri postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo?
12. Se vam zdi, da je za neplodne pare v zdravstveni oskrbi dobro poskrbljeno?
13. Bi mogoče še karkoli dodali ali izpostavili glede odnosa okolice do neplodnosti?

Vprašalnik za partnerja:

1. Kakšni občutki so vas spremljali ob ugotovitvi, da imate s partnerico težave pri spočetju otroka?
2. Kako ste doživljali sebe med zdravljenjem neplodnosti?
3. Ali menite, da je bilo dovolj komunikacije med vami in partnerico med zdravljenjem neplodnosti?
4. Kako je izkušnja neplodnosti vplivala na vajin odnos s partnerico?
5. Kako ste doživljali obdobje neplodnosti? Kje je bilo občutiti največ sprememb?
6. Kako ste v tem obdobju skrbeli zase in za vajin odnos s partnerico?
7. Ali je izkušnja neplodnosti vplivala na vaše vsakdanje življenje?
8. Ali ste spregovorili o neplodnosti z vašimi prijatelji?
9. Ste kdaj dobili občutek, da na vas gledajo drugače kot pred vašo izkušnjo neplodnosti?
10. Kako ste doživljali odnos zdravniškega osebja med zdravljenjem neplodnosti?
11. Ste kadarkoli občutili kakšne pritiske s strani družbe oziroma bližnje okolice?
12. Kako je poskrbljeno za moške med zdravljenjem neplodnosti s strani zdravniškega osebja?
13. Kako pomembno je za vas biološko starševstvo?
14. Menite, da ste med celotnim zdravljenjem neplodnosti bili partnerici dovolj v oporo?