



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

FENOMENOLOŠKA ŠTUDIJA PRI OPLODITVI Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

Mentor: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Kandidatka: Nina Hojsak

Jesenice, februar, 2012

ZAHVALA

Iskrena zahvala gre mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., ki mi je bila v veliko podporo in spodbudo pri pisanju diplomskega dela. Hvala vam za vse strokovne nasvete, potrpežljivost in dobro usmeritev pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi doc. dr. Brigiti Skela Savič ter red. prof. dr. Marku Lavriču za recenzijo diplomskega dela.

Hvala ge. Nini Rustja, univ. dipl. bibl., za pregled navedene literature v diplomskem delu ter ge. Janji Gomboc, prof. slov. in soc., za strokovno lektoriranje diplomskega dela.

Zahvaljujem se osebju Ginekološke klinike v Ljubljani za dano literaturo in neprecenljive dodatne informacije.

Iskreno se zahvaljujem paroma, ki sta bila pripravljena deliti svojo težko življenjsko izkušnjo z menoj in brez zadržkov spregovorila o neplodnosti.

Posebna zahvala gre moji sestri Tei in preostali družini. Zahvaljujem se tudi fantu Mateju. Hvala vam, ker ste verjeli vame in mi ves čas študija ter pisanja diplomskega dela stali ob strani!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V zadnjem času se vedno več parov sooča s težavami z zanositvijo. Po zadnjih podatkih naj bi se s tem problemom v Sloveniji soočal že vsak šesti par. V družbenem okolju je neplodnost še vedno nekakšna tabu tema. Pari, ki se soočajo z neplodnostjo si na začetku ne upajo spregovoriti, ker se bojijo reakcije okolja.

Cilji: Glavni cilj diplomskega dela je bil ugotoviti, kakšno je doživljanje neplodnega para pri postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Metoda: Uporabili smo kvalitativno metodo. Podatke smo pridobili z uporabo nestandardiziranega polstrukturiranega skupinskega intervjuja. V raziskavo smo vključili dva neplodna para. Na podlagi zbranih podatkov in informacij smo oblikovali fenomenološko študijo primera. Uporabili smo namenski vzorec. Podatke smo obdelali po kodirnem protokolu.

Rezultati: Pri analizi intervjuvanega in prepisanega intervjuja smo prepoznali glavno kategorijo – neplodnost ter podkategorije: želja po uspehu, doživljanje pri postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo ter podpora partnerja in socialne mreže. Pri prvi podkategoriji smo prepoznali 6 kod, pri drugi 13 kod in pri zadnji 5 kod. Glavna spoznanja raziskave so naslednja: pari poročajo o težkem soočanju sprejetja diagnoze neplodnost, o diagnozi se bojijo spregovoriti, saj jih je sram. Partnerja morata imeti pri zdravljenju jasen, skupen cilj. Potrebna je podpora s strani partnerja, komunikacija z najbližjimi ter medicinskimi sestrami, pogrešajo pa več pogovorov z zdravniki.

Razprava: Opravljena raziskava je pokazala, da so postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo zahtevni, naporni, boleči, zahtevajo celega človeka in predvsem dober in odkrit odnos med partnerjema. Pri postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo je potrebna vztrajnost, potrpežljivost, upanje v zastavljeni cilj. V prihodnosti bi bilo dobro izvesti nadaljnje raziskave na temo, neplodnosti. Zanimivo bi bilo izvesti kombinirano raziskavo z uporabo kvalitativnih in kvantitativnih metod.

Ključne besede: neplodnost, zdravljenje neplodnosti, oploditev z biomedicinsko pomočjo, komunikacija, zakonodaja.

ABSTRACT

Background: An increasing number of couples nowadays is being faced with an inability to conceive a child. Recent statistics show that every sixth couple in Slovenia is having problems conceiving. In Slovenia, infertility is still a taboo subject. Couples who suffer from infertility are afraid to speak up because they fear the reactions from the environment.

Aims: The main aim of the thesis was to determine the experiences of couples undergoing medically assisted reproduction treatment.

Methods: A qualitative research was conducted. We acquired the data using a non-standardized semi-structured group interview. Two couples were included in the research. We created the phenomenological case study based on the acquired data. A purposive sample was used and the data was processed by coding protocol.

Results: An analysis of interview transcriptions yielded the main category—infertility, and the following subcategories: the desire for a positive outcome, experience during medically assisted reproduction treatment, and support from the partner and the social network. We recognized 6 codes in the first subcategory, 13 codes in the second, and 5 codes in the last category. The main conclusions of our research are that couples report difficulties in confronting a diagnosis of infertility and that they are afraid to speak up about the issue due to feelings of shame. During the treatment, both partners must have a clear, mutual goal. They need to support each other and communicate openly with their family and nurses. Respondents pointed out that they desire more time to talk with their doctors.

Discussion: The research indicated that medically assisted reproduction methods are demanding, grueling and painful, that they call for total dedication, and, most of all, a solid partner relationship based on trust. Medically assisted reproduction demands stamina, patience and the desire to achieve the goal. Further research on infertility should be implemented; it would also be interesting to conduct research using both qualitative and quantitative methods.

Key words: infertility, infertility treatment, medically assisted reproduction, communication, legislation.

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 OPREDELITEV POJMA NEPLODNOSTI, VZROKI ZANJO IN ZDRAVLJENJE	3
2.1.1 Opredelitev neplodnosti	3
2.1.2 Vzroki neplodnosti	3
2.1.3 Diagnostični postopki in zdravljenje neplodnosti	5
2.2 OPLODITEV Z BIOMEDICINSKO POMOČJO.....	5
2.2.1 Kratka zgodovina oploditve z biomedicinsko pomočjo	5
2.2.2 Kaj je oploditev z biomedicinsko pomočjo.....	6
2.2.3 Opis poteka zunajtelesne oploditve.....	8
2.3 ZAKONODAJA NA PODROČJU OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO.....	10
2.3.1 Zakonodaja na področju oploditve z biomedicinsko pomočjo v Sloveniji	10
2.3.2 Zakonodaja na področju oploditve z biomedicinsko pomočjo v nekaterih drugih članicah Evropske unije	11
2.4 NEPLODNI PAR Z DRUŽBENEGA VIDIKA.....	12
2.5 POMEN KOMUNIKACIJE V PROCESU OBMP MED PARTNERJEMA IN ZDRAVSTVENIM OSEBJEM.....	14
2.6 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBMP.....	16
3 EMPIRIČNI DEL.....	20
3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA	20
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	20
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	20
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	20
3.3.2 Opis instrumentarija	22
3.3.3 Opis vzorca.....	22
3.3.4 Opis obdelave podatkov	24
3.4 REZULTATI	25
3.4.1 Želja po uspehu	26

3.4.2 Doživljanje pri postopkih OBMP.....	28
3.4.3 Podpora partnerja in socialne mreže	35
3.5 RAZPRAVA.....	38
4 ZAKLJUČEK	43
5 LITERATURA	45
6 PRILOGE.....	51
6.1 INSTRUMENT	51

KAZALO SLIK

Slika 1: Vrste postopkov OBMP	7
Slika 2: Shematski prikaz glavne kategorije, podkategorij in pripadajočih kod	25

1 UVOD

Želja skoraj vsakega posameznika je, da si ustvari družino, vendar nekateri pari ne morejo imeti otrok po naravni poti. Ti morajo izbrati drugačno rešitev. Tako poznamo različne načine, da par dobi otroka, in sicer operativne postopke, postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo ali posvojitvev otroka (Cimperman, 2006).

Neplodnost je ena največjih stisk, ki lahko doletijo človeka. Ogrozi vsa področja njegovega življenja, predvsem njegovo samopodobo, sanje o prihodnosti in odnose z drugimi ljudmi. V življenju je to lahko ena izmed najbolj hudih kriz (Velikonja, 2005), s katero se v Sloveniji spopada že vsak šesti par (Neplodnost, 2011).

Novica o neplodnosti predstavlja veliko življenjsko preizkušnjo. Takšna diagnoza, ki zelo prizadene par, lahko povzroči pri ženski in/ali moškem depresivno stanje, anksioznost, družbeno izolacijo in posledično spolne motnje. Par velikokrat težko sprejme novico, da ne bo mogel imeti otrok po naravni poti, zato obišče zdravniško pomoč, tam pa jima svetujejo oploditev z biomedicinsko pomočjo. Pari, ki so obiskali specialista za neplodnost, so poročali, da so bolj zaskrbljeni in v večji čustveni stiski od parov, ki imajo lahko otroke po naravni poti (Rashidi idr., 2008).

Neplodni pari se soočajo z izbiro, ali bodo sprejeli novico, da so neplodni in poiskali zdravniško pomoč, ali pa tega dejstva ne želijo sprejeti in ga nikomur ne zaupajo. Neplodnost in njene posledice vplivajo na par, tako na žensko kot moškega. Zelo pomembno je, da se par o tej težavi pogovarja, saj lahko le tako najde skupno rešitev za nadaljnjo skupno pot in sprejema skupne odločitve (Cassidy in Sintrovani, 2008).

Po priporočilu Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju: SZO) govorimo o neplodnem paru takrat, kadar ženska po letu dni normalnih rednih nezaščitenih spolnih odnosih (2–3-krat na teden) ne zanosi. Po ugotovitvi vzrokov neplodnosti se par prične zdraviti. Neplodni par se vedno obravnava kot celota (žensko in moškega) (Peterlin, 2007).

V Sloveniji velja Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (v nadaljevanju: ZZNPOB), ki zakonsko dovoljuje postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi spolnimi celicami (Pinter idr., 2006). ZZNPOB ureja zdravstvene ukrepe, s katerimi se paru pomaga pri spočetju otroka in se mu tako omogoči uresničiti svobodo odločanja o rojstvu svojih otrok (ZZNPOB, 2000, čl. 1).

Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo se v Sloveniji opravljajo v okviru javne zdravstvene službe – v centrih za oploditev z biomedicinsko pomočjo, ki imajo za to dejavnost posebno dovoljenje (ZZNPOB, 2000, čl. 15). V Sloveniji imamo tri centre, v katerih lahko potekajo postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo, in sicer na Kliničnem oddelku za reprodukcijo na Ginekološki kliniki v Ljubljani, Univerzitetni klinični center Ljubljana, na Oddelku za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, na Kliniki za ginekologijo in perinatologijo, Univerzitetni klinični center v Mariboru ter v bolnišnici za Ginekologijo in porodništvo v Postojni (Tomažević, 2006).

Pod izraz oploditev z biomedicinsko pomočjo (v nadaljevanju: OBMP) uvrščamo različne postopke zdravljenja neplodnosti. Poznamo znotrajtelesne postopke in zunajtelesne postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo. Eden izmed najpogostejših načinov oploditve je zunajtelesna oploditev s t.i. postopkom in vitro fertilizacija skupaj s prenosom zarodkov (Virant-Klun, Meden-Vrtovec in Tomažević, 2002). Od uvedbe oploditve z biomedicinsko pomočjo se postavlja vprašanje, ali lahko način oploditve neugodno vpliva na potek nosečnosti in na izid pri otroku. Danes obstajajo prepričljivi dokazi le za večjo pogostost mnogoplovnih nosečnosti kot posledico prenosa dveh zarodkov ali delitve zarodka po prenosu v maternico. Leta 1977 je bil s pomočjo umetne oploditve spočet prvi otrok, in sicer s klasičnim postopkom in vitro fertilizacija. Tako se je leta 1978 rodila Luise Brown (Kornhauser Cerar idr., 2005).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV POJMA NEPLODNOSTI, VZROKI ZANJO IN ZDRAVLJENJE

2.1.1 Opredelitev neplodnosti

O neplodnosti oziroma infertilnosti govorimo, kadar pri paru po enem letu rednih, nezaščitenih spolnih odnosov ne pride do zanositve. O primarni neplodnosti govorimo takrat, ko pri paru še nikoli ni prišlo do zanositve, torej ženska še ni nikoli zanosila, moški pa nikoli oplodil katerekoli partnerke. O sekundarni neplodnosti govorimo v primeru, če je par v preteklosti že zanosil, sedaj pa do zanositve ne pride. To pomeni, da ženska ne more ponovno zanositi, moški pa je v preteklosti že oplodil partnerko (Vlaisavljević, 2006). Na plodnost med drugim vpliva tudi starost ženske – starejša kot je, manj je možnosti za zanositev (American Infertility Association, 2003; povz. po Fontenot, 2008, str. 28).

Po definiciji SZO je par neploden, če ženska brez uporabe kontracepcije po rednih spolnih odnosih ne zanosi v 12 mesecih. Omenjeni kriterij se lahko individualno prilagodi, kadar gre za starejše pare (ženske nad 35 let in moški nad 50 let), pri katerih se diagnostične postopke zdravljenja uporabi že po šestih mesecih rednih nezaščitenih spolnih odnosov (Meden-Vrtovec, 2002).

2.1.2 Vzroki neplodnosti

Vzroke za neplodnost vedno iščemo pri obeh spolih in sočasno upoštevamo pravilo, da enostavne in neinvazivne preiskave opravljamo pri obeh partnerjih hkrati. Že v začetku v diagnostiko vključimo tudi moškega. Ko najdemo en vzrok za neplodnost, ne smemo opustiti celotne obravnave neplodnega para (Vlaisavljević, 2006). Poznamo več vzrokov za neplodnost, ki se razlikujejo glede na spol. Vzroki za neplodnost so lahko pri obeh spolih prirojeni ali pridobljeni. O prirojeni neplodnosti govorimo takrat, kadar jo povzročijo genetske nepravilnosti zarodka in vplivi okolja v času razvoja gonad (t.j. reproduktivna žleza, ki proizvaja zarodne celice, to so spolne celice). Pridobljena neplodnost je posledica škodljivih vplivov okolja (npr. bolezni, strupov) po rojstvu.

Včasih se lahko zgodi, da so prirojeni in pridobljeni vzroki med seboj tako prepleteni, da jih težko opredelimo (Virant-Klun idr., 2002).

Oviro za normalno plodnost pri ženski predstavljajo organske napake in motnje. Najpogostejši vzrok neplodnosti iz strani žensk, so policistični jajčniki – obolenje PCO (na jajčnikih so številne ciste, ki proizvajajo prekomerne količine moških hormonov, ki se izločajo v kri) (Klinični oddelek za reprodukcijo, 2011). Vzrok za neplodnost iz ženske strani se na splošno ocenjuje v 33 % primerov (Meden-Vrtovec, 2002).

Kadar je vzrok za neplodnost slabša kakovost partnerjevega semena, govorimo o moški neplodnosti (Virant-Klun idr., 2002). Povzročitelji neplodnosti pri moškem so tudi poškodbe, določena bolezenska stanja in operativni postopki (Klinični oddelek za reprodukcijo, 2011). Meden-Vrtovec (2002) navaja, da je v več kot 20 % primerov vzrok za neplodnost slaba kvaliteta semena, ki je etiološko lahko povezana z načinom življenja, dela, jemanja zdravil ali toksičnega delovanje okolja, vendar je ponavadi težko odkriti pravi vzrok. Pri neplodnih parih je vzrok moške neplodnosti ocenjen na približno 20 – 30 % primerov.

Par je lahko neploden tudi, če so vsi izvidi preiskav, ki jih opravijo v okviru diagnostičnih postopkov, normalni. Pri tem je potrebno upoštevati pogostnost in način spolnih odnosov, prisotnost morebitnega stresa na delovnem mestu in v družini ter kvaliteto partnerskega odnosa in stopnjo njune psihične stabilnosti (ibid.). V nekaterih primerih se vzroka za neplodnost ne da ugotoviti. S strokovno besedo to vrsto neplodnosti imenujemo idiopatska neplodnost. Diagnozo nepojasnjene neplodnosti postavijo z izključitvijo ostalih vzrokov neplodnosti (to so vzroki iz strani ženske ali moškega). Najpomembnejša spremenljivka, ki prispeva k idiopatski neplodnosti, je pogosto starost ženske. Postavitev natančne diagnoze je načeloma potrebna za oceno prognoze in načrtovanje zdravljenja neplodnosti (Gavrić-Lovrec, 2007). V nekaterih primerih vzrok neplodnosti izhaja iz obeh partnerjev. Takšen vzrok neplodnosti se pojavi v 20 – 25 % primerov neplodnih parov (Virant-Klun idr., 2002).

2.1.3 Diagnostični postopki in zdravljenje neplodnosti

Z diagnostičnimi postopki za ugotavljanje morebitnih vzrokov neplodnosti se prične takoj, ko par poišče zdravniško pomoč. Če je ženska starejša od 35 let, se priporoča diagnostično obravnavo že po šestih mesecih rednih, nezaščitene spolnih odnosih, sicer pa v skladu z definicijo neplodnosti. Zaželeno je, da na prvi pregled prideta oba partnerja (Vogler, 2007).

Vse preiskave, ki se opravljajo na Kliničnem oddelku za reprodukcijo na Ginekološki kliniki v Ljubljani (v nadaljevanju: Ginekološka klinika), so usmerjene k iskanju vzroka neplodnosti. Pravo zdravljenje neplodnosti pomeni odpravljanje vzroka, če je to možno. Pri tem vedno začnejo z manj invazivnimi in nebolečimi preiskavami (Klinični oddelek za reprodukcijo, 2011). Celoten diagnostični postopek in zdravljenje neplodnosti obsegata na prvem mestu *razgovor z zdravnikom* (oba partnerja istočasno in tudi posebej), *plan preiskav za žensko in moškega, pregled izvidov ter predlog za zdravljenje neplodnosti* (Ozvaldič in Vozar, 2007). Pri zdravljenju neplodnosti na Ginekološki kliniki parom opravljajo operativne postopke v obliki minimalnih invazivnih operacij (laparoskopske in histeroskopske operacije) in postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo ter postopke izboljšanja ovulacije z zdravili. Izvajajo vse bolj znane in uveljavljane postopke za oploditev, ki so trenutno na voljo v svetu (Klinični oddelek za reprodukcijo, 2011).

2.2 OPLODITEV Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

2.2.1 Kratka zgodovina oploditve z biomedicinsko pomočjo

Prvi mejnik v zgodovini OBMP je Luise Brown, ki je prvi otrok, spočet z umetno oploditvijo, in sicer 10. 11. 1977. Spočeta je bila s pomočjo klasičnega postopka OBMP, t.i. in vitro fertilizacija, kar pomeni oploditev zunajtelesa. Druga prelomnica je bila leta 1992, ko je skupini belgijskih znanstvenikov uspelo z eno semenčico oploditi jajčno celico (Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna, b.l.). Leta 1982 je bila v Ljubljani na Ginekološki kliniki ustanovljena skupina za zunajtelesno oploditev. Ustanoviteljica je bila akad. prof. dr. Lidija Andolšek-Jeras. Prvi poskus oploditve zunaj

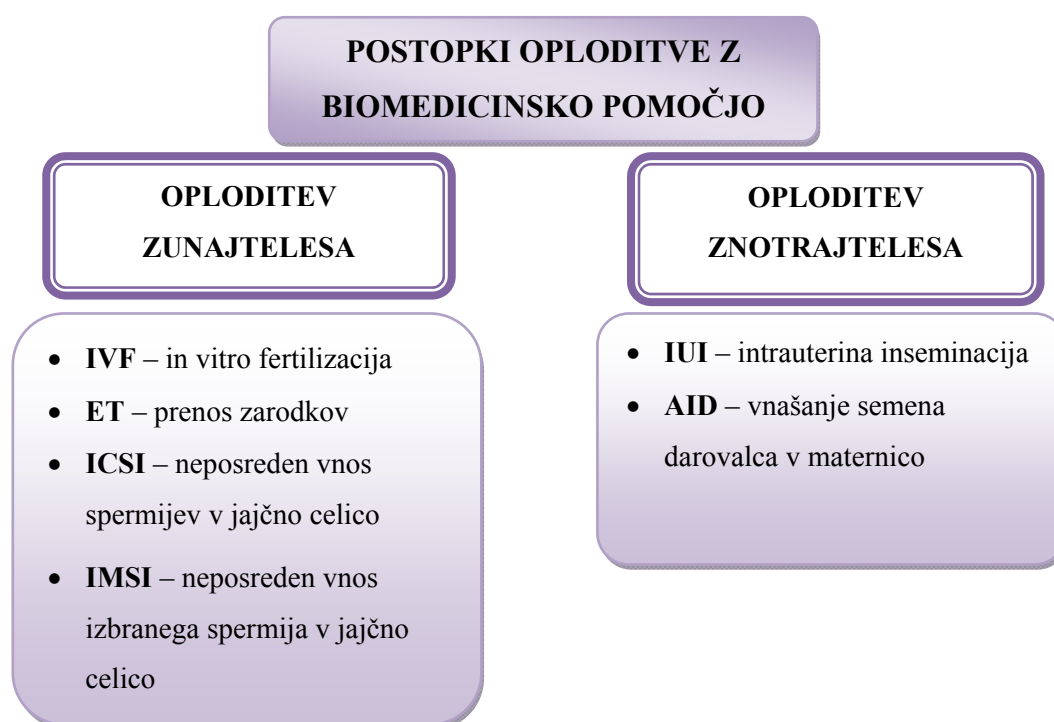
materinega telesa v Sloveniji je bil izveden 25. 5. 1983. Nosečnost se je oktobra 1983 končala s spontanim splavom. Petega oktobra leta 1984 sta se na kliniki rodili prvi dvojčici, spočeti s postopkom in vitro fertilizacije (Tomažević idr., 2004). V tem času so na Ginekološki kliniki uvedli in izpopolnili številne nove postopke in tehnike OBMP. Tako so se neplodnim parom odprle številne nove možnosti za uspešno zdravljenje neplodnosti (Tomažević idr., 2004; povz. po Peterlin, 2007, str. 5).

2.2.2 Kaj je oploditev z biomedicinsko pomočjo

OBMP je postopek oploditve ženske, ki se s pomočjo biomedicinske znanosti izvaja z namenom zanositve v primeru, da do te ne pride s spolnim odnosom (Cimperman, 2006). Postopki OBMP so metode, s katerimi se nadzoruje in pomaga pri oploditvi jajčne celice, pri prenosu spolnih celic (gamet), ugnezditvi (implantaciji) ter zanositvi. Postopke OBMP delimo na oploditev v telesu in zunaj njega. Med najpreprostejše oblike OBMP uvrščamo postopke oploditve v telesu in sicer umetno osemenitev s partnerjevim semenom (t.i. homologna inseminacija), t.j. postopek IUI (intrauterine insemination, v nadaljevanju: IUI) in postopek AID (artificial insemination by donor, v nadaljevanju: AID), oziroma umetna osemenitev z darovalčevim semenom (t.i. heterologna inseminacija). Postopka se izvedeta z vnosom pripravljenega semena v maternico, s posebnim katetrom (Virant-Klun idr., 2002). Postopek IUI je primeren za pare, pri katerih ima moški zmerno poslabšano kakovost semena, prehodnost ženskih jajcevodov pa je ohranjena (Ozvaldič in Vozar, 2007).

Najpogostejši način OBMP je oploditev z in vitro fertilizacijo (IVF – in vitro fertilisation, v nadaljevanju: IVF) s prenosom zarodka (ET – embryo transfer, v nadaljevanju: ET). To je oploditev zunajtelesa, natančneje oploditev jajčne celice v epruveti (Cimperman, 2006). Postopek zunajtelesne oploditve IVF se uporablja pri zdravljenju hujših oblik neplodnosti in pri tistih, kjer zdravljenje z različnimi zdravili, hormonskimi preparati in kirurškimi postopki ni bilo uspešno (Virant-Klun idr., 2002). Druga metoda zunanje oploditve je mikromanipulacija ali metoda neposrednega vnosa semenčice v jajčno celico (ICSI – intra cytoplasmatic sperm injection, v nadaljevanju: ICSI). Pri tej metodi vnesejo posamezne semenčice v notranjost jajčne celice s pomočjo

posebnih inštrumentov. Uporablja se pri hudih oblikah moške neplodnosti (v primeru azoospermije (ni semenčic) ICSI ni možen, če se semenčic ne pridobi iz mod ali nadmodka) ali v primeru, da metoda IVF ni bila uspešna. Ta postopek trenutno predstavlja vrhunec sodobnega zdravljenja neplodnosti in je eden najzahtevnejših postopkov OBMP (Kornhauser Cerar idr., 2005). Po končanem IVF- ali ICSI-postopku sledi vnos zgodnjih zarodkov v ženske spolne organe (ET) (Cimperman, 2006). Najnovejša oblika OBMP je neposreden vnos izbranega spermija v jajčno celico (IMSI – intracytoplasmic morphologically selected injection), ki omogoča, da se pred oploditvijo z ICSI-postopki pregleda glave spermijev pri večji povečavi in izbere najboljše, najbolj kakovostne semenčice. Strokovnjaki domnevajo, da bo izboljšala klinične rezultate metode ICSI pri najtežjih oblikah moške neplodnosti (Klinični oddelek za reprodukcijo, 2011). Slika 1 v nadaljevanju, prikazuje postopke OBMP.



Slika 1: Vrste postopkov OBMP

Vir: Virant-Klun, Meden-Vrtovec in Tomaževič (2002, str. 110).

2.2.3 Opis poteka zunajtelesne oploditve

Zunajtelesna oploditev poteka po naslednjih korakih:

1. korak: spodbujanje jajčnikov s hormoni

Izzovemo rast večjega števila foliklov. Pri tem poznamo pri postopkih OBMP dva protokola. Prvi protokol imenujemo dolgi protokol, drugi je kratki. Pri dolgem protokolu ženske od 22. dneva ciklusa vsak dan prejemajo *suprefact* (GnRH – zaviralec izločanja hormonov hipofize) v obliki podkožnih injekcij.

Pri kratkem protokolu ženska od drugega dneva menstruacijskega ciklusa prejema gonadotropine (gonal F ali menopur). Sedmi dan ciklusa ženska dobi še drugo podkožno injekcijo *cetrotide* (antagonist GnRH). Z aplikacijo tega preparata se prepreči prezgodnja ovulacija (Meden-Vrtovec, 2002; povz. po Peterlin, 2007, str. 10).

2. korak: kontrola rasti foliklov

Pri dolgem protokolu pride ženska po desetih dneh jemanja obeh hormonskih injekcij ponovno na Ginekološko kliniko na ultrazvočno preiskavo in odvzem krvi za določitev hormona v krvi (estradiol) (Peterlin, 2007). Pri kratkem protokolu, pa pride ženska osmi dan prejemanja obeh injekcij na Ginekološko kliniko, na zgoraj omenjeni preiskavi (Meden-Vrtovec, 2002; povz. po Peterlin, 2007, str. 10).

3. korak: zorenje jajčnih celic – stop injekcija

Ko rastoči folikli dosežejo optimalno velikost, t.j. zrastejo do doseženih kriterijev, prejme ženska t. i. *stop injekcijo* za dokončno dozorevanje foliklov.

4. korak: ultrazvočno vodena punkcija jajčnikov in oddaja semena

Drugi dan po stop injekciji (34 – 36 ur po aplikaciji) se opravi ultrazvočna punkcija jajčnih foliklov. S tem postopkom se pridobi jajčne celice, ki so dozorele v foliklih. Na isti dan partner odda seme. Aspiracija foliklov je boleč postopek, opravljen v lokalni anesteziji. Epruvete, napolnjene s tekočino iz foliklov, se odnese v laboratorij.

5. korak: laboratorijska priprava jajčnih celic in semena, oploditev in gojenje zarodkov

6. korak: prenos zarodka v maternico – največ dva hkrati

Če se celice pravilno oplodijo in razvijajo, se zarodke prenese v maternico (gre za ET-postopek). Prenos lahko poteka drugi, tretji ali peti dan po aspiraciji foliklov.

7. korak: podpora lutealne faze

Po prenosu zarodkov ženska prejema vaginalete (dodajanje hormona progestagena), s katerimi se podpira delovanje rumenega telesca, ki proizvaja hormon progestagen, potreben za pripravo maternične sluznice za ugnezditev (Klinični oddelek za reprodukcijo, 2011).

8. korak: nosečnost

Če 15 dni po prenosu zarodka ne pride do menstruacije, pride ženska na odvzem krvi za ugotavljanje koncentracije humanega horionskega gonadotropina (β -HCG). Ta vrednost nam da podatek o morebitni nosečnosti (Peterlin, 2007).

S postopki OBMP se lahko vzgoji več zarodkov. Ker prenašajo v maternico le enega ali največ dva zarodka, lahko ostale, ki so dobre kvalitete, shranijo za kasnejše postopke z zamrzovanjem (*krioprezervacija*). Zarodke lahko zamrzujejo tudi takrat, kadar se iz določenih vzrokov prenosa zarodkov ne da izvesti v tekočem ciklusu (hiperstimulacija jajčnikov, akutna bolezen) ali pred kemoterapevtskim zdravljenjem pri rakavih boleznih v plodnem obdobju. Zarodki so zamrznjeni v tekočem dušiku pri temperaturi -196°C za pet let. Zarodke na Ginekološki kliniki hranijo v posebnih, termično izoliranih posodah, zarodki so v tulcih (oziroma epruvetah), vsak je strogo označen. Če par po petih letih ne podaljša dobe zamrzovanja, se zarodke uniči (Klinični oddelek za reprodukcijo, 2011).

Pri postopkih zunajtelesne oploditve lahko pride do zapletov. Najpogostejši in najbolj resen zaplet pri postopku stimuliranja jajčnikov za zunajtelesno oploditev je sindrom hiperstimulacije jajčnikov (v nadaljevanju: OHSS – ovarian hyperstimulation syndrome). Gre za edini resen zaplet pri jemanju zdravil za spodbujanje jajčnikov in sprožilcev ovulacije. V tem primeru gre za prevelik odziv jajčnikov na hormonsko spodbujanje, kar povzroča bolečine in napihjenost v predelu trebuha (Virant-Klun idr., 2002). Vzrok za nastanek OHSS je razvoj t.i. vaskularne permeabilnosti, kar pomeni, da krvne žile prepuščajo tekočino, ki se nato nabira v telesnih votlinah. Zaradi pospešene rasti več jajčnih foliklov hkrati pride do povečanih jajčnikov (Drobnič, 2007). Sindrom OHSS preprečujejo z metodo zgodnje aspiracije foliklov, pri kateri iz enega jajčnika aspirirajo folikularno tekočino in s tem zmanjšajo koncentracijo hormonov v jajčnikih

(Virant-Klun idr., 2002). Pri najhujši stopnji OHSS lahko pride celo do razpoka jajčnikov in posledično smrti (Drobnič, 2007). Klinično razdelimo OHSS na več stopenj ogroženosti: blaga, zmerna in huda OHSS. Ženska že pri zmerni OHSS potrebuje hospitalizacijo in zdravljenje, saj lahko brez zdravljenja celo umre. Ženska je hospitalizirana v bolnišnico zato, da je pod stalnim strokovnim nadzorom, med hospitalizacijo pa sta s partnerjem v hudem psihosocialnem stresu (Chang in Mu, 2008).

2.3 ZAKONODAJA NA PODROČJU OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

2.3.1 Zakonodaja na področju oploditve z biomedicinsko pomočjo v Sloveniji

V Sloveniji velja Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB) Ur.l. RS, št. 70/2000 (v nadaljevanju: ZZNPOB), ki zakonsko dovoljuje postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo (Pinter idr., 2006). ZZNPOB vsebuje 43 členov in ureja zdravstvene ukrepe, s katerimi se ženski in moškemu (t.j. paru) pomaga pri spočetju otroka. Tako se jima omogoči uresničiti svobodo odločanja o rojstvu svojih otrok (ZZNPOB, 2000, čl. 1). Po tem zakonu se smejo postopki OBMP opravljati le z namenom, da pride do rojstva otroka (Mohorič, 2003).

Postopki OBMP, ki jih določa ZZNPOB, so *znotrajtelesna oploditev* (vnos semenskih celic v spolne organe ženske ali vnos jajčnih celic skupaj s semenskimi celicami v spolne organe ženske) in *zunajtelesna oploditev* (združitev jajčnih celic in semenskih celic zunaj telesa ženske ali vnos zgodnjih zarodkov v spolne organe ženske). Vsi postopki OBMP se izvajajo skladno z dosežki in razvojem biomedicinske znanosti (ZZNPOB, 2000, čl. 4). Upravičenca do postopkov OBMP sta ženska in moški (par), ki živita v medsebojni zakonski zvezi ali zunajzakonski skupnosti, in glede na izkušnje medicinske znanosti ne moreta pričakovati, da bi zanosila s spolnim odnosom, ter jima ni mogoče pomagati z drugimi postopki zdravljenja neplodnosti (ZZNPOB, 2000, čl. 5). Oba morata biti polnoletna, razsodna in v primerni starosti za opravljanje starševskih dolžnosti ter v takem psihosocialnem stanju, v skladu s katerim se lahko utemeljeno pričakuje, da bosta sposobna opravljati starševske dolžnosti v korist otroka (ZZNPOB,

2000, čl. 6). Zgornja starostna meja ženske, pri kateri center za postopke OBMP (v nadaljevanju: center) opravi postopek OBMP, je do dopolnjenega 43. leta. Pri postavljanju zgornje starostne meje so strokovnjaki upoštevali dosedanja medicinska dognanja, uspešnost postopka in mednarodnopravno ureditev (Cimperman, 2006). Izvajalec postopkov OBMP je skupina biomedicinskih strokovnjakov pod vodstvom zdravnika, ki je odgovoren, da se postopki OBMP izvajajo v skladu s tem zakonom (ZZNPOB, 2000, čl. 15).

Za postopke OBMP se praviloma uporabljajo spolne celice ženske in moškega (t.i. homologne spolne celice), ki sta v medsebojni zakonski zvezi ali sta zunajzakonska partnerja. Lahko se uporabijo tudi jajčne celice darovalke ali semenske celice darovalca (t.i. heterologne spolne celice), in sicer takrat, ko ne pride do oploditve spolnih celic med partnerjema ali se s tem prepreči prenos hude dedne bolezni na otroka (ZZNPOB, 2000, čl. 8). Podatki darovalca so tajni, darovalec/-ka ne prejme plačila za darovanje, povrnejo se le potni stroški, stroški bivanja, prehrane, pregledov in odvzema spolnih celic (ZZNPOB, 2000, čl. 10). Spolne celice lahko darujejo ženske, stare od 18 do 35 let in moški, stari od 18 do 55 let. Darovalcu mora biti pred postopki darovanja spolnih celic pregledana kri, da se izključi kakršnakoli možnost prenosa spolno prenosljivih bolezni (Cimperman, 2006).

2.3.2 Zakonodaja na področju oploditve z biomedicinsko pomočjo v nekaterih drugih članicah Evropske unije

V razvitih državah članicah Evropske unije (v nadaljevanju: EU) delež otrok, spočetih s pomočjo OBMP med vsemi rojenimi otroki, predstavlja pomemben demografski premik v številu novorojenih. Še posebej na Danskem, kjer je bil po poročilu evropskega registra za OBMP iz leta 2008 delež tako spočetih otrok 4,20 %. V istem letu je bilo v Sloveniji tako spočetih 3,40 % otrok. V poročilih, ki jih je v preteklih letih objavil Evropski register za IVF (EIM – European IVF monitoring), Slovenija zaseda eno od petih mest po dostopnosti in uspešnosti OBMP (gledano po deležu otrok, spočetih po OBMP med vsemi rojenimi) ter se tako nahaja v družbi štirih skandinavskih držav (Vlaisavljević, 2011). Po podatkih iz EIM je bilo v Sloveniji leta 2005 opravljenih 730

IVF-postopkov, 1.495 ICSI-postopkov, 584 prenosov zarodkov (ET), 13 postopkov z doniranimi jajčeci in 470 homolognih IUI-postopkov. Tako je bil v Sloveniji leta 2005 odstotek rojenih otrok, spočetih z biomedicinsko pomočjo, s 3,9 % najvišji v Evropi. Sledijo nam Danska, Belgija in Islandija s 3,5 %, Finska z 2,7 %, Francija z 1,7 % in Velika Britanija z 1,6 % primerov rojstev po opravljenih postopkih OBMP (Tomažević idr., 2009).

Države EU se v odnosu do prakse umetne oploditve v grobem ločijo na tri glavne skupine. Države, ki sodijo v prvo skupino, urejajo problematiko umetne oploditve z zakonodajo, torej je vsakršno ravnanje, povezano s tem področjem, zavezano z zakoni in vladnimi predpisi. V to skupino sodijo Avstrija, Danska, Francija, Nemčija, Nizozemska, Španija, Švedska, Velika Britanija in Slovenija. Države druge skupine urejajo področje umetnega oplojevanja z drugimi akti, vendar je ravnanje v skladu z njimi neobvezujoče. Te države so Finska, Irska in Italija. Tretja skupina držav so tiste, ki za delo na področju umetne oploditve ne uporabljajo nikakršnih zakonov, predpisov niti smernic. Države s takim pristopom so Belgija, Grčija in Portugalska (Jones in Cohen, 1999; povz. po Mohorič, 2003, str. 55-6). Pravica do umetne oploditve je le v dveh državah EU, v Grčiji in na Irskem, omejena izključno na zakonske pare. V večini držav (Avstrija, Francija, Nemčija, Norveška, Portugalska, Švedska) pa je ta pravica vezana na zakonske pare in stabilna partnerstva, pri čemer pomeni stabilno razmerje zveza, ki traja najmanj dve leti. Finska in Španija priznavata pravico umetne oploditve tudi samskim ženskam, Francija in Danska pa jo izrecno prepovedujeta homoseksualnim parom. Ostale države (Belgija, Italija, Nizozemska, Velika Britanija) ne določajo posebej zahtevanih partnerstev, torej osebnih razmerij, v kakršnih bi morali ali ne smeli živeti bodoči starši (Mohorič, 2003).

2.4 NEPLODNI PAR Z DRUŽBENEGA VIDIKA

V nekaterih družbah je prisoten mit, da je materinstvo največ, kar lahko ženska doseže v svojem življenju. Če otrok ne more imeti, ni »prava« ženska. Še posebej izrazito je to v družbah, kjer se ženske odločijo, da ne bodo imele otrok. Družba jih pogosto označi za sebične in odklonske (Urh, 2009; povz. po Fekonja, 2009, str. 24). Za neplodne pare, ki

so brez otrok proti svoji volji, velja, da izražajo skupno značilnost – razočaranje in obup. Beseda obup in njene sopomenke se v zvezi z neplodnostjo pojavljajo tako pogosto, da se včasih zdi, da tisto, kar teži neplodne ženske in moške, ni odsotnost otroka samega, temveč nekakšna oblika čustvene motnje zaradi svojega neuspeha (Pfeffer, 1987; povz. po Bercko, 2010, str. 52).

Neplodnost je v družbi lahko dojeta kot nekaj nezaželenega in negativnega za pomembne družbene vrednote (starševstvo, materinstvo) (Bercko, 2010). Neplodnost je tudi družbenega izvora, saj nanjo še posebej vpliva odločitev za otroka v kasnejših letih (zlasti v razvitih državah) in vedno bolj pogost pojav spolno prenosljivih bolezni (Rigol Chachamovich idr., 2010). Lahko pa je posledica delovanja zunanjih dejavnikov okolja, npr. kemikalij v okolju, onesnaževanje zraka, s hrano zaužitih hormonov itd. Neplodnost je pojav, ki je dostopen družbenemu posredovanju tako na področju zdravljenja kot na področju iskanja nemedicinskih rešitev, prav tako pa na področju javnega diskurza in odnosa družbe do pojava (Bercko, 2010).

Neplodnost v zahodni družbi ni več obsojana, je pa deležna pomilovanja predvsem s strani ljudi, ki že imajo svoje lastne otroke (Černe, 2006). Ta problematika družbo vedno bolj zanima predvsem zaradi dejstva, da se v razvitem svetu vedno več parov v reproduktivnem obdobju sooča z neplodnostjo (Rigol Chachamovich idr., 2010). Po podatkih iz leta 2008 naj bi v Evropi 15 % parov trpelo za neplodnostjo (Vlaisavljević, 2011). V slovenskem okolju ima neplodnost poseben specifičen obraz. Vprašanje neplodnosti se namreč v javnem in političnem jeziku neredko zlorablja ob tematikah, ki s samo neplodnostjo nimajo veliko ali pa sploh nobene zveze. Tako je bilo vprašanje neplodnosti na naknadnem zakonodajnem referendumu o zakonu o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo v juniju 2001 zlorabljeno za medsebojno tekmovanje političnih strank (Keržan, 2008; povz. po Bercko, 2010, str. 125). Pri parih, ki poskušajo zanositi, vendar žal neuspešno, družba opaža, da se nekateri načrtno začno izogibati parom, ki že imajo otroke, saj jim druženje z njimi povzroči močno čustveno bolečino. Nekateri neplodni pari pa delujejo ravno obratno. Iščejo družbo, kjer je veliko otrok. Zanje so pripravljeni skrbeti, zato pomagajo pri varstvu, se z njimi igrajo, jih vozijo v vrtec, saj tako

kompenzirajo svoj primanjkljaj (Fekonja, 2009). Družba ugotavlja, da neplodni pari na začetku težko spregovorijo o tej diagnozi. Najpogosteje se zavijejo v molk, nikomur ne zaupajo. Ko mine nekaj časa, se počasi odprejo in zaupajo svoje življenjske izkušnje svoji najožji socialni mreži (starši, sestre, bratje, najboljši prijatelji). Neplodnost je trenutno še vedno tema, o kateri par razpravlja z ožjim krogom ljudi: primarna družina, zdravstveno osebje in ljudje, ki imajo podobno izkušnjo (Fekonja, 2009).

2.5 POMEN KOMUNIKACIJE V PROCESU OBMP MED PARTNERJEMA IN ZDRAVSTVENIM OSEBJEM

S komunikacijo gradimo medsebojne odnose in s tem vstopamo v stik z drugimi ljudmi, pa naj bo to v zasebnem življenju ali v službi s sodelavci ter s pacienti. Zdravstveno osebje, natančneje medicinske sestre, zelo veliko komunicirajo s pacienti in so z njimi v stiku več kot kdorkoli drug, zato je pomembno, da gradijo na pozitivnem odnosu (Ule, 2009; povz. po Kogovšek, 2010, str. 1). Komunikacija s pacienti je sestavni del poklicnega delovanja zdravstvenega osebja. Medsebojna komunikacija s pacienti daje določeno obliko, smer in vsebino njihovem delovanju ter jim zagotavlja samopotrjevanje v poklicu (Škerbinek, 1998; povz. po Kogovšek, 2010, str. 25). Proces, pri katerem pacient ter medicinska sestra in ostalo zdravstveno osebje gradijo dober odnos, imenujemo terapevtska komunikacija. Ta zajema skupno doseganje določenih ciljev v razmerju med medicinsko sestro in pacientom. V tem procesu sta tako zdravstveni delavec kot pacient enakovredna, aktivna udeleženca in spoštujeta medsebojni odnos (Pajnkihar, 1999; povz. po Kogovšek, 2010, str. 16). Terapevtsko komuniciranje lahko zajema komaj opazne geste, kot je na primer spontan dotik, do bolj izdelanega sporočila, kot je pogovor o osebnih problemih. To vrsto komuniciranja imenujemo negovalno, podporno ali empatično komuniciranje. Terapevtsko komunikacijo potrebujemo za razvoj dobre samopodobe in odnosov ter za učinkovito svetovanje in terapijo. Vključuje visoka etična načela, kot so skrb za drugega, odgovornost, zaupanje, empatijo in sočutje. Empatija je sposobnost postavljanja v položaj drugega in analiziranja sveta ter perspektive nekoga drugega. Medicinska sestra se lahko vživi v pacienta le, če zna poslušati, ima občutek nebesedne komunikacije in spodbuja pacienta, da svoja občutja pokaže na različne načine. Bistvo empatičnega

komuniciranja je med drugim tudi ta, da zdravstveno osebje spoštuje pacientovo samopodobo (Ule, 2006; povz. po Prebil, 2010, str. 64-5).

Komunikacija je temeljno oziroma osnovno orodje za nudenje zdravstvene oskrbe, kar pomeni, da uspešna komunikacija vodi do boljših standardov nudenja zdravstvene oskrbe s pacientom. Pri opravljanju svojega dela se morajo zdravstveni delavci zavedati, da vedno izhajajo iz samega sebe in da je vse, kar naredijo, odsev njihove osebnosti. Prav medicinske sestre se izmed vseh zdravstvenih delavcev zavedajo, da je komunikacija s pacienti najpomembnejši element na področju zdravstvene nege (Filipič, 1998; povz. po Kogovšek, 2010, str. 25). Pomembno je, da medicinska sestra pridobi pacientovo zaupanje in z njim vzpostavi čim bolj pristen stik, kar lahko doseže s prijaznostjo, vljudnostjo in predvsem časom, ki mu ga nameni (Rungapadiachy, 2003; povz. po Kogovšek, 2010, str. 25). Pri prvem stiku s pacientom bo zdravstveno osebje postavljalo odprta vprašanja, izogibalo se bo žargonu, strokovne besede bo poskušalo pacientu čim bolj pojasniti in razložiti, vzpostavljalo bo daljši očesni stik in odgovarjalo na vsa pacientova vprašanja (Taylor idr., 2005; povz. po Prebil, 2010, str. 66). Komunikacija med pacientom in zdravstvenim osebjem je pomembna za boljše sporazumevanje, lažje sodelovanje in dober medosebni odnos, hkrati pa vpliva na kakovost dela zdravstvenega osebja. Prav tako pa je od komunikacije odvisna stopnja zaupanja pacienta, njegovo mnenje o strokovnosti zdravstvenega osebja in njegovo dobro počutje (Kogovšek, 2010).

Tudi pri neplodnih parih, ki so v procesu postopka OBMP, in zdravstvenim osebjem je komunikacija izjemno pomembna. Odločilnega pomena je prav prvi stik med parom in zdravstvenim osebjem, saj odloča o njihovem nadaljnjem sodelovanju. Par se mora počutiti varno in imeti občutek, da lahko zdravstvenemu osebju postavi kakršnokoli vprašanje. Oseba, s katero je največkrat v stiku, je medicinska sestra (Peterlin, 2007). Še pred začetkom zdravljenja z OBMP mora biti par natančno obveščen o vseh fazah postopka, o morebitnih zapletih in o možnostih za nadaljnjo shranjevanje spolnih celic oziroma zarodkov. Par mora biti seznanjen tudi o vseh posegih, ki se jih izvede med postopkom OBMP, na podlagi tega jima podamo pisno izjavo za privolitev v potek

postopkov OBMP (Strokovna pravila, navodila ter obrazci za delo na področju OBMP, 2001; povz. po Ozvaldič, 2007, str. 26).

Partnerja se morata po potrditvi diagnoze neplodnosti znati med seboj razumeti in si stati ob strani. Pomembno je, da se o neplodnosti odkrito pogovarjata in se ne obtožujeta zaradi vzrokov. To novico morata sprejeti skupaj in se nato podati skozi celoten postopek, ki ju čaka do doseženega skupnega cilja, t.j. tako želenega otroka. Partnerja pri vsem stresu, ki jima ga povzroči novo spoznanje, ne smeta pozabiti na vsakdanja opravila, saj je zanositev odvisna tudi od tega. Nikakor ne smeta pozabiti na vse aktivnosti, kot so na primer služba, primarna družina, hobiji, prosti čas itd. Zaradi napetosti, stresa in preobremenjenosti ni pozitivnega rezultata, t.j. nosečnosti (Salzer, 2000). Neplodnost lahko močno, predvsem negativno vpliva na več področij posameznikovega življenja. Najpogosteje pride do nerazumevanja med partnerjema, do nezanimanja za spolno življenje in do pomanjkljivosti na psihosocialnem področju (Rigol Chachamovich idr., 2010). Prav zato je potrebno, da se sprostita, normalno funkcionirata iz dneva v dan in imata še naprej redne spolne odnose. Takšen odnos ju namreč še bolj poveže in s tem krepí njuno zvezo (Hammer Burns, 2000). V komunikaciji med partnerjema nikakor ne smejo prevladati občutki jeze, krivde, sramu, pomilovanja in ljubosumja. Z optimizmom in veliko medsebojnimi pogovori o OBMP kot tudi z ljudmi, ki imajo podobne težave, je več možnosti za skupni cilj t.j. nosečnost (Velikonja, 2005).

2.6 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBMP

Tako kot se zdravstvena nega spreminja skozi desetletja, se z njo spreminja tudi definicija zdravstvene nege. Tako je Mednarodni svet medicinskih sester (ICN – International Council of Nurses) leta 2010 izdal najnovejšo definicijo zdravstvene nege, ki se glasi: »Zdravstvena nega zajema avtonomno in sodelujočo skrb za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in skupnosti, za bolne ali zdrave in v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za obolele, invalide ter umirajoče. Ključne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju

zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov» (Klemenc, 2011).

Definicijo zdravstvene nege, v kateri opisuje vlogo oziroma naloge medicinske sestre, je prvič predstavila Virginia Henderson leta 1955 v svojem delu *Načela in praksa zdravstvene nege*:

»Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjak in ima pravico pobude in nadzora.

Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično – terapevtskega načrta, o katerem odloča zdravnik.

Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe pacienta in varovanca.» (Hajdinjak in Meglič, 2006).

Iz drugega dela definicije o vlogi medicinske sestre razberemo opredelitev aktivnosti, ki jih imajo medicinske sestre, za katere se ne odločajo same, temveč jih izvajajo po naročilu zdravnika ali pa pri njih sodelujejo. Medicinske sestre tako:

- izvajajo diagnostično-terapevtske posege,
- sodelujejo pri diagnostično-terapevtskih posegih,
- organizirajo diagnostično-terapevtsko dejavnost.

Medicinska sestra je odgovorna za strokovno pravilno opravljeno delo (ibid.).

Dorothea Orem v svoji teoriji o primanjkljaju samooskrbe natančno opredeli, da do primanjkljaja v samooskrbi pride, kadar so človekove potrebe po samooskrbi večje, kot so njegove sposobnosti in zmožnosti samooskrbe oziroma kadar potrebe po samooskrbi in zmožnosti samooskrbe niso v ravnovesju. Tedaj primanjkljaj v samooskrbi določa, kdaj in v kakšnem obsegu so potrebne terapevtske aktivnosti zdravstvene nege (Hajdinjak in Meglič, 2006). Zdravstvena nega je potrebna, kadar odrasel človek ni zmožen samooskrbe ali je nadaljnja samooskrba omejena. V tem primeru Oremova definira pet načinov pomoči, ki jo medicinska sestra lahko nudi pacientu:

- delovati in delati za druge,
- voditi druge,

- nuditi podporo,
- poučevati,
- zagotavljati okolje, ki spodbuja osebni razvoj v povezavi s prihodnjimi potrebami,

(Current Nursing, 2011).

Medicinska sestra je pri obravnavi neplodnega para vključena tako v oskrbo in razumevanje pacientov, spodbujanje splošnega dobrega počutja, ocenjevanje čustvenih potreb pacientov in njihovo podpiranje, svetovanje pri odločitvah o možnih vrstah zdravljenja kot tudi v zagotavljanje podpore med postopki OBMP, tudi v neuspešnih primerih (Hammer Burns in Covington, 2000). Medicinska sestra je pri postopku zdravljenja neplodnosti prisotna od vsega začetka. Neplodnemu paru naj bi predstavila celotno sliko poteka zdravljenja, pojasnila potek postopkov in posegov, ga seznanila z morebitnimi neželenimi stranskimi učinki in posledicami ter mu nudila vso potrebno pomoč. Medicinska sestra naj bi razumela stresno situacijo neplodnega para in se bila zmožna vživeti v čustva, s katerimi se par sooča pri zdravljenju. Pri tem mora spodbujati iskreno medsebojno komunikacijo (Chang in Mu, 2008).

Medicinska sestra preživi veliko časa z neplodnim parom, zato naj bi znala prepoznati stopnje stresa, depresije in anksioznosti (Clapp in Adamson, 2000). Tako v Turčiji na zasebnih klinikah za zdravljenje neplodnosti medicinska sestra ne sodeluje le pri zdravljenju in diagnostiki, temveč je njena dodatna funkcija nudenje psihološke pomoči, skupaj s posvetovanjem in usposabljanjem (o aplikaciji podkožnih injekcij) (Ayaz in Efe, 2010). Tudi v Sloveniji je vloga medicinske sestre pri obravnavi neplodnega para izjemno odgovorna. Kadar pride neploden par na Ginekološko kliniko, ima prvi stik prav z medicinsko sestro. Ta deluje samostojno na področju načrtovanja in izvajanja pacientkinih temeljnih aktivnosti, v tinskem delu pa prispeva k načrtovanju in postopkih zdravstvene oskrbe ter sodeluje pri izvajanju diagnostično-terapevtskega programa. Pri zdravstveni negi neplodnega para se spoštuje njegova zasebnost, prepoznava potrebe po ohranjanju zdravja, sledi prepričanju, da imata ženska in moški pravico sodelovati pri odločanju o sebi, in holistično (celotno) pristopa k obravnavi para. V bolnišničnem okolju je medicinska sestra pri svojem delu še vedno odvisna od

zdravnika, saj jo pogosto postavlja v podrejen položaj in v vlogo koordinatorja med zdravnikom in neplodnim parom. Zdravstvena obravnava neplodnega para je zelo kompleksna, velik poudarek je na komunikaciji, spoštovanju želja in pravic ženske ter sodelovanju in vključevanju njenega partnerja pri procesu zdravljenja neplodnosti (Peterlin, 2007). Medicinska sestra se mora še posebej posvetiti psihičnim in čustvenim potrebam para v postopku OBMP. Tako ima medicinska sestra pri postopkih OBMP vlogo svetovalke, učiteljice in zagovornice neplodnega para. Ključne naloge medicinske sestre so:

- nudenje pomoči paru, da razume in lahko izrazi svoje občutke v zvezi z neplodnostjo in razume svoje motive,
- lajšanje komunikacije med partnerjema,
- dajanje ustreznih informacij in pojasnil o fizičnih, čustvenih in finančnih zahtevah, ki se pojavljajo med postopkom zdravljenja neplodnosti,
- dajanje obsežnih in ponavljajočih pojasnil ter pisnih navodil oziroma literature o neplodnosti in zdravljenju,
- duševna opora paru v primeru neuspešnega postopka,
- ocenjevanje medsebojnega odnosa para za pripravo ustreznega načrta zdravstvene nege – če medicinska sestra v odnosu med partnerjema prepozna veliko stisko, jima svetuje pogovor s kliničnim psihologom ali drugim strokovnjakov, lahko ju povabi na individualna ali skupinska svetovanja z drugimi neplodnimi pari (Lewis, 2001; povz. po Peterlin, 2007, str. 20-1).

Pri vsem tem pa je ključnega pomena topla, sočutna, razumevajoča beseda medicinske sestre, ki jo neplodnemu paru, zlasti ženski, nameni ob pravem trenutku skozi celoten postopek zdravljenja neplodnosti (ibid.).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti področje oploditve z biomedicinsko pomočjo, predvsem pa pobliže prikazati poteke in postopke umetne oploditve s katero se soočajo neplodni pari. Pogledali smo tudi, kakšen je družbeni vidik na neploden par in opisali pomen komunikacije med neplodnim parom in zdravstvenim osebjem.

Z raziskavo v diplomskem delu želimo predstaviti doživljanje dveh parov, ki sta se že srečala s postopkom OBMP. Prvi par ima za seboj nekaj neuspešnih postopkov OBMP in trenutno čaka na ponovni postopek. Drugi par ima po številnih neuspešnih postopkih za seboj dva uspešna.

Cilji:

1. Predstaviti in opisati družbeni vidik do neplodnega para in doživljanje le – teh.
2. Opisati pomen komunikacije zdravstvenega osebja z neplodnim parom.
3. Ugotoviti, kakšno je doživljanje para pri postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo iz različnih zornih kotov.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednji raziskovalni vprašanja:

1. Kakšno je doživljanje para pri postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo?
2. Kakšna je vloga in pomen komunikacije zdravstvenega osebja in neplodnega para, ki gre skozi postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V empiričnem delu diplomskega dela smo izvedli kvalitativno raziskavo, izbrali smo fenomenološko študijo primera. Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni) metodi, to pomeni, da smo proučevali problem na nivoju opisovanja stanja oziroma iskanja odgovorov na vprašanja. Uporabili smo metodo opazovanja in polstrukturiranega

skupinskega intervjuja. Z opazovanjem smo pridobili podatke, ki jih z drugimi tehnikami ne moremo dobiti. Tako smo poleg verbalnih (besednih) podatkov uspeli dobiti tudi neverbalne (nebesedne) podatke. Izhodišče za izvedbo raziskave smo pridobili s pomočjo strokovne literature, uporabili smo tuje podatkovne baze, kot so CINAHL, PUBMED, idr. Pri iskanju literature v slovenskem prostoru smo uporabili virtualno knjižnico COBISS. Literaturo smo iskali tudi preko spletnega brskalnika Google. Pri iskanju virov preko brskalnika smo bili dosledni pri upoštevanju kriterijev verodostojnosti vira in avtorja.

Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede: neplodnost, oploditev, pravni postopki ureditve neplodnosti, postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo, družbeni pogledi na neplodnost, terapijska komunikacija, infertility, fertilization procedure, biomedical support, in vitro fertilization, communication.

Pri kvalitativnem raziskovanju je raziskovalec neposredno vključen v okolje, kar mu pomaga pri opazovanju preučevanega predmeta. Tako lahko razume tisto, kar je izraženo v pogovoru, pa tudi tisto, česar z besedami ni mogoče izraziti. Želje, pričakovanja, interesi, potrebe in osebni pogledi ljudi, vključenih v raziskavo, kot tudi informacije, pridobljene z neverbalno komunikacijo, raziskovalcu pomagajo do popolnejšega spoznavanja proučevanih pojavov (Vogrinc, 2008).

Študija primera podrobno ter sistematično analizira in predstavi posamezen primer. Z besedo »posamezen primer« ne mislimo zgolj posamezne osebe, ampak je to lahko posamezna skupina, institucija in podobno (ibid.). V našem primeru sta posamezna primera neplodna para. Pri študiji primera se posameznika proučuje v njegovem življenjskem okolju z vidika njegovih težav in stisk socialne narave, potreb po pomoči in samopomoči ter interakcij v procesu pomoči (Good in Hatt, 1966; Cassell in Symon, 1994; povz. po Mesec, 1997, str. 38). Fenomenološko usmerjenemu raziskovalcu je tisto, kar ljudje mislijo, da je resnično, pomembnejše kot objektivna realnost, ker tisto, v kar ljudje verjamejo, vpliva na njihovo delovanje, to pa ima realne posledice (Sagadin, 1991; povz. po Vogrinc, 2008, str. 28-9). Fenomenološko raziskovanje se torej raje kot na proučevanje objektivne stvarnosti osredotoča na proučevanje človekovih izkušenj te

realnosti (Vogrinc, 2008). Tako smo s poglobljeno analizo opisali doživljanje in izkušnje pri postopkih OBMP obeh parov.

3.3.2 Opis instrumentarija

Kot instrument za namen zbiranja podatkov smo uporabili polstrukturiran intervju. Podatke smo namreč pridobili z neposrednim pogovorom z osebami, istočasno smo se pogovarjali z dvema osebama – parom (z žensko in moškim). Večina bistvenih vprašanj odprtega tipa je bila pripravljena vnaprej. Nekatera podvprašanja pa so se oblikovala sproti med potekom intervjuja. Zgoraj našete značilnosti so značilne za polstrukturiran intervju.

Po pregledu in proučitvi literature ter zastavljenemu teoretičnemu delu smo intervjuvancem postavili naslednja ključna in vnaprej zastavljena vprašanja:

- Kdaj sta se prvič soočila s postopki OBMP, ter katero obliko OBMP sta imela?
- Kako bi opisali osebno doživljanje pri postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo?
- Kako pomembno je, da imate pri tem stoddostno podporo partnerja?
- Ali je za vaju zelo pomembno, da vama pri tem stoji ob strani tudi primarna družina?
- Kako pomembna je za vaju komunikacija z zdravstvenimi delavci, s katerimi sta se srečala med postopki OBMP?

3.3.3 Opis vzorca

Pri raziskovanju smo uporabili namenski vzorec merjencev. V raziskavo smo vključili dve ženski in dva moška oziroma dva para, ki že imata izkušnje s postopki OBMP. Prvi par ima za seboj pet neuspešnih IVF-postopkov, trenutno čaka na nov postopek. Drugi par ima za seboj osem IUI-postopkov in štiri IVF-postopke, od tega dva uspešna. Oba para sta hodila na postopke OBMP na Ginekološko kliniko v Ljubljani. Kriterijev, po katerih bi se odločali za par, ki bi bil obravnavan v študiji primera, ni bilo. Med pripravo teoretičnega dela diplomskega dela se je pojavila priložnost obravnave kar dveh parov. En par smo spoznali v kliničnem okolju, drugi par v zasebnem življenju.

Oba para sta še posebej zanimiva, ker se prvi par že nekaj let trudi priti do otroka, vendar zaenkrat neuspešno, drugi par, ki se je srečal z dvema vrstama postopkov OBMP, pa ima danes dva zdrava otroka, ki sta rezultat OBMP.

Anamneza para 1 (Ž1 in M1):

Ž1 je stara 32 let. Po poklicu je kuharica, trenutno brezposelna. Menarho je dobila pri 11 letih in od vsega začetka ima neredne cikle. Pred tremi leti je imela obdobje amenoreje, saj nekaj mesecev ni imela menstruacije. Leta 2002 je imela prvi poseg na rodilih, in sicer laparoskopijo. Leta 2006 in 2007 je bila sprejeta v bolnišnico zaradi sindroma hude ovarijske hiperstimulacije (OHSS). Leta 2009 je imela laparoskopsko elektrokoagulacijo (LEKO – zmanjšanje tkiva na jajčnikih). Kontracepcije nikoli ni jemala. Splava ni imela nikoli. M1 je star 37 let. Po poklicu je papirničar. Neporočen par 1 je skupaj 13 let, živi v hiši njegovih staršev. Že 10 let se trudita ustvariti družino. Ko jima po dobrem letu in pol nezaščitenih spolnih odnosih ni uspelo zanositi, sta poiskala zdravniško pomoč. Tam so jima leta 2003 postavili diagnozo neplodnost. Vzrok za neplodnost je pri Ž1 s postavljenom diagnozo sindrom policističnih jajčnikov. Oktobra 2003 sta imela prvi postopek IVF. Do danes sta imela že pet neuspešnih IVF-postopkov in dva neuspešna ET- postopka z zamrznjenimi zarodki. Trenutno čakata na šesti postopek.

Anamneza para 2 (Ž2 in M2):

Ž2 je stara 32 let. Po poklicu je poslovna sekretarka. Trenutno je na porodniškem dopustu. Menarho je dobila pri 13 letih. Ima redne menstrualne cikle. Kontracepcijo je jemala zgolj dva meseca, potem je prenehala z jemanjem, saj je imela zelo močne glavobole. Oktobra leta 2005 je imela operacijo na rodilih, in sicer laparoskopijo. Imela je tudi dva splava. Decembra 2009 je imela spontani splav, zarodek je odmrl po IVF-postopku v tretjem mesecu. Do drugega splava, prav tako spontanega, je prišlo spomladi 2010, prav tako po oploditvi z IVF-postopkom. M2 je star 35 let, po poklicu diplomirani organizator menedžer. Neporočen par 2 je skupaj 11 let in živi v hiši, ki jo je sam zgradil. Družino sta se trudila ustvariti sedem let. Ko jima po enem letu nezaščitenih spolnih odnosih ni uspelo zanositi, sta poiskala zdravniško pomoč. Leta 2005 jima je bila postavljena diagnoza neplodnost, vendar je vzrok zanjo neznan (idiopatska

neplodnost). Januarja 2005 sta imela prvi neuspešen IUI-postopek. Od tedaj do leta 2010 sta imela 12 postopkov OBMP. Pri četrtem postopku (IUI) je prišlo do zanositve. Otrok je danes star pet let. Nato sta imela štiri IUI-postopke in štiri IVF-postopke. Pri zadnjem IVF-postopku je oploditev uspela. Tako se jima je junija 2011 rodil drugi otrok.

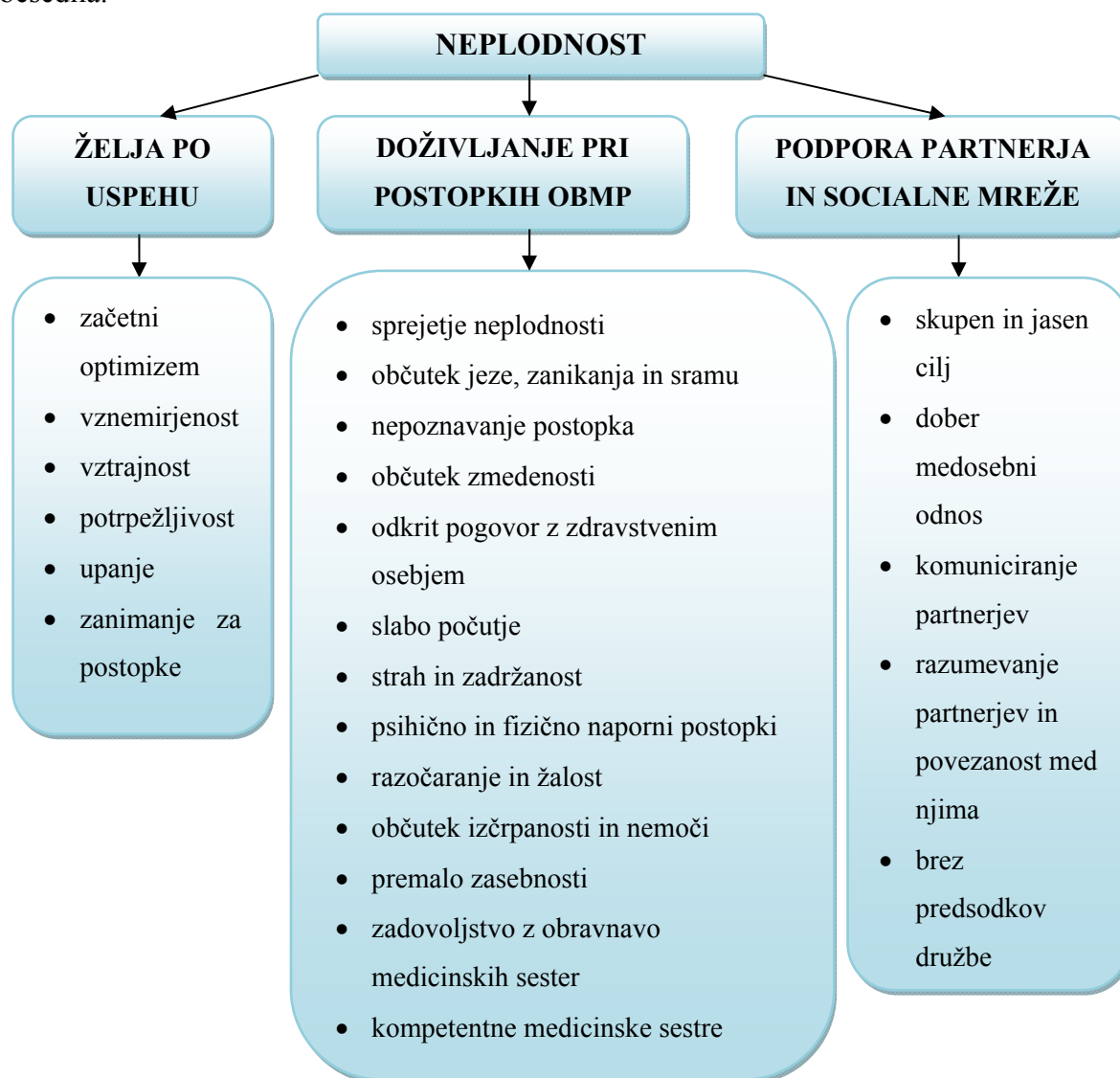
3.3.4 Opis obdelave podatkov

Intervjuji so potekali julija 2011 po predhodni pridobitvi soglasja obeh parov, pri katerih smo izvedli intervjuja. Zagotovljena je bila anonimnost obeh parov in upoštevanje Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V našem primeru je še posebej upoštevano IV. načelo, ki se glasi: »Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju« (Kodeks etike medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege Slovenije, IV. načelo). Para sta bila intervjuvana ločeno. Pri izvedbi obeh intervjujev sta bila prisotna oba partnerja. Za lažjo sledljivost pogovoru je bil s predhodnim dovoljenjem obeh parov uporabljen diktafon. Tako smo se lahko med intervjujem osredotočili na posamezen par in intervjuvancema postavljali podvprašanja, ki so se zastavljala med pogovorom. Z obema paroma smo se srečali enkrat na njihovem domu, kjer je bilo sproščeno vzdušje, zato je bil pogovor dovolj poglobljen za pridobitev vseh potrebnih informacij. S prvim parom je intervju potekal približno dve uri v popoldanskem času, z drugim parom pa približno dve uri in pol v dopoldanskem času. Tako je bila realizacija vzorca 100 %.

Pri procesu kodiranja obeh intervjujev smo uporabili induktivni pristop. To pomeni, da si raziskovalec pred izvedbo intervjuja ne določi kod, temveč jih naredi med analizo besedila (intervjujev) (Vogrinc, 2008). Mesec (1998; povz. po Vogrinc, 2008, str. 63) poimenuje induktivni pristop z izrazom odprto kodiranje. To poteka v slogu »deževanja idej« (brainstorming). V tej fazi je pomembno, da zapišemo vse kode, na katere pomislimo ob določenem besedilu. Rezultat tega je seznam, ki mu pravimo kodirni protokol velikega števila neurejenih in nepovezanih kod. Pri analiziranju kvalitativno zbranega gradiva je bistvo iskanje tem (kod, pojmov) v analiziranem gradivu (Bryman, 2004; povz. po Vogrinc, 2008, str. 61).

3.4 REZULTATI

Pri urejanju in analizi v raziskavi pridobljenega empiričnega gradiva smo s pomočjo pojmov oziroma kod, ki smo jih združili v podkategorije in eno glavno kategorijo, pridobili vpogled v doživljanje para pri postopkih OBMP. Posamezne intervjuvance smo označili s kratico Ž1, Ž2, M1 in M2. Na podlagi intervjujev, izvedenih s paroma (par 1 in par 2), smo prišli do glavne kategorije: neplodnost. Znotraj te kategorije smo formulirali naslednje podkategorije: želja po uspehu, doživljanje pri postopkih OBMP ter podpora partnerja in socialne mreže. Slika 2 prikazuje glavno kategorijo, podkategorije ter kode, ki smo jih pridobili pri analizi intervjuvanega in prepisanega besedila.



Slika 2: Shematski prikaz glavne kategorije, podkategorij in pripadajočih kod

V nadaljevanju obravnavamo vsako kodo posebej. Ob tem navajamo za posamezne kode pomembne citate vseh štirih intervjuvancev, hkrati pa dodajamo naš pogled na njihove odgovore.

3.4.1 Želja po uspehu

Na podlagi intervjuja z obema paroma smo v okviru podkategorije »želja po uspehu« določili naslednje kode:

- začetni optimizem,
- vznemirjenost,
- vztrajnost,
- potrpežljivost,
- upanje,
- zanimanje za postopke.

Začetni optimizem

Intervjuvanci so navedli, da je bil v njih prisoten začetni optimizem, s katerim so stremeli k določenemu cilju, ki so si ga zadali na začetku. V njihovih pripovedovanjih je bilo mogoče začitati poln naboj začetnega optimizma. Oba para sta jasno poudarila, da je to eden od ključnih dejavnikov pri odločitvi za postopke OBMP. Vsi so namreč zatrdili, da se brez začetnega optimizma nima smisla spuščati v tako zahtevne postopke.

Ž1: »V postopek sva šla z namenom, da nama uspe. Nisem dvomila v to, da nama ne bi uspelo. V vsakdanjem življenju nisem ravno optimist, takrat sem bila izjemno optimistična.«

M2: »Sploh nisem pomislil na to, da nama s partnerko ne bi uspelo. V sebi sem imel same pozitivne občutke, da bova končno prišla do zelenega cilja.«

Vznemirjenost

Pri obeh parih je bilo v pogovoru o doživljanju prvega postopka OBMP zaznati, da sta bila oba res zelo vznemirjena. Seveda pa sta bila oba para vznemirjena tudi po vsakem opravljenem postopku OBMP, ko sta čakala na klic z informacijo, ali je oploditev uspela ali ne.

M1: »Pred prvim postopkom sem bil zelo vznemirjen, saj si nisem znal predstavljati, kako postopek OBMP poteka. Ko sva prvič prišla v ambulanto za neplodnost, nama je medicinska sestra razložila, kako bo vse približno potekalo, vendar si vseeno zelo na trnih, kako bo vse skupaj pravzaprav potekalo.«

Vztrajnost, potrpežljivost in upanje

Naslednje tri kode se med seboj tako prepletajo, da jih bomo prikazali v skupnem delu. Vsak par, ki se odloči za postopke OBMP, mora biti predvsem vztrajen, potrpežljiv in z izjemno veliko mero upanja za doseg končnega cilja. Pri obeh partnerjih pri paru 2 je bilo zaznati močno vztrajnost, veliko potrpežljivosti in veliko upanja. Pri paru 1 so bili močna vztrajnost, potrpežljivost in upanje izraziti predvsem pri partnerki. M1 je zaradi petih neuspešnih postopkov OBMP deloval razočarano, kot da je izgubil vso vztrajnost, potrpežljivost in upanje, da jima bo nekoč uspelo.

Ž1: »Že po naravi sem oseba, ki zna marsikaj potrpeti, biti vztrajna, potrpežljiva in od vsega začetka imam še vedno prvotno upanje v to, da nama bo nekega dne vendarle uspelo zanositi. Brez teh treh lastnosti enostavno ne moreš iti skozi postopke OBMP. Po tretjem in četrtem IVF- postopku oploditve sem skoraj izgubila vso potrpežljivost in vztrajnost, da bi se borila do zelenega cilja.«

Zanimanje za postopke

Pred izvedbo postopka OBMP se pari soočajo s številnimi vprašanji, ki se jim porajajo glede samega postopka. Z vprašanji so se obrnili na medicinsko sestro, ki predstavlja ključen vir za pridobivanje tovrstnih informacij. Oba para sta bolj poglobljene informacije o postopkih OBMP začela pridobivati šele po neuspešnih postopkih. Zlasti partnerki obeh parov sta prebirali literaturo o postopkih OBMP, še posebej izrazito zanimanje za vse korake v postopku pa je pokazala Ž2.

Ž2: »Ko sva šla v prvi postopek, sem imela cel kup vprašanj za zdravstveno osebo, s katerim sem bila v stiku. Seveda me je zanimalo ogromno stvari. Pred prvim postopkom res nisem dosti prebrala glede samega postopka. Po vsakem neuspešnem postopku sem prebirala več. Pred prvim postopkom sem poklicala znanko, ki se je že soočila s samimi postopki OBMP, in ta mi je dala osnovne informacije. Po naravi sem zelo radovedna oseba, vse me zanima, vse želim vprašati in to sem tudi naredila.«

3.4.2 Doživljanje pri postopkih OBMP

Na podlagi kod smo določili drugo podkategorijo, in sicer »doživljanje pri postopkih OBMP«. Ta podkategorija je v našem diplomskem delu najpomembnejša in s tem tudi najobširnejša. V njej smo razbrali kar nekaj kod:

- sprejetje neplodnosti,
- občutek jeze, zanikanja in sramu,
- nepoznavanje postopka,
- občutek zmedenosti,
- odkrit pogovor z zdravstvenim osebjem,
- slabo počutje,
- strah in zadržanost,
- psihično in fizično naporni postopki,
- razočaranje in žalost,
- občutek izčrpanosti in nemoči,
- premalo zasebnosti,
- zadovoljstvo z obravnavo medicinskih sester,
- kompetentne medicinske sestre.

Sprejetje neplodnosti

Novico o neplodnosti in dejstvo, da ne boš mogel imeti otrok po naravni poti, je zelo težko sprejeti. Sledijo vprašanja »zakaj jaz, midva«.

Ž1: *»Težko je bilo sprejeti novico, da verjetno s partnerjem ne bova mogla imeti otrok po naravni poti. Prvo vprašanje, ki mi je rojilo po glavi, je bilo: zakaj se je to moralo zgoditi ravno meni. Mislim, da se to vprašanje poraja po glavi vsem, ki so na istem mestu kot midva.«*

M2: *»Priznam, da se res ni bilo prijetno soočiti z novico. Spraševal sem se, kako se je to moralo zgoditi ravno nama. Ker nama vzroka za neplodnost niso nikoli ugotovili, sva se tolažila s tem, da nama bo enkrat že uspelo priti do zelenega otroka.«*

Občutek zanikanja, jeze in sramu

Ob sprejetju novice o neplodnosti tako žensko kot moškega sprva oblijejo čustva zanikanja, jeze in sramu. Nekaj časa si skušajo zanikati, da imajo težave z zanositvijo, in se prepričujejo, da jim bo vendarle uspelo po naravni poti. Sledi občutek jeze, zlasti na zdravnike, večkrat pa neplodna oseba ne ve, na koga je pravzaprav jezna. Občutek sramu pa prevladuje predvsem pri moških.

M1: »Na začetku me je bilo zelo sram. Ni mi šlo v glavo dejstvo, da s partnerko ne moreva imeti otrok po naravni poti, enostavno počutil sem se manjvrednega, da mi ne uspe ustvariti otroka. Bil sem oziroma sem še jezen na zdravnike, saj so se premalo zavzeli za naju. Zanje sva bila zgolj številka.«

Ž2: »Na začetku sem sama v sebi poskušala zanikati dejstvo, da so nama postavili diagnozo neplodnost. Nekako se nisem hotela sprijazniti s tem, da bova imela težave pri ustvarjanju zelene družine. Bila sem tudi malo jezna, vendar še zdaj ne vem točno na koga. Verjetno na zdravnike, ki so mi povedali diagnozo.«

Nepoznavanje postopka

Oba para sta jasno povedala, da je težko razumeti in si predstavljati določen postopek, dokler ga nisi sam videl, preizkusil ali se z njim soočil. Čeprav medicinske sestre, lahko pa tudi prijatelji ali sorodniki, ki so se morda že soočili z zdravljenjem neplodnosti, natančno obrazložijo postopek OBMP, si človek ne more predstavljati, kako je dejansko to videti in izkusiti.

Ž1: »Pred prvim postopkom se mi niti približno ni sanjalo, kako zelo zahtevni so ti postopki. Niti vedela nisem, kako to vse skupaj poteka, koliko časa trajajo postopki. Pred prvim postopkom nisem prebrala nobene literature. To sem začela prebirati kasneje, približno eno leto po prvem neuspešnem postopku oploditve.«

Ž2: »Ker nisem kaj dosti prebrala o samem postopku OBMP, si res nisem znala najbolje predstavljati, kako sam postopek izgleda. Pred prvim postopkom nisem prebrala literature o zdravljenju neplodnosti kot tudi ne Zakona o zdravljenju neplodnosti, zato res nisem veliko vedela o tem. Sem pa pred prvim postopkom poklicala znanko, ki je imela za seboj že kar nekaj postopkov, in jo povprašala, kako je vse skupaj pravzaprav potekalo.«

Občutek zmedenosti

Povsem razumljivo je, da je vsak par, ki pride prvič na oddelek za reprodukcijo, sprva zmeden. Ne ve, na koga naj se v določenem trenutku obrne z vprašanji. Ne zna si predstavljati, kako točno potekajo postopki OBMP. Oba para sta izpostavila, da bi bila potrebna prizadevanja k boljšemu sistemu vodenja in natančnega usmerjanja para med postopkom OBMP. Kot je bilo moč razbrati iz besed intervjuvancev, se občutek zmedenosti pojavi predvsem zaradi časovne stiske zdravstvenega osebja.

M1: »Na začetku sem bil res zelo zmeden. Nisem si znal točno predstavljati, kako bo vse skupaj potekalo. Medicinske sestre so naju zaradi hitrega tempa dela in zdravnikovih navodil na hitro obravnavale in pošiljale od enih vrat do drugih vrata. Zdravniki so bili premalo natančni pri pojasnjevanju zadev, vse so hoteli razložiti na hitro in nas odpraviti. In seveda, človek je potem ves zmeden, ker ne ve, kam naj se obrne.«

M2: »V primerjavi s partnerico sem bil bolj zmeden. Sploh pred in med prvim postopkom OBMP. Po prvem postopku ni bilo več začititi občutka zmedenosti.«

Odkrit pogovor z zdravstvenim osebjem

V celotnem procesu zdravljenja neplodnosti je potrebna odkrita, iskrena komunikacija. Pri postopkih OBMP je zelo pomembno, da se s pogovorom vzpostavi odkrit odnos tako para do zdravstvenega osebja kot obratno. Oba para, predvsem ženski, sta veliko komunicirala z medicinskimi sestrami, precej manj pa z zdravniki.

Ž1: »Medicinske sestre so me seznanile, kako dejansko sploh potekajo postopki OBMP. Tudi po telefonu jih lahko marsikaj povprašaš glede samega postopka. Drugo zdravstveno osebje bi si lahko vzelo več časa za nas, neplodne pare.«

M2: »Veliko sva se pogovarjala tudi z zdravstvenim osebjem, s katerim sva se srečevala v postopkih OBMP. Zlasti partnerka je imela več stika z medicinskimi sestrami in zdravniki.«

Slabo počutje

Obe intervjuvanki sta izpostavili slabo počutje med prejemom subkutane terapije. Po pripovedovanju sodeč si je bilo zelo naporno aplicirati podkožno injekcijo in posledično

prenašati slabo počutje. Obe sta izpostavili, da je prav slabo počutje vplivalo na celoten postopek.

Ž1: »Slabo sem se počutila prvi dan, ko sem začela z jemanjem subkutane terapije. Res so bile neprijetne te slabosti. Na dan punkcije in oploditve sem se prav tako počutila bolj slabo, prisotne so bile bolečine v predelu trebuha.«

Ž2: »Ponavadi sem se en dan po punkciji počutila zelo slabo. Imela sem bolečine v predelu trebuha in zaradi tega sem se počutila slabo. Ni mi bilo prijetno, ko sem si v obdobju med OBMP mogla aplicirati subkutano terapijo. Po terapiji mi je bilo zelo slabo. Rabila sem kakšen dan, da sem se spet bolje počutila.«

Strah in zadržanost

Občutka strahu in zadržanosti sta med seboj zelo povezana. Če je človeka strah pred določenim posegom, je tudi bolj zadržan. Intervjuvanki sta izpostavili predvsem strah pred postopki in bolečino med postopki, moška pa sta omenila zadržanost glede doživljanja postopkov OBMP. Pri vseh pa je bil prisoten občutek strahu pred neuspehom.

Ž1: »Pred vsakim postopkom me je bilo strah, zanimivo, da me je bilo najmanj strah pred prvim. Strah me je bilo morebitnih bolečin pri postopku, medtem ko posegajo v notranjost mojega telesa. Strah me je bilo, kaj se bo pravzaprav zgodilo po posegu. Strah me je bilo med čakanjem rezultatov punkcije, koliko celic se je razvilo in kaj sledi po tem. Strah me je bilo ponovnega občutka neuspeha. Tega me je strah še danes.«

M2: »Pred vsakim postopkom sem bil zelo zadržan. Nisem vedel, kaj naj pričakujem, zato sem globoko v sebi čutil močan strah zaradi morebitnega neuspeha ter močno zadržanost

do vseh ljudi, ki so nama takrat prišli naproti, tudi do zdravstvenih delavcev ter postopka.«

Psihično in fizično naporni postopki

Vsi intervjuvanci so izpostavili napore pri teh postopkih. Zlasti pri paru 1, ki ima za seboj pet neuspešnih postopkov OBMP, je bilo med pogovorom začititi, kako ti postopki vplivajo na njuno psihično stanje. Zagotovo so zelo psihično naporni zlasti za M1.

ŽI: »Zelo naporni so vsi ti postopki umetne oploditve, najprej vse injekcije in potem čakanje na rezultat. Izpostavila bi predvsem tretji in četrti postopek OBMP – IVF-postopek, ki sta se mi zdela najtežja do sedaj. Postopki so fizično naporni zato, ker se moraš pripeljati do klinike, biti tam po nekaj ur in prenašati zahtevne postopke. Najtežje pa je čakanje na novice, ali bodo dobre ali slabe.«

MI: »Postopki so res naporni. Naporno je vso to čakanje, ali bo rezultat dober ali ne. Vedno sem govoril, da nama bo uspelo, sedaj na žalost nisem več prepričan v to, ker sem čisto na tleh zaradi vseh neuspešnih postopkov OBMP.«

Razočaranje in žalost

Občutka, ki sledita neuspešnem postopku OBMP, sta razočaranje in žalost. Vsi intervjuvanci so se v procesu zdravljenja neplodnosti soočali z občutki razočaranja. Oba para sta prvo razočaranje občutila ob diagnozi neplodnosti. Par 1 je bil in je še vedno zelo razočaran nad zdravnikovo obravnavo. Najhujše razočaranje, ki mu sledi globoka žalost, se pojavi po neuspešnem postopku OBMP.

ŽI: »V trenutku, ko so mi na kliniki povedali diagnozo neplodnost, sem bila zelo razočarana. Nekako sem mislila, da so se vseeno zmotili, spraševala sem se, zakaj se je to moglo zgoditi ravno meni. Vendar na to vprašanje nihče ne more odgovoriti. Po prvem postopku OBMP ni bilo tolikšnega razočaranja. Najhuje je bilo po četrtem in petem postopku. Tedaj sem bila zelo žalostna, globoko v sebi sem čutila neko praznino. Želela sem biti sama v tišini, nisem marala drugim razlagati problemov, predvsem na začetku ne. Še sedaj sem razočarana nad vsemi neuspehi, pa tudi nad zdravniki, saj niso bili dovolj empatični, vse je potekalo na hitro.«

MI: »Že po prvem postopku, ko sem videl, da nama ni uspelo, sem bil zelo razočaran. Po vseh naslednjih neuspešnih postopkih je bilo samo še slabše. Ni mi bilo lahko skriti razočaranja pred partnerko, ker sem vedel, da ji bo samo še težje. Zelo sem razočaran glede obravnave zdravnikov. Z nama so delali zgolj kot s številko, vse je potekalo na hitro, nekako si zdravniki niso vzeli dovolj časa za pogovor, vse delajo zgolj po hitrem postopku.«

Občutek izčrpanosti in nemoči

Postopki OBMP so zelo zahtevni. Po pripovedovanju sodeč vsi koraki pri postopkih OBMP zahtevajo celostnega človeka. Vožnja na Ginekološko kliniko in nazaj domov, nekajurna prisotnost na kliniki, predvsem pa čakanje in izvedba postopka so povsem izčrpavajoči. Sogovorniki so poudarili, da so po neuspešnem postopku občutili močan občutek nemoči in globoko žalost. Par 1 je priznal, da je v nekem trenutku prišlo do občutka, da dejansko nimata več moči za nadaljnji trud pri doseganju skupnega cilja – otroka.

Ž1: »Ko sem po postopku dobila menstruacijo, sem se počutila popolnoma nemočno. Spet se je glavi porodilo vprašanje »zakaj ne uspe«. Nisem imela več moči za nadaljnje posege. Enostavno so mi ti postopki vzeli toliko energije, da sem bila po neuspehu zelo izčrpana.«

Ž2: »Po tretjem neuspelem postopku OBMP sem bila čisto brez moči. Dva dni sem bila res čisto izčrpana. Težko mi je bilo, vendar me je partner dvignil pokonci in bodril do cilja.«

Premalo zasebnosti

Glede prostorov Centra za zdravljenja neplodnosti v Ljubljani so intervjuvanci povedali, da so zastareli in nekoliko neprijetni, predvsem pa nudijo premalo zasebnosti. Po ogledu teh prostorov se lahko strinjamo, da si pari upravičeno želijo boljših prostorov, vsaj kakšno živahno barvo na steni, več zasebnosti. Tako prostor za sprejem para, čakalnica pred ambulanto za obravnavo neplodnih parov kot tudi prostor za oddajo semena so hladno temačni, starinski, brez prave energije, predvsem pa ti prostori ne zagotavljajo nikakršne zasebnosti in anonimnosti. Še sreča, da medicinske sestre oddajajo optimistično razpoloženje in dobro voljo.

M1: »Prostori so res zastareli, neprijetni, premalo zasebnosti. Želim si, da bi v prihodnje delali kaj na tem projektu in se trudili k boljšim prostorom.«

M2: »Zasebnosti res ni. Prostori so zastareli, lahko bi vsaj stene prebarvali na bolj živahno barvo, zamenjali vrata. Že to bi bilo veliko in človek bi se boljše počutil. Res ni prijetno, ko sredi hodnika čakaš, da prideš na vrsto za oddajo semena, pred tabo pa je veliko drugih moških, ki so tam z istim namenom kot ti. Mislim, da ni moškega, ki bi mu

bilo prijetno to čakanje v vrsti s tem, da te vsi vidijo, ker pač čakaš sredi hodnika na Ginekološki kliniki. Absolutno je premalo zasebnosti za tako občutljive zadeve.»

Zadovoljstvo z obravnavo medicinskih sester

Med pogovorom z obema paroma smo zasledili, da sta bila oba para, tako ženski kot moška, zelo zadovoljna s pristopom medicinskih sester. Ta je namreč oseba, s katero ima par največ stika, predvsem ženska – pacientka, saj jo spremlja od sprejemne ambulante pa vse do končanega postopka OBMP. Par je z njo tako v fizičnem kontaktu kot tudi po telefonu. Tovrstne pohvale dajejo medicinskim sestram na centrih za zdravljenje neplodnosti motivacijo za nadaljnje delo z neplodnimi pari.

M1: »Imel sem malo kontakta z zdravstvenim osebjem. Kar pa sem ga imel, moram povedati, da sem bil zelo razočaran glede odnosa zdravnik – pacient. Sem mnenja, da se ne zavzamejo preveč za neploden par. Imajo premalo časa, da bi nam razložili vse, kar nas zanima. Ko prideš na pregled, se počutiš kot na tekočem traku. Najin problem je bil s strani zdravnikov površno obravnavan. Ni se poglobil v problem, ko partnerki zdravilo ni odgovarjalo. Samo predpisal je drugo zdravilo in to je bilo to. Kar sem imel stika z medicinskimi sestrami bi jih pa rad zelo pohvalil, saj si res poskušajo vzeti čas za vsak par posebej, upoštevajo vsa etična načela, so komunikativne in vestno opravljajo svoje delo. Vendar jih na trenutke zdravniki, nadrejeni, preveč tempirajo in jim ne dopuščajo, da bi si vzele več časa za pare, ki pridemo tja z istim namenom.»

Ž2: »Zdravstveno osebje je bilo prijazno do mene. Zdravniki bi si lahko po mojem mnenju vzeli več časa za vsak par. Dejansko preveč sledijo točno določenemu tempu in premalo časa si vzamejo za pogovor. Z medicinskimi sestrami sem bila izredno zadovoljna, res so empatične, prijazne, razumljive, zaupljive. Res vse najboljše imam povedati glede odnosa medicinskih sester do mene.»

Kompetentne medicinske sestre

Skozi pripovedovanja parov se je izkazalo, da so medicinske sestre v centrih za zdravljenje neplodnosti kompetentne, strokovnjakinje na svojem področju. Sposobne so motivirati par tako, da si partnerja skupaj prizadevata k doseganju istega cilja. Te medicinske sestre so izkušene, saj imajo pridobljeno ogromno znanja, razvile so svoje spretnosti in sposobnosti.

Ž1: »Medicinske sestre so res strokovnjakinje na svojem področju. Zelo so sposobne, imajo veliko znanja, spretnosti, sposobnosti motivirat par k določenemu cilju, določene naloge izvajajo perfektno. Mislim, da jih zdravniki absolutno premalo spoštujejo glede na to, koliko znanja imajo in kako empatične so.«

Ž2: »Medicinske sestre so profesionalke na svojem področju. Imajo ogromno izkušenj, empatije in sposobnosti, da opravljajo svoje delo. Bila sem zelo zadovoljna z njihovim znanjem, edino mislim, da jih zdravniki premalo spoštujejo.«

3.4.3 Podpora partnerja in socialne mreže

Podpora partnerja je pri doseganju zelenega cilja pri postopkih OBMP izjemnega pomena. Če se partnerja ne podpirata, nima smisla, da vztrajata in se trudita. Pomemben dejavnik je tudi socialna mreža, med katero štejemo primarno družino obeh partnerjev ter njune prijatelje in znance. V tem delu bomo izpostavili naslednje kode:

- skupen in jasen cilj,
- dober medosebni odnos,
- komuniciranje partnerjev,
- razumevanje partnerjev in povezanost med njima,
- brez predsodkov družbe.

Skupen in jasen cilj

Oba para se strinjata, da je najbolj pomembno, da oba partnerja stremita k skupnemu in jasno zastavljenemu cilju. Če tega ni, na tej fizično in psihično naporni poti ne bosta dosegla cilja. Par 1 še ni dosegel cilja, ki sta si ga zastavila pred 13 leti. Pri M1 je bilo ugotovljeno, da je njegov cilj še vedno isti in skladen s partnerkinim, vendar vanj ne verjame več stoddotno. Paru 2 je uspelo priti do zastavljenega cilja in med pogovora je bilo zaznati, da je bil njun cilj od začetka do konca skupen in zelo jasen.

Ž1: »Že kar 13 let imava skupni cilj, to je tako želeni otrok. Nikoli do sedaj nisem niti za minuto pomislila na kaj drugega. Čeprav je težko po 13 skupnih letih biti še vedno brez težko pričakovanih otrok, imam še vedno zelo močno upanje, da se nama cilj uresniči.«

Ž2: »Če ne bi imela skupnega cilja, se verjetno sploh ne bi odločila, da prideva do tako zelenega otroka. Vendar sva imela vse od prvega pogovora o postopkih OBMP skupen cilj in brez njega nama ne bi uspelo.«

Dober medosebni odnos

Partnerja morata graditi na medsebojnem odnosu, saj je to zelo pomemben faktor pri njihovi skupni poti do cilja. Oba para sta nam v intervjuju povedala, da je potrebno medosebni odnos stalno graditi in ga obnavljati. Prav gotovo je (bila) neplodnost zahtevna preizkušnja stabilnosti in trdnosti odnosa pri obeh parih. Če dobrega odnosa ne bi bilo, bi se para že zdavnaj razšla.

M1: »Stojiva skupaj eden za drugega. Sva kot eno. Na srečo se najina pot ni razšla tako kot pri marsikateremu paru.«

M2: »Odnos med nama s partnerko se je od začetka postopkov pa do danes še okrepil. Vsi dogodki, ki so se dogajali okoli naju, so bili povod k temu, da sva se še bolj zblížala in spoznala. Vse to je res dobro delovalo na naju in okrepilo najin odnos.«

Komuniciranje partnerjev

V celotnem procesu zdravljenja neplodnosti je potrebna odkrita, iskrena komunikacija. Pri obeh parih se partnerja med seboj odkrito pogovarjata. Vseeno pa je bilo pri intervjujih možno zaslediti nekaj razlik med parom 1 in parom 2. Partner prvega para je bolj dominanten in je v pogovoru večkrat preglasil svojo partnerko. Včasih je bilo celo slišati, da sta govorila drug čez drugega, pri določenih odgovorih pa sta se med seboj skladno dopolnjevala. Pri drugem paru smo lahko začutili skladnost, saj sta se pri nekaterih odgovorih dopolnjevala, pri drugih pa sta prepustila besedo drugemu in si nikoli nista skočila v besedo.

M1: »S partnerko se kar veliko pogovarjava glede postopkov OBMP. Skupaj rešujeva nastale probleme. Imela sva obdobja, ko sva bila tako razočarana, da sva bolj malo komunicirala. Vendar pa sva čez čas o problemih, ki se tičejo naju, vedno razčistila skupaj in čim je možno.«

Ž2: »Potrebno je predvsem veliko delati na komunikaciji, saj je to bistvo vsega. S partnerjem sva se res ogromno pogovarjala glede postopkov OBMP, skupaj sva se odločala glede vseh izzivov, ki so naju čakali. Situacije sva vedno reševala sproti in

skupaj. Srečna sem, da imam zelo razumevajočega partnerja, s katerim si vse zaupava in se res ogromno pogovarjava.«

Razumevanje partnerjev in povezanost med njima

V postopku zdravljenja neplodnosti se morata partnerja predvsem razumeti in podpirati. Vsi intervjuvanci so izpostavili, da bi bilo brez razumevanja partnerja težko slediti končnemu cilju. Pri obeh parih je bilo občutiti razumevanje in močno povezanost med njima.

Ž1: »Najbolj pomembno pri celotnem poteku zdravljenja neplodnosti je ravno razumevanje partnerja. Vsi ti postopki, ki sva jih opravila do sedaj, so naju samo še bolj povezali.«

M2: »Razumevanje je tako ali tako na prvem mestu. Nikoli nisva krivde valiva en na drugega.«

Brez predsodkov družbe

Oba para si ne želita, da bi ljudje imeli predsodke o neplodnih parih. Za oba para so (bila) zares neprijetna vprašanja, zakaj še nimata otrok, če pa imata urejene stanovanjske in finančne razmere. Pari, ki se spopadajo z neplodnostjo, so sprva odgovarjali na ta vprašanja v smislu »Trenutno še ni čas za otroke« ali pa »Bodo prišli, ko bo čas za njih«. Nekateri so že tako naveličani tega vprašanja, da enostavno odgovorijo »Mogoče si jih pa celo ne želiva imeti«, globoko v njih pa sta le razočaranje in žalost ter mogočno upanje, da bo nekoč vendarle uspelo.

Ž1: »Včasih me zmoti, ko slišim kakšnega soseda, da je od nekoga drugega slišal, da ne ve, zakaj se pravzaprav sploh še trudi. Takrat dobim občutek, da mi določene osebe ne privoščijo otroka. Na srečo je takih ljudi malo, lahko jih preštejem na prste ene roke. Vendar me zelo prizadenejo s svojimi govoricami. Najini družini in prijatelji nama dajejo nesebično podporo ob vsakem trenutku.«

Ž2: »Na začetku nama je bilo težko spregovoriti o neplodnosti. Vendar sva kasneje, po dveh neuspešnih postopkih, spregovorila tudi z ožjimi prijatelji. Družini naju že od vsega začetka podpirata. Vsi prijatelji in znanci so bili zelo odprti in pozitivno gledajo na zdravljenje neplodnosti. Tako nimava slabih izkušenj s strani družbe in prijateljev.«

Imava pa kar nekaj prijateljev, ki so tudi sami imeli težave z zanositvijo. Ko spregovoriš z drugimi o problemu, ki ga imaš, ti je lažje.»

3.5 RAZPRAVA

Rezultati raziskave so pokazali, da sta intervjuvanima neplodnima paroma, ki že imata izkušnje s postopki OBMP, skupni dve točki: želja po uspehu ter neprecenljiva podpora partnerja in socialne mreže. Doživljanje pri postopkih OBMP je bilo pri obeh parih zelo podobno, predvsem so se pokazale razlike med spoloma.

Pri neplodnosti predstavlja uspeh zdrav otrok, par pa se za zdravljenje neplodnosti odloči le zaradi želje po uspehu. Ključen dejavnik pri odločitvi za postopek OBMP je začetni optimizem, ki je bil pri obeh parih izjemen. Pred prvim postopkom OBMP je pri obeh partnerjih prisotna vznemirjenost, saj v tistem trenutku nihče ne ve, kako dejansko postopek poteka in kaj se lahko pričakuje. Še večje vznemirjenje je prisotno po punkciji ovarija (jajčnika), kadar se čaka na rezultate o številu oplojenih celic. Kot sta opisala oba para, pa je vrh vznemirjenosti dosežen med čakanjem na klic o (ne-)uspešnosti oploditve.

Postopek OBMP je izjemno zahteven, zato je potrebna vztrajnost, potrpežljivost in upanje, o čemer govori tudi Fontenot (2008). Oba para sta imela že kar nekaj postopkov OBMP. Zlasti par 2 je bil zelo vztrajen, saj sta opravila kar 12 postopkov OBMP, od tega dva uspešno. Pri paru 1, natančneje pri moškem, je po petih neuspešnih postopkih pričelo zmanjkovati potrpežljivosti in vztrajnosti, saj tudi upanje, da jima bo uspelo, ni bilo več tako močno. Čeprav sta se para pred izvedbo postopka OBMP soočala s številnimi vprašanji, pred prvim postopkom nista pridobila natančnejših informacij v literaturi, temveč sta povprašala zdravstveno osebje. Šele po neuspešnih postopkih OBMP sta obe ženski poiskali različne vire in literaturo ter se poglobili v to področje, kar potrjuje trditev avtoric Hammer Burns in Covington (2000), da ženske pogosteje iščejo informacije.

Kot že rečeno, je bilo doživljanje obeh parov pri postopkih OBMP zelo podobno, razlike so se pojavile med spoloma. Ob postavitvi diagnoze neplodnosti se vsaka posameznica sprašuje, zakaj se je to zgodilo ravno njej in njenemu partnerju. Sprva se pri neplodnem paru pojavi zanikanje, zato si nekaj časa zatiskajo oči pred dejstvom, da otroka ne bosta dobila po naravni poti. Zlasti pri ženskah sledi jeza, ponavadi usmerjena na zdravnika, ki je postavil diagnozo neplodnosti. Pri moških je prisoten predvsem občutek sramu, ker s partnerko ne moreta ustvariti otroka. Šele po sprejetju in sprijaznitvi z diagnozo ter po premaganih negativnih čustvih lahko sprejme odločitev za zdravljenje neplodnosti in postopke OBMP.

Čeprav pred prvim postopkom OBMP medicinske sestre in ljudje, ki so že opravili ta postopek, lahko dajo natančne informacije o postopku, pa si vsak težko predstavlja, kakšen je postopek. Prav iz tega razloga se ob prvem obisku na oddelku za reprodukcijo pojavi občutek zmedenosti. Ta občutek je še bolj prisoten zaradi časovne stiske zdravstvenega osebja, ki se paru ne more tako posvetiti, kot bi si vsi želeli. Oba para sta izpostavila, da je v celotnem procesu zdravljenja neplodnosti potrebna odkrita komunikacija z zdravstvenim osebjem, ki je bila v obeh primerih vzpostavljena predvsem z medicinskimi sestrami. Tako se je izkazalo, da so medicinske sestre pri postopkih OBMP svetovalke, učiteljice in zagovornice neplodnega para, saj mu nudijo pomoč, lajšajo komuniciranje med partnerjema, zmanjšujejo stres, podajajo ustrezne informacije in pojasnila, predstavljajo duševno oporo, ocenjujejo medsebojni odnos para za pripravo ustreznega načrta zdravstvene nege, kot je navedla Lewis (2001; povz. po Peterlin, 2007, str. 20-1).

Obe intervjuvanki sta opisali, kako naporno je bilo apliciranje podkožnih injekcij in posledično prenašanje slabega počutja. Subkutana terapija je tako naporna, da ženska potrebuje nekaj dni za izboljšanje počutja. Pred punkcijo in prenosom zarodka (ET) je pri ženski prisoten strah pred postopkom, predvsem pred bolečino, moški so pri teh postopkih zlasti zadržani. Pri obeh partnerjih je izjemno močan strah pred neuspehim postopkom. Postopki OBMP so psihično izjemno naporni za oba partnerja, ženske pa dodatno doživljajo fizičen napor. Tudi raziskave so pokazale, da ženska doživlja večji stres kot moški (Abbey, Andrews in Halman, 1991; povz. po Fontenot, 2008, str. 17).

Intervjuvanci so izpostavili predvsem psihični napor, ki je posledica apliciranja podkožnih injekcij, preživljanje številnih ur na kliniki, najbolj pa je naporno čakanje na trenutek, ko postane jasno, ali se bo želja po otroku uresničila ali ne.

Če postopek OBMP ni uspešen, sledi močno razočaranje in globoka žalost. Oba obravnavana para sta šla skozi številne postopke OBMP. Po vsakem neuspehu je razočaranje še večje, žalost pa se samo še stopnjuje. Še večje bolečine in žalost čutijo neplodni pari, kadar sorodniki, prijatelji ali znanci naznanijo veselo novico o pričakovanju novega družinskega člana (Blenner, 1990; povz. po Fontenot, 2008, str. 33). Pri paru 1 je po petih neuspešnih postopkih OBMP prisotno veliko razočaranje nad obravnavo zdravnikov, pri moškem je med pogovorom o doživljanju neuspeha izbruhnila celo jeza nad celotnim sistemom zdravljenja neplodnosti. Pri zdravljenju neplodnosti se lahko pojavi tudi depresija ali anksioznost. Dejavniki, ki vplivajo na večjo dovzetnost za depresivna stanja, so: ženska, 30 in več let, nižja stopnja izobrazbe, brezposelnost, diagnosticirana moška neplodnost in trajanje zdravljenja neplodnosti med tremi in šestimi leti (Drosdzol in Skrzypulec, 2009).

Da postopki OBMP resnično zahtevajo celega človeka, postane jasno, ko nam intervjuvanki zaupata, da sta po tretjem oziroma četrtem neuspešnem postopku čutili takšno izčrpanost, da tudi moči za nadaljnji trud ni bilo več. Le podpora partnerja je zaslužna za nadaljevanje te zahtevne preizkušnje. Velikonja namreč svetuje, da se s poskušanjem zanositve preneha, še preden partnerja zapadeta v malodušje in nemoč (Velikonja, 2005).

Prostori Ginekološke klinike za zdravljenje neplodnosti v Ljubljani po mnenju intervjuvancev ne zagotavljajo zasebnosti, kar dokazuje čakanje moških z lončkom v roki v vrsti za oddajo semena sredi hodnika. Povrh vsega so prostori zastareli, neprijetni, brez prave energije, bolj optimistično razpoloženje vzpostavljajo dobrovoljne medicinske sestre. Pristop medicinskih sester na oddelku za reprodukcijo je po izkušnjah obeh parov strokoven, razumevajoč, komunikativen, empatičen in prijazen. Po njihovem mnenju so medicinske sestre kompetentne, torej usposobljene za svoje delo, ki ga obvladajo. Po besedah obeh parov so medicinske sestre strokovnjakinje na

svojem področju, saj so izkušene in sposobne motivirati pare, da vztrajajo pri doseganju cilja. Problematičen je odnos zdravnikov do obravnavanih neplodnih parov. Vsi intervjuvanci so poudarili, da se zdravniki tem parom ne posvetijo dovolj, zato sta para imela občutek, da sta samo številka. Zanimivo je, da sta moška izpostavila še dva problematična vidika: da zdravniki medicinskim sestram nalagajo toliko dela, da te ne morejo posvetiti več časa neplodnim parom, in da vsak postopek OBMP vodi drug zdravnik, želja obravnavanega para pa bi bila prisotnost istega zdravnika. Zanimivo je, da so intervjuvanci opazili podrejen položaj medicinskih sester, o čemer piše tudi avtorica Peterlin (2007).

Iz naše raziskave je moč ugotoviti, da sta podpora partnerja in ostale socialne mreže pri zdravljenju neplodnosti izjemno pomembna. Le to sta para najbolj poudarila in zaznala v trenutkih najhujše stiske, dilem in nemoči. Kot so pokazali rezultati študije, ki so jo izvedli avtorji Sina, Ter Meulen in Carasco de Paula (2010), si večina parov želi osebno svetovanje zdravstvenega osebja ter osebno podporo partnerja in svojih najbližjih. Brez skupnega in jasnega cilja se par sploh ne bi odločil za zdravljenje neplodnosti in ne bi premagoval fizičnih in psihičnih naporov, ki so prisotni na poti do zastavljenega cilja – otroka. Pomemben dejavnik na skupni poti do cilja je dober odnos med partnerjema. Neplodnost je preizkušnja za stabilnost in trdnost njunega odnosa. Če partnerja ne nadgrajujeta svojega odnosa, se ta v težkih trenutkih lahko skrha in posledično konča.

Pri dobrem odnosu je temelj komunikacija. V procesu zdravljenja neplodnosti je pomemben odkrit pogovor ne le med partnerjema, temveč tudi s primarno družino in ostalo socialno mrežo. S pogovori se namreč razrešujejo težave, ki se pojavijo med postopkom OBMP, hkrati pa se lahko neploden par s priznanjem o neplodnosti drugim osebam znebi težkega bremena, ki visi nad njim, vse dokler ne zaupa svojih težav vsak svoji družini. Na tem mestu je potrebno izpostaviti razliko med intervjuvanima paroma, ki je najbrž posledica rezultatov postopkov OBMP. Par 2, ki ima za seboj dva uspešna postopka, deluje zelo usklajeno in enakopravno. Pri paru 1 deluje partner bolj dominanten, vendar to povezujemo z možnostjo, da je partner v pogovoru o zelo boleči temi želel izraziti negativna čustva, ki so posledica do sedaj neuspešnih postopkov. Brez razumevanja partnerja bi bil proces zdravljenja neplodnosti precej otežen, če ne celo

onemogočen. Tako težka izkušnja, kot je postopek OBMP, pa par z zdravim odnosom še bolj poveže.

Neplodnost velja za tabu temo, zato sta bila oba para nemalo presenečena nad številom parov, ki so se nekoč ali se še vedno soočajo s težavami z zanositvijo. Par 2 ni imel neprijetnih izkušenj s kakršnimikoli družbenimi predsodki, saj sta obe primarni družini po njunem priznanju izrazili močno podporo, prav tako njuni prijatelji, med katerimi sta šele takrat izvedela, da imajo podobne težave oziroma izkušnje. Pri paru 1 so izkušnje malce drugačne. Ena primarna družina je nekoliko težje sprejela dejstvo, da imata težave z zanositvijo, vendar jima danes obe primarni družini nesebično podpirata ob vsakem trenutku. Še vedno pa lahko slišita govorice iz njune okolice, ki izraža svoje predsodke o neplodnosti. Sklepamo, da so razlike med paroma pri izkušnjah s socialno mrežo različne zaradi okoljskega dejavnika. Par 1 namreč izhaja iz ruralnega okolja, par 2 pa iz urbanega.

4 ZAKLJUČEK

Na zdravstvenem področju je veliko občutljivih tem, o katerih je težko spregovoriti. Med tabu temami je tudi neplodnost, čeprav gre za vedno pogostejšo težavo sodobnega časa. Tako se postavlja vprašanje, zakaj je tako težko spregovoriti o težavah z zanositvijo. Kot je bilo ugotovljeno v naši raziskavi, intervjuvana para sprva svojima primarnima družinama nista razlagala o svoji težavi, ker ju je bilo enostavno preveč sram. Spraševala sta se, kako bodo bližnji in ljudje iz okolice gledali nanju. Še posebej pa sta razmišljala, kako nekomu sploh zaupati svoje intimne težave. Poleg tega neplodnim parom po glavi roji mnogo vprašanj, na katere velikokrat ne najdejo odgovorov. Medtem, ko se soočajo z (ne) sprejemanjem diagnoze neplodnosti, jih spremljajo občutki jeze, zanikanja, bolečine, prizadetosti, krivde, žalosti, obupa, manjvrednosti, nesposobnosti ali celo morebitne neprimernosti za starševstvo. Neplodnost vpliva tako na partnerski odnos kot na odnos s socialno mrežo. Nekateri pari pred svojo okolico ne želijo spregovoriti o svoji težavi in se zapirajo vase. Vsi tisti, ki so javno spregovorili o svojih težavah z zanositvijo, pa so ugotovili, da je to strašansko breme po razkritju veliko lažje prenašati, hkrati pa odkrijejo, da se s podobno težavo srečuje mnogo parov. Prav gotovo pa zlonamerni komentarji iz okolice lahko povzročijo mnogo dodatne bolečine. Zaradi negativnega odziva iz okolice so neplodni pari zadržani pri širših javnih razpravah, zato smo zelo hvaležni, da sta bila oba para z različnimi izkušnjami pripravljena odgovarjati na naša vprašanja.

Zdravniki večkrat izpostavijo, da je neplodnost posledica odlašanja z odločitvijo o zanositvi. Ženske so ob rojstvu prvega otroka v povprečju starejše kot so bile nekoč, v kar jih sili sodoben način življenja. Mladi pari dandanes ustvarjajo svoje kariere in razmišljajo, da je medicina že tako napredovala, da bodo z zdravniško pomočjo brez večjih težav prišli do otroka. A matere narave ni možno vedno pretentati. Zaskrbljujoč podatek je, da se v Sloveniji vsak šesti par sooča s težavami pri zanositvi.

V Sloveniji imamo tri ustanove – centre za oploditev z biomedicinsko pomočjo (Ljubljana, Maribor, Postojna), kjer parom pomagajo pri zanositvi. Postopki za oploditev z biomedicinsko pomočjo so fizično in psihično izjemno zahtevni, zato so

nekateri dejavniki nujni, da par prestane omenjeni postopek. Brez sprejetja dejstva o neplodnosti, skupnega cilja, začetnega optimizma, vztrajnosti, potrpežljivosti, upanja, partnerjevega razumevanja, dobrih odnosov in komuniciranja s partnerjem in zdravstvenim osebjem ženska ne bi zmogla prenesti vseh pritiskov, ki se pojavljajo med postopkom oploditve. Seveda pa se brez pomoči zdravstvenega osebja iz oddelkov za reprodukcijo pred skoraj 30 leti pa vse do danes ne bi razposajeno igralo toliko otrok.

Še posebej v veliko veselje nam je bil tisti del pogovora z obema paroma, ki se je nanašal na izkušnje z medicinskimi sestrami. Vsi štirje intervjuvanci so pohvalili komunikativnost, strokovnost, prijaznost, empatičnost medicinskih sester, ki z vsakim neplodnim parom, s katerim se srečajo na kliniki, vzpostavijo pristen odnos. Ženske so z njimi v stiku od samega začetka procesa zdravljenja neplodnosti in se lahko obrnejo nanje s kakršnimkoli vprašanjem. Čeprav se medicinske sestre soočajo s pomanjkanjem časa, je kljub temu komunikacija med medicinsko sestro in neplodnim parom ves čas prisotna.

V Sloveniji so se na pobudo med.over.net (portala, ki nudi izčrpne informacije o zdravju) odločili za kampanjo z naslovom »Spregovorimo o neplodnosti«, s katero želijo ljudi osveščati o izredno težkih življenjskih preizkušnjah, ki jih preživljajo neplodni pari, možnostih, ki jih imajo za zdravljenje neplodnosti, in o nezadostnem darovanju spolnih celic. Upamo, da bo kampanja dosegla svoj namen in neplodnost ne bo več tabu tema.

V prihodnje si želimo, da neplodnost v naši družbi ne bi bila več stigmatizirana. Pomembno je, da o tem jasno in glasno govorimo ter nadaljujemo z raziskovanjem različnih področij neplodnosti, tudi pri postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo. Konec koncev nikoli ne vemo, ali se bomo tudi sami nekoč soočili s to težavo ter potrebovali podporo in pomoč drugih. Naj zaključimo diplomsko delo z eno najlepših misli, zapisanih med našim raziskovanjem, ki jo je podala naša intervjuvanka in je lahko vodilo vsem neplodnim parom pri postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo: »Otroček sedaj še ni v celoti ustvarjen, vendar se bo mamici in očku pridružil ob pravem času.«

5 LITERATURA

Ayaz S, Efe S. Traditional practices used by infertile women in Turkey. *Int Nurs Rev* 2010; 57(3):383 – 7.

Bercko Z. Družbeni vidiki neplodnosti [magistrsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani; 2010.

Cassidy T, Sintrovani P. Motives for parenthood, psychosocial factors and health in women undergoing IVF. *J Reprod Infant Psychol* 2008; 26(1): 4 – 17.

Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo Postojna (b.l.). Dostopno na: <http://www.neplodnost.com/zdravljenje.html> (22.9.2011).

Chang SN, Mu PF. Infertile couples' experience of family stress while women are hospitalized for Ovarian Hyperstimulation Syndrome during infertility treatment. *J Clin Nurs* 2008; 17(4): 531 – 8.

Cimperman U. Pravna ureditev postopkov OBMP v Republiki Sloveniji [diplomsko delo]. Ljubljana: Pravna fakulteta, Univerza v Ljubljani; 2006.

Clapp DN, Adamson DG. Psycians and Nurses: Counseling the Infertile Patient. In: Hammer Burns L, Covington NS, eds. *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Pub. Group; 2000: 513 – 26.

Current Nursing. Dorothea Orem's Self-Care Theory. Dostopno na: http://currentnursing.com/nursing_theory/self_care_deficit_theory.html (24.10.2011).

Černe A. Nove reprodukcijske tehnologije: Osvoboditev ali patriarhalno orodje [diplomsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani; 2006.

Drobnič S. Različne metode OBMP. In: Vrtačnik Bokal E, Jančar N, eds. Sodobne oblike zdravljenja neplodnosti : zbornik IV. spominskega sestanka akad. prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras; 2007 Nov 30; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2007: 74 – 8.

Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples – an evaluative prevalence study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009; 30(1): 11 – 20.

Fekonja S. Informiranost partnerjev o postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo [diplomsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani; 2009.

Fontenot MC. A phenomenological study of couples who pursue infertility and the impact on their lives [doktorsko delo]. The School of Human Resource Education and Workforce Development, Louisiana State University; 2008.

Gavrić-Lovrec V. Idiopatska neplodnost. In: Vrtačnik Bokal E, Jančar N, eds. Sodobne oblike zdravljenja neplodnosti: zbornik IV. spominskega sestanka akad. prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras; 2007 Nov 30; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2007: 66 – 9.

Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.

Hammer Burns L. Sexual Counseling and Infertility. In: Hammer Burns L, Covington NS, eds. *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Pub. Group; 2000: 149 – 176.

Hammer Burns L, Covington NS. Psychology of infertility. In: Hammer Burns L, Covington NS, eds. *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Pub. Group; 2000: 3 – 26.

Klemenc D. Posodobljena definicija zdravstvene nege. *Utrip* 2011; 12 (2): 12.

Klinični oddelek za reprodukcijo Ginekološka klinika Ljubljana. 2011. Dostopno na: <http://www.reprodukcija.si/> (12.9.2011).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije - 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 40/2010.

Kogovšek K. Uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi [diplomsko delo]. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru; 2010.

Kornhauser Cerar L, Vrtačnik Bokal E, Tomaževič T, Pestevšek M, Premru Sršen T, Korošec S. Otroci, rojeni po oploditvi z biomedicinsko pomočjo. Med Razgl 2005; 44: 63 –9.

Meden-Vrtovec H. Plodnost in vzroki zmanjšane plodnosti. In: Pretnar-Darovec A, Petkovšek N, eds. Načrtovanje družine: sodobni vidiki: zbornik; 2002 Nov 29; Ljubljana, Novo mesto, Krka, 2002: 6 – 7.

Mesec B. Študija primera v socialnem delu. In: Metodologija raziskovanja v socialnem delu II. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo; 1997: 38 – 58. Dostopno na: <https://sites.google.com/site/kvalitativnametodologija/metodologija-ii/skripta-ii> (13. 10. 2011).

Mohorič M. Vprašanja svetosti življenja. Abortus, evtanazija in umetna oploditev. [diplomsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2003.

Neplodnost. 2011. Dostopno na: <http://neplodnost.net/> dne (10. 11. 2011).

Ozvaldič T. Etične dileme darovalskih postopkov in oploditve z biomedicinsko pomočjo [diplomsko delo]. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, Univerza v Ljubljani; 2007.

Ozvaldič T, Vozar M. Postopek obravnave neplodnega para pred postopkom OBMP. [Interno gradivo]. Ljubljana: Ginekološka klinika; 2007:1 – 2.

Peterlin A. Počutje pacientk med prejetjem hormonske terapije v postopku priprave oploditev za oploditev z biomedicinsko pomočjo [diplomsko delo]. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, Univerza v Ljubljani; 2007.

Pinter B, Tomaževič T, Meden-Vrtovec H, Drobnič S, Bačer-Kermavner L, Virant-Klun I, et al. Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi spolnimi celicami na Ginekološki kliniki Kliničnega centra v Ljubljani. *Zdrav Vestn* 2006; 75: 463 – 8.

Prebil A. Primeri podpornega komuniciranja v komunikacijskem procesu. In: Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savić K, Mežik Veber M, Romih K et al., eds. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 63 – 71.

Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 1 – 6.

Rigol Chachamovich J, Chachamovich E, Ezer H, Fleck PM, Knauth D, Passos PD. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2010; 31(2): 101 – 10.

Salzer LP. Adoption after Infertility. In: Hammer Burns L, Covington NS, eds. *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Pub. Group; 2000: 391 – 409.

Sina M, Ter Meulen R, Carrasco de Paula I. Human infertility: is medical treatment enough? A cross-sectional study of a sample of Italian couples. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2010; 31(3): 158 – 67.

Tomažević T. Zdravstveno-ekonomski vidiki zdravljenja neplodnosti v Sloveniji: Koliko enojčkov in koliko dvojčkov se rodi po postopkih OBMP po posameznih slovenskih centrih. *ISIS* april 2006; (XV) 4: 142 – 4.

Tomažević T, Meden-Vrtovec H, Virant-Klun I, Zorn B, Ribič-Pucelj M, Bačar-Kermavner L, et al. In: Meden-Vrtovec H, eds. Jubilejni zbornik ob 20-letnici rojstva prvih otrok, spočetih po postopku zunajtelesne oploditve na Ginekološki kliniki v Ljubljani: zbornik; 2004; Ljubljana: Klinični center, Ginekološka klinika, 2004: 1 – 6.

Tomažević T, Virant-Klun I, Vlaisavljevič V, Kovačič B, Reš P, Reš Ž et al. The art programme in Slovenia – our place in Europe (Slovenia in EIM 2005 year report) / Program oploditve z biomedicinsko pomočjo v Sloveniji – naše mesto v Evropi (Slovenija v poročilu EIM za leto 2005). *Zdrav Vest* 2009; 78: 53 – 5.

Velikonja V. Doživljanje neplodnosti [interno gradivo]. Ljubljana: Ginekološka klinika; 2005.

Virant-Klun I, Meden-Vrtovec H, Tomažević T. Od nastanka gamet do rojstva: oploditev z biomedicinsko pomočjo: teoretični in slikovni prikaz nastanka gamet, zgradbe gamet in tehnik oploditve z biomedicinsko pomočjo: (izkušnje na Ginekološki kliniki v Ljubljani). Radovljica: Didakta; 2002.

Vlaisavljevič V. Neplodnost. In: Borko E, Takač I, But I, Gorišek B, Kralj B, eds. *Ginekologija*. Maribor: Visoka šola za zdravstvo, Univerza v Mariboru; 2006: 307 – 36.

Vlaisavljevič V. Smeri razvoja reproduktivne medicine. *Zdrav Vest* 2011; Suppl 80(5):1 –3.

Vogler A. Obravnava neplodnega para. In: Vrtačnik Bokal E, Jančar N, eds. *Sodobne oblike zdravljenja neplodnosti : zbornik IV. spominskega sestanka akad. prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras*; 2007 Nov 30; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2007: 10 – 4.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2008.

Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB). Uradni list Republike Slovenije št. 70/2000.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Moje ime je Nina Hojsak, sem absolventka zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. V okviru svojega diplomskega dela želim raziskati področje doživljanja para pri postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo. V ta namen bom opravila intervjuja, v katera bom vključila dva para, ki imata za seboj že nekaj poizkusov oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Na podlagi pridobljenih podatkov bom napisala študijo primera. Upoštevala bom vsa etična načela, zagotovljena bo tudi anonimnost parov. Vse pridobljene podatke bom uporabila izključno v namen priprave empiričnega dela diplomskega dela.

Že vnaprej se Vam zahvaljujem za sodelovanje in Vaš trud ter omogočanje, da raziskavo izvedem na Vašem primeru.

1. Negovalna anamneza tako ženske kot moškega.
2. Kdaj ste se prvič soočili s postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo (v nadaljevanju: OBMP)?
3. Katero obliko OBMP ste imeli?
4. Kako ste se počutili pred postopki OBMP ter po njih?
5. Kako ste doživljali celoten postopek OBMP?
6. Kako pomembno se vam zdi razumevanje s partnerjem med postopki OBMP?
7. Kako na vas gleda družba?
8. Kako pomembna se vama zdi komunikacija med partnerjema in zdravstvenim osebje (zdravniki, medicinske sestre)? Navedita kakšen primer (dobra izkušnja, slaba izkušnja).