



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Magistrsko delo
študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**DOŽIVLJANJE ŽENSK MED IN PO
POSTOPKIH OPLODITVE Z
BIOMEDICINSKO POMOČJO –
FENOMENOLOŠKA RAZISKAVA**

**WOMEN'S EXPERIENCES DURING AND
AFTER ASSISTED REPRODUCTIVE
PROCEDURES – A PHENOMENOLOGICAL
RESEARCH**

Mentorica: doc. dr. Nina Jančar
Somentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Nina Pogačnik

Ljubljana, marec, 2026

ZAHVALA

Na tej točki želim izraziti svojo globoko hvaležnost vsem, ki so mi pomagali in me podpirali skozi vse stopnje tega magistrskega dela.

Najlepša hvala moji mentorici, doc. dr. Nini Jančar, za njeno strokovno vodenje, dragocene nasvete, potrpežljivost in podporo skozi celoten proces nastajanja tega magistrskega dela. Njena spodbuda in usmeritve so mi bile v veliko pomoč.

Iskrena hvala tudi mojemu somentorju, doc. dr. Branku Bregarju, za koristne pripombe, konstruktivne kritike in podporo, ki mi je omogočila boljše razumevanje tematike ter izboljšanje vsebine naloge.

Hvala recenzentkama, prof. dr. Brigiti Skela Savič, znan. svet. ter prof. dr. Mariji Petek Šter, za njuno strokovno mnenje. Hvala Jasmini Spahalić, mag. slovenistike, za lektoriranje magistrskega dela.

Hvaležna sem svoji družini in vsem prijateljem, ki ste me ves čas pisanja magistrskega dela razumeli in me spodbujali ter čakali na ta dan.

Iskrena hvala sodelavkam za razumevanje, podporo in pomoč pri izvedbi raziskave.

Draga Andreja, iskrena hvala za tvojo strokovno pomoč, empatičnost, potrpežljivost, dragocene strokovne nasvete in neomajno podporo v času pisanja magistrskega dela. Brez tvoje podpore bi bilo vse veliko težje.

Draga Darija, velika hvala za vso podporo in spodbudo med pisanjem magistrskega dela ter za tvoj čas in razumevanje. Velika hvala iz srca.

Dragi mož in moji preljubi hčerki, hvala vam, ker me imate radi in ste mi ves čas stali ob strani. Hvaležna sem, da ste razumeli, da smo zaradi tega spustili marsikateri izlet, a ste me kljub temu podpirali z neizmerno potrpežljivostjo in ljubeznijo. Rada vas imam.

POVZETEK

Izhodišča: Neplodnost je problem, ki prizadene približno petnajst odstotkov parov, povzroča čustveno stisko, vpliva na kakovost življenja in zahteva dolgotrajno zdravljenje. Pari, ki se soočajo z neplodnostjo, pogosto doživljajo stres, žalost, občutek krivde, razočaranje in celo obup. Neplodnost je lahko boleča izkušnja, ki povzroča socialno izolacijo. Ženska je tista, ki nosi največje breme postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Namen: Glavni namen magistrskega dela je bil pridobiti razumevanje doživljanja žensk, ki se soočajo z neplodnostjo in postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovalnem dizajnu s fenomenološkim pristopom. Podatki za analizo so bili pridobljeni s polstrukturiranimi intervjuji in analizirani s pomočjo metode tematske analize. Intervjuji so bili izvedeni v obdobju od 27. novembra 2024 do 6. januarja 2025. Vzorec intervjuvank je bil namenski, vključeval je dvajset žensk, ki so štirinajst dni od pozitivnega krvnega testa na nosečnost prišle na potrditev nosečnosti na ultrazvoku. Po izvedbi 20 intervjujev smo ugotovili, da je bila dosežena zasičenost.

Rezultati: Tematska analiza zbranih podatkov je opredelila šest glavnih tem: (1) doživljanje postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo, (2) dejavniki počutja, ki jih ženske doživljajo kot pomembne v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo, (3) komunikacija zdravstvenega osebja z žensko v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo, (4) odnos zdravstvenega osebja z žensko v postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo, (5) odprtost glede pogovorov o neplodnosti in/ali postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo ter (6) informiranje o postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Razprava: Ugotovitve raziskave kažejo, da ženske med in po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo doživljajo različna čustva, postopkom pa zaupajo kot poti do skupnega cilja – starševstva. Ključni dejavniki v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo so dobro počutje, informiranost, kakovostna komunikacija z zdravstvenim osebjem ter podpora partnerja, družine, prijateljev in delodajalca. Neplodnost je fizični in psihosocialni izziv, zato zahteva celostno obravnavo. Pomembna je tudi izmenjava

izkušenj z drugimi ženskami, zlasti v podpornih skupinah. Oskrba mora biti usmerjena v žensko in njene potrebe.

Ključne besede: neplodnost, asistirana reprodukcija, komunikacija, zdravstveno osebje

SUMMARY

Background: Infertility is a problem that affects approximately 15% of couples, causes emotional distress, affects the quality of life, and requires long-term treatment. Couples facing infertility often experience stress, sadness, guilt, disappointment, and even despair. Infertility can be a painful experience that leads to social isolation. Women bear the greatest burden of medically assisted reproduction procedures.

Aims: The main objective of the master's thesis was to get an understanding of the experiences of women facing infertility and undergoing assisted reproductive procedures.

Methods: A qualitative research design was employed, involving a phenomenological approach. We used semi-structured interviews to obtain data for thematic analysis. The interviews were conducted between November 27, 2024, and January 6, 2025. The sample of interviewees was purposive and included 20 women who came for confirmation of pregnancy by ultrasound 14 days after a positive blood test for pregnancy.

Results: Thematic analysis of the collected data yielded six main themes: (1) experience of assisted reproductive technology procedures; (2) factors affecting women's well-being that they consider important in assisted reproductive technology procedures; (3) communication between healthcare staff and women undergoing assisted reproductive technology procedures; (4) relationship between healthcare staff and women undergoing assisted reproductive technology procedures; (5) openness about discussions on infertility and/or assisted reproductive technology procedures; and (6) providing information about assisted reproductive technology procedures.

Discussion: Our study findings show that women experience a range of emotions during and after medically assisted reproduction procedures but trust the process is leading to a common goal—parenthood. Key factors in assisted reproductive procedures include well-being, availability of information, quality communication with healthcare staff, and support from partners, family, friends, and employers. Infertility is a physical and psychosocial challenge and therefore requires a comprehensive approach. Sharing experiences with other women, especially in support groups, is also important. Care must be focused on women and their needs.

Key words: infertility, assisted reproduction, communication, healthcare professionals

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 POSTOPKI OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO	2
2.1.1 Definicija postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo	2
2.1.2 Zakonska ureditev področja oploditve z biomedicinsko pomočjo v Republiki Sloveniji.....	3
2.2 DOŽIVLJANJE ŽENSK MED IN PO POSTOPKIH OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO	5
2.2.1 Psihosocialni vidiki neplodnosti v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo	6
2.2.2 Dejavniki, ki jih ženske doživljajo kot pomembne za njihovo počutje med in po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo	7
2.2.3 Vloga in pomen komunikacije zdravstvenega osebja med postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo.....	8
3 EMPIRIČNI DEL.....	10
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	10
3.2 raziskovalna vprašanja.....	10
3.3 METODE RAZISKOVANJA	11
3.3.1 Dizajn raziskave	11
3.3.2 Instrument raziskave.....	12
3.3.3 Udeleženci raziskave	13
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	15
3.3.5 Obdelava podatkov	16
3.4 REZULTATI	18
3.4.1 Doživljanje postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo	19
3.4.2 Dejavniki, pomembni za počutje med in po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo	26
3.4.3 Komunikacija zdravstvenega osebja z žensko v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo.....	32
3.4.4 Odnos zdravstvenega osebja z žensko v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo	33

3.4.5 Odrprtost glede pogovorov o neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo	36
3.4.6 Informiranje o postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo	38
3.5 RAZPRAVA.....	39
3.5.1 Omejitve raziskave	47
4 ZAKLJUČEK	48
5 LITERATURA	49
6 PRILOGE	
6.1 POJASNILO O RAZISKAVI ZA INTERVJUVANKE	
6.2 SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Značilnosti vzorca.....	14
Tabela 2: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme »Doživljanje postopkov OBMP«.....	19
Tabela 3: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode za temo »Dejavniki, pomembni za počutje med in po postopkih OBMP«.....	26
Tabela 4: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode za temo »Komunikacija zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP«.....	32
Tabela 5: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode za temo »odnos zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP«.....	34
Tabela 6: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode za temo »odprtost glede pogovorov o neplodnosti in postopkih OBMP«.....	37
Tabela 7: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode za temo »informiranje o postopku OBMP«.....	38

SEZNAM KRAJŠAV

ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embriology
IVF	In vitro fertilization (zunajtelesna oploditev)
OBMP	Oploditev z biomedicinsko pomočjo
WHO	World Health Organization (Svetovna zdravstvena organizacija)
ZTO	Zunaj telesna oploditev
ZZNPOB	Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo

1 UVOD

Za ženske in njihove partnerje so spočetje, nosečnost, porod in prehod v starševstvo zelo pomembna obdobja. Pri večini nosečnost nastopi, ko je načrtovana, vendar je resničnost takšna, da je veliko parov neprostovoljno brez otrok, kar je za večino psihološko obremenjujoče (Crespo & Bestard, 2017). Neplodnost je težava, s katero se sooča vse več posameznikov in parov. Neplodnost je eden od elementov spolnega ter reproduktivnega zdravja in pravic, vendar se ne obravnava tako pogosto kot nosečnost, rojstvo in kontracepcija. Neplodnost se dojema za globalno težavo (Assaysh-Öberg, et al., 2023), Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) pa neplodnost obravnava za bolezen civilizacije (World Health Organization (WHO), 2024). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije naj bi bilo na svetu 48,5 milijona neplodnih parov, 186 milijonov posameznikov v reproduktivnem obdobju pa se sooča z neplodnostjo (WHO, 2023). Kot navaja Jančar (2018) ima težave z zanositvijo med 5 do 15 % parov, in ker se pari zaradi socialno – ekonomskih vzrokov vse kasneje odločajo za družino, jih vse več potrebuje strokovno pomoč. Vzroke za neplodnost je mogoče iskati pri ženski in moškem, lahko samo pri enem ali samo pri drugem, lahko pri obeh, nekako 5 % primerov pa je takšnih, kjer se vzrok neplodnosti ne najde. Dejavniki, ki vplivajo na visoko stopnjo neplodnosti, se med razvitimi in ekonomsko nerazvitimi državami razlikujejo: v razvitih državah je visoka stopnja neplodnosti posledica kasnejšega načrtovanja družine, v ekonomsko nerazvitih okoljih pa gre za posledico spolno prenosljivih okužb in tudi drugih okužb, povezanih s pomanjkljivo zdravstveno oskrbo (Bregar, 2015). Kot navajajo Guštin in sodelavci (2014) so raziskovalci pri neplodnih parih ugotovili nižjo kakovost življenja na področju duševnega zdravja, vitalnosti, čustvenega vedenja ter psihološkega, okoljskega, fizičnega in socialnega funkcioniranja. O neplodnosti pri paru govorimo, ko ob rednih, nezaščitene vaginalnih spolnih odnosih do zanositve ne pride v 12 mesecih (Borghet & Wyns, 2018; Jančar, 2018).

2 TEORETIČNI DEL

Ena izmed največjih stisk v življenju človeka je neplodnost, raziskovalci namreč ugotavljajo, da je neplodnost za človeka enako stresna kot npr. neka kronična ali pa smrtno nevarna bolezen. Diagnoza kot taka lahko človeka preseneti, kajti nekako je samoumevno, da si par ustvari družino in da paru to predstavlja pomemben življenjski cilj. Par, ki se znajde v tem, se med obravnavo ter zdravljenjem sooča s številnimi izzivi, ki se pojavljajo na vseh področjih življenja (Kocjančič, 2022).

2.1 POSTOPKI OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo (v nadaljevanju: OBMP) so medicinske metode za pomoč pri zanositvi, ki vključujejo kompleksne etične, pravne in družbene vidike (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB), 2000).

2.1.1 Definicija postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo

Dejstvo, da se človeške gamete lahko oplodijo izven telesa ženske, kadar zanositve ni mogoče doseči na noben drug način, je spremenilo svet. Rodili so se milijoni otrok, ki jih sicer ne bi bilo brez razvoja zunaj telesne oploditve (v nadaljevanju: ZTO) (Niederberger & Pellicer, 2018).

Biotehnologija na področju zdravljenja neplodnosti je dosegla znaten napredek in vključuje tehnike, ki so indicirane za neplodne posameznike in pare, onkološke paciente in tiste, ki se odločijo za odložitev materinstva (Voultsos & Taniskidou, 2021). Postopki OBMP se uporabljajo tudi z namenom preprečitve genetskih nepravilnosti (Ahmed, et al., 2020). Odkar je bila ZTO uvedena kot možnost zdravljenja neplodnosti, so pari, ki nikoli ne bi bili zmožni zanositi po naravni poti, dobili priložnost, da zanosijo in imajo svoje biološke otroke (Bregar, 2015; Globevnik Velikonja, et al., 2016; Sousa-Leite & Boivin, 2025). Glede na zmanjševanje števila rodnosti po svetu in milijonov ljudi, ki se srečujejo z neplodnostjo, je uporaba postopkov OBMP pomembna rešitev (Bregar, 2015; Ismail &

Moshahid, 2025; Moutzouroulia, et al., 2025). Kot je navedeno v Zakonu o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB, 2000) so postopki OBMP postopki oploditve ženske in se s pomočjo biomedicinske znanosti izvajajo z namenom zanositve na drug način kot s spolnim odnosom. Po tem zakonu gre za:

a) Postopki oploditve v telesu:

- vnos moških spolnih celic v ženske reproduktivne organe;
- vnos jajčnih celic skupaj s semenskimi celicami v ženske reproduktivne organe;

b) Postopki oploditve zunaj telesa:

- združevanje jajčnih in semenskih celic izven ženskega telesa;
- prenos zgodnjih zarodkov v ženske reproduktivne organe.

Hkrati zakon (ZZNPOB, 2000) navaja, da se mora v postopkih zdravljenja neplodnosti in postopkih OBMP varovati človekovo dostojanstvo, njegova pravica do zasebnosti, posebno skrb pa je treba posvetiti varovanju zdravja, koristi in pravicam bodočega otroka.

S prvimi poskusi postopkov ZTO so v Sloveniji začeli v letu 1982, ko je bila na Ginekološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani ustanovljena skupina za ZTO. Prvi postopek ZTO je bil v sodelovanju z Inštitutom za mikrobiologijo Medicinske fakultete Ljubljana in Inštitutom za nuklearno medicino Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani izveden maja 1983. Prva nosečnost po ZTO se je končala s spontanim splavom, 5. oktobra 1984 pa sta se rodili prvi dvojčici, spočeti s pomočjo ZTO (Dobrovc, 2018).

2.1.2 Zakonska ureditev področja oploditve z biomedicinsko pomočjo v Republiki Sloveniji

Zakonsko ureja postopke OBMP v Republiki Sloveniji Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo, v nadaljevanju ZZNPOB, ki določa pogoje, načine in pravice, povezane z zdravljenjem neplodnosti ter uporabo biomedicinskih postopkov za pomoč pri spočetju (ZZNPOB, 2000). Zakon je bil 17. 11.

2025 spremenjen in dopolnjen (Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB-A), 2025). »Ta zakon ureja zdravstvene ukrepe, s katerimi se upravičencem pomaga pri spočetju otroka in se jim tako omogoči uresničevati svobodo odločanja o rojstvih svojih otrok (ZZNPOB-A, 2025, čl. 1)«. »Zdravljenje je tudi odvzem in shranjevanje moških in ženskih spolnih celic, pri katerem oziroma kateri po dognanjih in izkušnjah medicinske znanosti obstaja nevarnost, da bo postal neploden oziroma neplodna (ZZNPOB-A, 2025, čl. 3)«. »Upravičenci do postopkov OBMP so ženska in moški, ki živita v medsebojni zakonski zvezi ali zunajzakonski skupnosti in ki glede na izkušnje medicinske znanosti ne moreta pričakovati, da bi dosegla zanositev s spolnim odnosom in jima ni mogoče pomagati z drugimi postopki zdravljenja neplodnosti, ženska in moški, ki živita v medsebojni zakonski zvezi ali zunajzakonski skupnosti v primerih, kadar se s temi postopki lahko prepreči, da se na otroka prenese huda dedna bolezen, istospolni ženski par v medsebojni zakonski zvezi ali zunajzakonski skupnosti ter samska ženska«. Medsebojna zakonska zveza ali zunajzakonska skupnost upravičencev mora obstajati v času vnosa spolnih celic ali zgodnjih zarodkov (ZZNPOB-A, 2025, 5. čl.). »Upravičenci morajo biti polnoletni, razsodni, primerne starosti za opravljanje starševskih dolžnosti ter v takem psihosocialnem stanju, da bodo sposobni opravljati starševske dolžnosti v korist otroka. Ženska mora biti v starostni dobi, ki je primerna za rojevanje (ZZNPOB-A, 2025, 6 čl.)«. »Ženska, ki namerava otroka po rojstvu odplačno ali neodplačno prepustiti tretji osebi (nadomestno materinstvo), do postopkov OBMP ni upravičena (ZZNPOB-A, 2025, 7 čl.)«. Zakon govori tudi o darovanju spolnih celic. V postopkih OBMP se praviloma uporabljajo spolne celice ženske in moškega, ki sta v zakonski ali zunajzakonski skupnosti. Od tega pravila se lahko odstopi, kadar biomedicinska stroka ocenjuje, da z uporabo njunih lastnih spolnih celic ni mogoče doseči nosečnosti, ko so bili drugi postopki OBMP po tem zakonu neuspešni ali kadar je to nujno za preprečitev prenosa hude dedne bolezni na otroka (ZZNPOB-A, 2025). Ne glede na določbe prejšnjega odstavka je pri postopkih OBMP dopustna uporaba darovanih jajčnih celic ali darovanega semena, kadar biomedicinska stroka ocenjuje, da z uporabo spolnih celic upravičencev ni mogoče doseči nosečnosti, ko so bili drugi postopki OBMP po tem zakonu neuspešni ali kadar gre za naslednje primere: ženska in moški, ki sta v zakonski ali zunajzakonski skupnosti, kadar je z uporabo darovanih celic mogoče preprečiti prenos

hude dedne bolezni na otroka; istospolni ženski par v zakonski ali zunajzakonski skupnosti; ter samska ženska (ZZNPOB-A, 2025). Pisno privolitev v postopek je treba pridobiti za vsak nov postopek OBMP, prav tako pa je možno privolitev tudi preklicati in od postopka OBMP odstopiti, in to do trenutka, ko se semenske celice, neoplojene jajčne celice ali zgodnji zarodki ne vnesejo v telo ženske (ZZNPOB, 2000).

2.2 DOŽIVLJANJE ŽENSK MED IN PO POSTOPKIH OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

Psihološki vpliv zdravljenja in postopkov OBMP je bil obširno obravnavan v literaturi, zlasti na področju psihologije, po rojstvu prvega otroka, spočetega z zunaj telesno oploditvijo – splošno znano kot in vitro oploditev (IVF) – leta 1978 v Angliji (Delaunay, et al., 2023). Število ljudi z reproduktivnimi težavami narašča, zato poleg medicinske potrebujejo tudi psihološko podporo. Psihološki dejavniki vplivajo na neplodnost, motivacijo za starševstvo in uspeh zdravljenja. Zgodovina nosečnosti oblikuje vedenje nosečnice, zato je pri postopkih OBMP nujna celostna obravnava. Psihološka podpora zmanjšuje tveganje neuspeha, povečuje možnosti za uspešno nosečnost ter olajša prilagoditev na starševstvo (Yakupova & Zakharova, 2014). Diagnoza in zdravljenje neplodnosti sta dolgotrajna in zahtevna, kar lahko povzroči psihološko in socialno frustracijo. Par, zlasti ženska, se lahko umakne iz družbe zaradi kritike iz okolice (ki se razume kot zavestna izbira udobnega življenja) in pritiska iz neposrednega okolja, da izpolnjujeta svojo družbeno vlogo (staršev) v skladu z urnikom, ki ga narekuje družba. V takšni situaciji se ženske najpogosteje izogibajo družbenim stikom in prevzamejo občutek krivde (Wójtowicz, et al., 2025). Ženske z neplodnostjo poročajo o povečani stopnji anksioznosti in depresije, zato je jasno, da neplodnost povzroča stres. Manj jasno pa je, ali stres povzroča neplodnost. Pri neplodnosti gre pogosto za tihi boj (Rooney & Domar, 2018) in raziskovalci so ugotovili, da ženske najpogosteje opustijo zdravljenje neplodnosti zaradi psihološkega stresa, visokih stroškov in spontane zanositve (Domar, et al., 2018; Whynott, et al., 2023). Ženske poročajo o pozitivni izkušnji zdravljenja neplodnosti in v ameriški raziskavi je bilo takšnega mnenja kar 63 % žensk, pri čemer so bili ključni dejavniki nosečnost, odnos z zdravnikom, dobra komunikacija in jasna pojasnila o možnostih zdravljenja (Shandley, et al., 2020). Psihološka podpora pred, med

in po zdravljenju s postopki OBMP je ključna za obvladovanje žalovanja ob neplodnosti, nosečnosti in izgubi otroka (de Castro, et al., 2021).

2.2.1 Psihosocialni vidiki neplodnosti v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo

Neplodnost je pogosta (Grønlund, et al., 2025) in predstavlja vodilni problem reproduktivnega zdravja z globokimi psihosocialnimi posledicami, ki ogrožajo kakovost življenja (Başgöl, 2021; Burgio, et al., 2022; Jo, et al., 2024; Wojciechowska & Milska-Musa, 2024; Bernet, et al., 2025; Wójtowicz, et al., 2025). Vse več žensk zanosi s pomočjo postopkov OBMP, kar vpliva na njihovo duševno zdravje (Grønlund, et al., 2025). Raziskave kažejo, da imajo pari z reproduktivnimi težavami nižjo kakovost življenja kot tisti brez težav s plodnostjo (Wójtowicz, et al., 2025). Psihosocialni vidiki neplodnosti so pogosto spregledani, čeprav zdravljenje predstavlja fizični in čustveni stres za oba partnerja (Globevnik Velikonja, et al., 2016) in je povezan s stigmatom, depresijo, anksioznostjo, socialno izoliranostjo in težavami v partnerskem odnosu (Globevnik Velikonja, 2023; Mohamed, et al., 2024). Obdobje neplodnosti je pogosto ena najtežjih življenjskih izkušenj, ki celostno obremenjuje posameznika (Yakupova, et al., 2015; Taghipour, 2017; Andrei, et al., 2021; Sahraian, et al., 2024; Moutzouroulia, et al., 2025). Kulturni kontekst močno vpliva na psihološke in socialne obremenitve ob neplodnosti (Bregar, 2015). Ženske se soočajo z družbenimi izzivi, saj jih zaradi reproduktivne vloge pogosto obravnavajo kot šibkejši spol (Prosen, 2014). Guštin in sodelavci (2014) poudarjajo, da neplodnost močno vpliva na samopodobo in samospoštovanje, zlasti pri tistih, ki si močno želijo biološkega starševstva. Čeprav je vzrok pogosto pri enem partnerju, je neplodnost skupen izziv. Materinstvo se dojema kot samoumevno in sinonim ženskosti, zato se neplodnost pogosto obravnava kot ženska krivda. Mnoge ženske opustijo službo in se popolnoma posvetijo zdravljenju s postopki OBMP. Kljub skrbi ostajajo predane in polne upanja (Yu, et al., 2021). Taghipour in sodelavci (2017) poudarjajo, da ženske kljub enaki izpostavljenosti neplodnosti nosijo glavno breme zdravljenja, kar vpliva na njihovo celostno počutje. Pri teh ženskah prevladujeta tesnoba in depresija (Rooney & Domar, 2018; Fallahzadeh, 2019; Aimagambetova, et al., 2020; Ceran, et al., 2020; Shin, 2021; Jing, 2022; Assaysh-Öberg, et al., 2023; Wojciechowska & Milska-Musa, 2024; Ismail & Moshahid, 2025; Mael-

Ainin, et al., 2025). Pari med zdravljenjem neplodnosti potrebujejo svetovanje in podporo (Aimagambetova, et al., 2020), saj je znano, da lahko psihološke intervencije pri parih z neplodnostjo zmanjšajo simptome tesnobe in depresije ter znatno povečajo možnost zanositve (Vikström, et al., 2015; Rooney & Domar, 2018; Başgöl, 2021; Simionescu, et al., 2021). LoGiudice in Massaro (2018) za zmanjšanje depresije, anksioznosti, stresa ter za povečanje možnosti za uspešnost zdravljenja neplodnosti priporočata komplementarno terapijo.

Neplodnost pogosto povzroča stres, anksioznost in depresijo ter negativno vpliva na kakovost življenja, odnose in spolnost (Courbiere, et al., 2020). Negativna čustva med OBMP zmanjšujejo kakovost življenja žensk in povečujejo tveganje za duševne motnje. Ključna je podpora bližnjih, dostop do strokovne pomoči ter ustrezna psihoedukacija, ki krepi razumevanje, znanje in občutek nadzora (Wojciechowska & Milska-Musa, 2024). Svetovanje ženskam, ki so v postopkih OBMP, je še posebej pomembno, kadar postopki niso uspešni (Goisis, et al., 2023). Martínez-Borba in sodelavci (2025) ugotavljajo, da ženske v postopkih OBMP redko prejemajo psihološko pomoč, saj psihologi težko izberejo ustrezno intervencijo.

2.2.2 Dejavniki, ki jih ženske doživljajo kot pomembne za njihovo počutje med in po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo

Celostna oskrba, ki vključuje medicinske, psihološke in socialne vidike, učinkovito blaži stres ob zdravljenju neplodnosti (Whynott, et al., 2023). Psihološko počutje neplodnih parov je vse bolj aktualna tema, zato je pomembno zmanjševati razlike med spoloma (Burgio, et al., 2022). Yu in sodelavci (2021) opisujejo OBMP kot »tehnologijo upanja«, kjer ženske kljub vzajemni neplodnosti nosijo glavno breme bolečine, sramu in tveganj. Zdravljenje spremljajo čustveni vzponi, padci in negotovosti, vsak neuspeh pa lahko ogrozi celoten cikel. Postopki OBMP so za pacientke čustveno zahtevni, pogosto povzročajo stres, tesnobo in depresijo, ki jih dodatno poglobljajo dolgotrajna neplodnost, negotov izid, finančno breme, fizične obremenitve in strah pred neuspehom (Mohamed, et al., 2024).

Na obravnavo v postopkih OBMP negativno vplivajo finančne obremenitve, slaba komunikacija, samoaplikacija zdravil ter zapletenost postopkov. Pozitivno na obravnavo vplivajo dober odnos z izvajalcem postopkov OBMP, skupno odločanje, socialna podpora in alternativne terapije. Armah in sodelavci (2021) prav tako poudarjajo, da je potreben celosten, na žensko osredotočen pristop, katerega namen je izboljšanje kakovosti življenja ter zmanjšanje težav neplodne populacije. Nepričakovani izidi zdravljenja in nenehna negotovost so pomembni psihološki stresorji, ki vplivajo na duševno zdravje in počutje žensk, ki so v postopkih zdravljenja neplodnosti (Rothwell, et al., 2020). Obdobje, ko se čaka na rezultate postopkov zdravljenja, je ključno za poslabšanje psihološkega stanja para (Agostini, et al., 2017).

Kljub visoki splošni stopnji zadovoljstva z zdravstveno oskrbo je breme neplodnosti in postopkov OBMP na kakovost življenja veliko, zlasti vpliva na spolnost in poklicno delovanje parov. Delodajalce je treba spodbujati k razumevanju situacije (Courbiere, 2020).

2.2.3 Vloga in pomen komunikacije zdravstvenega osebja med postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo

Skladno z navodili Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo ESHRE in sodelavcev (2016) morajo ustanove, ki se ukvarjajo z neplodnostjo, zagotavljati psihosocialno in čustveno podporo ženskam. Uporaba psiholoških intervencij lahko pomaga ženskam soočiti se z izzivi, ki jih s seboj prinaša zdravljenje neplodnosti (Sax & Lawson, 2022; Moutzouroulia, et al., 2025). ESHRE (2025) je na osnovi tega, da imajo pari jasne preference glede psihosocialne oskrbe, ki so je deležni v zdravstvenih ustanovah, pripravila priporočila za zdravstvene delavce ter za zdravstvene ustanove, ki se ukvarjajo z neplodnostjo. Glede na to, da komunikacijske sposobnosti, spoštovanje, kompetentnost, vključevanje ter informiranost vplivajo na dobro počutje parov v postopkih OBMP, mora zdravstveno osebje s pacienti vzpostaviti primeren odnos, pokazati razumevanje, posvečati pozornost čustvenemu vplivu neplodnosti, vključiti pare v odločanje, posvečati pozornost posebnim potrebam vsakega para ter biti občutljivo in zaupanja vredno. Prav tako morajo zdravstvene ustanove zagotavljati potrebne

informacije, kompetentnost tako ustanove kot osebja ter kontinuiteto zdravstvene obravnave, kar vse vpliva na dobro počutje parov v postopkih OBMP. Treba je zagotoviti pisne informacije, pomembne za zdravljenje, prizadevati si za čim krajše čakalne dobe, vzeti so dovolj časa za obravnavo parov, poskrbeti za kontinuiteto oskrbe, ponuditi možnosti za stik z drugimi pari, ponuditi možnost prejemanja specializirane psihosocialne oskrbe pred, med in po zdravljenju, poskrbeti, da je postopek sprejema zaupen in preprost, zagotoviti možnost spremstva ter zagotoviti prostor, namenjen pridobivanju vzorcev sperme.

Medicinske sestre imajo pomembne odgovornosti v postopkih OBMP, ki vključujejo ocenjevanje, organizacijo, izvajanje, vodenje in poučevanje. So ključne izvajalke zdravstvenih storitev, ki sodelujejo s pari skozi celoten postopek OBMP, organizirajo faze terapije in zagotavljajo, da pari upoštevajo terapevtski režim. Medicinske sestre nudijo svetovanje in zdravstveno vzgojno delujejo, da pomagajo parom zmanjšati stres in povečati zadovoljstvo skozi celoten cikel zdravljenja (Mohamed, et al., 2024).

3 EMPIRIČNI DEL

Pari imajo na voljo postopke OBMP. Kljub uspešnosti postopka OBMP pa se partnerja soočata tudi z drugimi težavami, ki se pojavijo poleg biomedicinskega problema – npr. s področjem čustvovanja ženske, ki se sooča z neplodnostjo, z njenim doživljanjem postopkov, s časom med in po postopkih OBMP. Čeprav so raziskave vse bolj usmerjene v to področje, je pojav treba obravnavati v posameznih okoljih in to smo želeli z našo raziskavo tudi predstaviti.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil predstaviti doživljanje žensk, ki se soočajo z neplodnostjo in postopki OBMP. Čeprav se v Sloveniji veliko parov sooča z neplodnostjo, je to področje še vedno tabu tema, parom pa predstavlja veliko breme. Zastavili smo si naslednje cilje:

- proučiti doživljanje žensk med in po postopkih OBMP;
- proučiti dejavnike, ki jih ženske doživljajo kot pomembne za njihovo počutje med in po postopkih OBMP;
- proučiti pomen ustrezne obravnave psihosocialnih vidikov neplodnosti žensk;
- opredeliti pomen komunikacije zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako ženske doživljajo postopke OBMP?
2. Katere dejavnike ženske doživljajo kot pomembne za njihovo počutje med in po postopkih OBMP?
3. Kakšen pomen ima upoštevanje psihosocialnih vidikov neplodnosti v postopkih OBMP?
4. Kakšna sta vloga in pomen komunikacije zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP?

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Glede na zastavljeni namen in cilje raziskave smo se odločili za kvalitativni dizajn raziskave, in sicer za metodo interpretativne fenomenologije.

3.3.1 Dizajn raziskave

V okviru priprav na raziskavo smo v obdobju od julija do decembra 2023 izvedli pregled literature iz različnih podatkovnih baz: CINAHL, PubMed, Springerlink, COBISS, Digitalna knjižnica Univerze v Ljubljani, Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru, Science Direct, spletne strani SAGE Publications ter Obzornika zdravstvene nege. Kot ključne besede za iskanje strokovne in znanstvene literature smo izbrali naslednje besede in besedne zveze: neplodnost, oploditev, postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo, terapijska komunikacija, infertility, fertilization procedure, biomedical support, in vitro fertilization, therapeutic communication. Z namenom zoženja števila zadetkov smo uporabili vključitvene kriterije recenzirani izvorni in pregledni znanstveni članki, prispevki v zbornikih strokovnih srečanj z recenzijo, dostopnost celotnega besedila, slovenski in angleški jezik, aktualna tematika (članki, ki obravnavajo področje OBMP) ter starost literature do 10 let (z izjemo pomembne strokovne in znanstvene literature raziskovanega področja).

Izključitveni kriteriji pri iskanju literature so bili neustreznost članka glede na področje raziskovanja, članki v tujem jeziku, ki ni angleški jezik ter ponavljajoči se članki.

Naša raziskava je usmerjena v razumevanje doživljanja žensk, ki so zaradi težav z neplodnostjo vključene v postopke OBMP. Izkušnje udeležencev predstavljajo temelj kvalitativne raziskave, zato je ključnega pomena, da so prikazane z vidika oseb, ki so jih dejansko doživljale. Vključevanje njihovih citatov, pripovedi in komentarjev obogati poročilo ter omogoči globlje razumevanje same izkušnje in konteksta, v katerem se oblikuje. Omogočiti posameznikom, da spregovorijo o svoji izkušnji, ima tudi intrinzično vrednost – občutek, da si slišan, je lahko za mnoge ljudi izjemno osvobajajoč (Streubert, 2011). Podatke za analizo smo pridobili s pomočjo polstrukturiranih intervjujev s

pacientkami v postopku OBMP. Streubert (2011) navaja, da je polstrukturiran intervju fleksibilen in čeprav ima raziskovalec pripravljena vodilna vprašanja, intervjuvanec pri tem pove svojo zgodbo in namen fenomenologije je prav raziskovanje življenjskih izkušenj posameznikov. Fenomenologija raziskovalcem zagotavlja okvir za odkrivanje, kako je živeti neko izkušnjo. Ferreira Rodrigues Galinha de Sá s sodelavci (2019) pravi, da fenomenologija v zdravstveni negi kot znanosti omogoča raziskovanje notranjega sveta človeških izkušenj. V naši raziskavi nam je interpretativna fenomenologija raziskovanja omogočila vpogled v doživljanje žensk, saj, kot navajata Polit in Tatano Beck (2010), fenomenologija predstavlja navadne, zavestne izkušnje vsakdanjega življenja ljudi – to, kar ljudje slišijo, vidijo, občutijo, se spominjajo, se odločajo, vrednotijo ali v kar verujejo.

3.3.2 Instrument raziskave

Za namen izvedbe polstrukturiranih intervjujev smo kot vodilo oziroma predlogo za intervju pripravili okvirni nabor tem oziroma vodilna vprašanja, saj, kot navaja Streubert (2011), raziskovalec pri tej vrsti intervjuja uporablja enega ali več vodilnih vprašanj, Banjac (2020) pa navaja, da so vprašanja v polstrukturiranem intervjuju običajno v obliki vodnika, a pogosto okvirna in raziskovalcu pomagajo orientirati se pri sami izvedbi intervjuja. Vprašanja smo oblikovali na podlagi teoretičnih izhodišč in predhodnih raziskav (Guštin, et al., 2014; Bregar, 2015; Rooney & Domar, 2018; Shandley, et al., 2020; de Castro, et al., 2021; Aimagambetova, et al., 2020; Globevnik Velikonja, et al., 2023; Mohamed, et al., 2024; Whynott, et al., 2023; Wojciechowska & Milska-Musa, 2024; Wójtowicz, et al., 2025).

Pred začetkom polstrukturiranega intervjuja smo zbrali nekaj demografskih podatkov: starost (v letih), zaposlitveni status (zaposlena, nezaposlena, drugo), vrsta dela oz. poklic, ki ga ženska opravlja, veroizpoved, število postopkov OBMP ter število otrok. V nadaljevanju smo intervjuvanke najprej povprašali o začetku zdravljenja neplodnosti s pomočjo postopkov OBMP, zanimalo nas je tudi število postopkov pred izvedbo našega intervjuja. Naprej nas je zanimalo njihovo doživljanje postopkov OBMP ter spopadanje z obravnavo neplodnosti. Sledilo je vprašanje o počutju v njihovem socialnem okolju.

Naprej nas je zanimala podpora s strani partnerja ter psihološka podpora s strani zdravstvenih delavcev. Naslednje vprašanje je bilo na temo seznanjenosti s postopki OBMP s strani zdravstvenih delavcev, zadnje pa je bilo vprašanje o možnosti odločanja v postopku OBMP. Med intervjujem smo vrstni red vprašanj tudi zamenjali in dopolnili, če je tema intervjuja šla v drugo smer ter dodajali specifična podvprašanja. Pacientke so imele dovolj časa za razmislek, s čimer smo lahko pridobili bolj izčrpne in poglobljene odgovore.

Vodilna vprašanja za intervju so bila:

- Kdaj ste se prvič soočili s postopkom OBMP?
- Koliko postopkov OBMP ste imeli do zdaj?
- Kako opisujete svoje doživljanje postopkov OBMP?
- Kako se spodate z obravnavo neplodnosti?
- Kako bi opisali počutje v svojem socialnem okolju (obsojanja s strani vaših bližnjih, vaše okolice, zaradi vključenosti v postopke OBMP)?
- Kako bi opisali podporo, ki jo dojemate s strani svojega partnerja?
- Kako bi opisali psihološko podporo s strani zdravstvenih delavcev?
- Kako ocenjujete seznanjenost glede postopkov OBMP s strani zdravstvenih delavcev?
- Koliko ste imeli možnost odločati o svojem zdravljenju med postopkom OBMP?

3.3.3 Udeleženci raziskave

Izvedli smo namensko strategijo vzorčenja in v našo raziskavo vključili pacientke, vključene v postopke OBMP, na Ginekološki kliniki v Ljubljani na Kliničnem oddelku za reprodukcijo, in sicer tiste, ki 14 dni od pozitivnega krvnega testa na nosečnost pridejo na potrditveni ultrazvok. Merilo izbora pacientk za intervju je bil torej pozitiven krvni test na nosečnost ter obisk naše ustanove z namenom potrditve nosečnosti na ultrazvoku.

Značilnosti vzorca so predstavljene v tabeli 1.

Za intervjuje smo zaprosili 32 pacientk, od tega jih je 12 sodelovanje odklonilo. Z 20 pacientkami, ki so se odločile za sodelovanje v raziskavi, smo intervjuje opravili v obdobju od 27. novembra 2024 do 6. januarja 2025. Povprečna starost intervjuvanih pacientk je bila 35,8 let, 11 med njimi jih je rimokatoliške veroizpovedi, 8 jih je ateistk, 1 anketirana se ni opredelila. Zaposlenih je 19 intervjuvank, 1 je nezaposlena. Dela, ki jih anketiranke opravljajo, oziroma njihovi poklici so zelo različni. Med njimi jih 5 že ima otroke, 15 pa jih otrok še nima. Glede števila postopkov jih je bilo 8 prvič v postopku, 6 drugič, 2 tretjič in 4 četrtič. Povprečna starost intervjuvank je bila 35,8 leta. V celoti so intervjuji trajali 8 ur in 58 minut, najkrajši je trajal 18 minut, najdaljši pa 40 minut.

Vzorčenje smo zaključili po 20 intervjujih, ko smo po našem mnenju pridobili zadostno količino podatkov, da smo dosegli zasičenost podatkov in z nadaljnjimi intervjuji ne bi dobili bistveno drugačnih rezultatov.

Tabela 1: Značilnosti vzorca

Ženske	Starost (leta)	Zaposlitev	Poklic	Veroizpoved	Otroci	Št. postopka	Trajanje intervjuja
Ž1	36	da	projektni vodja	rimokatoliška	ne	2	20 minut
Ž2	34	da	organizacija dogodkov	ateist	ne	1	18 minut
Ž3	34	da	zdravnica	rimokatoliška	da	2	35 minut
Ž4	38	da	pisarniško delo	ateist	ne	1	22 minut
Ž5	38	da	odvetnica	rimokatoliška	ne	2	40 minut
Ž6	34	da	delo v farmaciji	rimokatoliška	ne	1	36 minut
Ž7	28	da	administrativno delo	rimokatoliška	ne	1	20 minut
Ž8	37	da	delo v knjigarni	rimokatoliška	da	3	28 minut
Ž9	33	da	laboratorij v zdravstvenem domu	rimokatoliška	da	2	30 minut
Ž10	40	da	kemijska tehnica	rimokatoliška	ne	4	31 minut
Ž11	29	da	razvojni inženir	ateist	ne	2	27 minut
Ž12	31	ne	digitalni marketing	ateist	da	1	18 minut
Ž13	39	da	učiteljica	neopredeljena	ne	4	33 minut
Ž14	32	da	delo na banki	rimokatoliška	ne	1	25 minut
Ž15	40	da	delo v farmaciji	rimokatoliška	da	4	31 minut

Ženske	Starost (leta)	Zaposlitev	Poklic	Veroizpoved	Otroci	Št. postopka	Trajanje intervjuja
Ž16	38	da	komisioniran je	rimokatoliška	ne	4	29 minut
Ž17	42	da	občinska uprava	ateist	ne	3	26 minut
Ž18	37	ne	nezaposlena	ateist	ne	1	18 minut
Ž19	37	da	tehnolog	ateist	ne	1	25 minut
Ž20	39	da	pravnica	ateist	ne	2	38 minut

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Po odobritvi dispozicije s strani Komisije za magistrska dela Fakultete za zdravstvo Angele Boškin Jesenice smo pridobili soglasje za raziskavo Strokovnega kolegija zdravstvene in babiške nege Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, nato pa še Komisije za medicinsko etiko Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani (9. 10. 2024). Pri izvajanju raziskave smo se zavezali k spoštovanju načel Helsinške deklaracije o biomedicinskih raziskavah na človeku, načel Kodeksa medicinske deontologije Slovenije in Kodeksa etike v zdravstveni negi Slovenije.

Pacientke smo za intervjuje pridobili med obravnavo v Sprejemni ambulanti za IVF, na Kliničnem oddelku za reprodukcijo Ginekološke klinike v Ljubljani. Za sodelovanje so prejele ustno povabilo na dan potrditvenega ultrazvoka, ki se opravi 14 dni po pozitivnem krvnem testu za nosečnost. Pred začetkom intervjuja je vsaka pacientka prejela v podpis obrazec *OB 6531 Izjava o posredovanju podatkov o postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo*, ki ga tudi sicer uporabljamo pri vsakdanjem delu v ambulanti. Prav tako je bila vsaka pacientka naprošena za pisno soglasje za sodelovanje v raziskavi, s čimer smo jih tudi seznanili s celotnim potekom raziskave, s snemanjem intervjuja ter z načinom zagotavljanja zaupnosti informacij ter anonimnosti pri razlagi ugotovitev raziskave. Privolitve so shranjene v arhivu raziskovalnega gradiva raziskovalke. Podatke smo pridobili v neposrednem pogovoru s pacientkami. Intervjuje smo izvajali v prostorih Sprejemne ambulante za IVF na Ginekološki kliniki v Ljubljani, na Kliničnem oddelku za reprodukcijo v času obiska v sprejemni ambulanti za IVF. Intervjuje je v celoti opravila raziskovalka sama. Zasebnost udeleženk raziskave ter zaupnost odgovorov je bila zagotovljena ves čas raziskave. V času intervjuja je bila v prostoru s pacientko samo raziskovalka. Intervjuje smo snemali s snemalnikom zvoka. Z namenom varovanja

anonimnosti smo imena sodelujočih v raziskavi označili z zaporednimi številkami (Ž1, Ž2, ..., Ž20). Posnetki intervjujev, shranjeni na zunanjem trdem disku, zaščitenem z vstopnim geslom, ter tiskani zapisi intervjujev so shranjeni v zaklenjeni ognjevarni omari, do katere ima dostop le raziskovalka. Zbrane zvočne podatke smo prepisali v tekstovno besedilo (transkript), pri čemer smo zagotavljali dosleden in dobeseden prepis zvočne vsebine izraženega mnenja intervjuvank.

3.3.5 Obdelava podatkov

Empirične podatke, zbrane s pomočjo 20 polstrukturiranih intervjujev s pacientkami v postopkih OBMP, smo interpretirali s pomočjo večfaznega pristopa kvalitativne tematske analize vsebine (Braun & Clarke, 2006). Faze v analizi so bile:

- seznanjanje s podatki,
- generiranje kod,
- konstruiranje tem,
- pregled potencialnih tem,
- definiranje in poimenovanje tem in
- priprava poročila.

Pri analizi ni šlo za linearen proces, temveč smo se nenehno vračali naprej in nazaj med pridobljenimi podatki, med kodiranimi izvlečki in analizo podatkov, ki smo jo tvorili. Pri analizi podatkov smo prehajali skozi več faz:

1. faza - seznanjanje s podatki: Zvočne posnetke intervjujev smo najprej poslušali, nato smo v program Microsoft Word vsak intervju kar najbolj verodostojno prepisali. Sledilo je ponovno branje zapisov vseh intervjujev, da bi se kar najbolje seznanili z vsebino povedanega oz. zapisanega.

2. faza - generiranje kod: Po branju in seznanjanju s podatki smo si ustvarili neko osnovno idejo o podatkih, sledila je priprava kod. Na podlagi odgovorov intervjujev ter večfaznega postopka kvalitativne analize smo definirali 100 kod. Pri pripravi kod smo si pomagali z zapisom kode na stranski rob lista, pri čemer smo uporabili funkcijo »komentarji« v

programu Microsoft Word. Prav tako smo z barvami sproti označevali področje besedila, določeno posamezni kodi. Z uporabo induktivnega pristopa z odprtim kodiranjem smo skušali zajeti pomen sporočila intervjuvank. Na ta način kod nismo imeli pripravljenih vnaprej, ampak smo jih razvijali sproti in spreminjali med procesom kodiranja oz. analize. Kode smo pripravili na osnovi vseh podatkov, zbranih z intervjuji. Pri tem smo se v zapisanem besedilu vračali in nekatere kode spremenili, jih ponovno kodirali z bolj ustrezno kodo.

3. faza - konstruiranje tem: Ko smo vse pridobljene podatke kodirali, smo začeli z razporejanjem kod oz. kombiniranjem kod in iskanjem skupnih pomenov oz. povezav. Na ta način smo tvorili podteme in teme (Braun & Clarke, 2006).

4. faza - pregled potencialnih tem: Kot navajata Braun in Clark (2006) ta faza vključuje dve stopnji pregledovanja in izpopolnjevanja tem. Na 1. stopnji smo tako pregledali podatke na ravni kodiranih izvlečkov podatkov vsake teme in ko se nam je zdelo, da tvorijo koherenten vzorec, smo nadaljevali z 2. stopnjo te faze. Na tej stopnji smo upoštevali veljavnost posameznih tem v zvezi z nizom podatkov. V tej fazi smo ponovno prebrali celoten niz podatkov, in sicer da bi ugotovili, ali teme delujejo v povezavi z nizom podatkov, ter da bi kodirali vse dodatne podatke znotraj tem, ki so bili spregledani v prejšnjih fazah kodiranja. Kot navajata avtorja, je potreba po ponovnem kodiranju iz niza podatkov pričakovana, saj je kodiranje neprekinjen organski proces (Braun & Clarke, 2006).

5. faza - definiranje in poimenovanje tem: Braun in Clarke (2006) navajata, da je treba v tej fazi za vsako posamezno temo opraviti in napisati podrobno analizo. Poleg tega, da se opredeli »zgodba«, ki jo pripoveduje vsaka tema, je pomembno upoštevati, kako se ta tema vklaplja v širšo »zgodbo«, ki jo raziskovalec pripoveduje o svojih podatkih, v povezavi s svojim raziskovalnim vprašanjem ali vprašanji, da se prepreči preveliko prekrivanje med temami. V ta namen smo v tej fazi upoštevali same teme in vsako temo v povezavi z drugimi. V okviru izpopolnitve smo ugotavljali, ali tema vsebuje podteme, pri čemer so bile podteme v resnici teme znotraj teme. Iz celotne zbirke podatkovnih

nizov, ki dajejo informacije o posamezni temi, smo skušali prikazati raznolikost podatkovnih nizov.

6. faza - priprava poročila: Zbrane podatke smo v zadnji, 6. fazi, analizirali s pomočjo sinteze podtem, s čimer smo želeli zagotoviti celovit opis podatkov. Sem tako sodijo razlaga ugotovitev, priprava zaključkov ter priporočil, osnovanih na podlagi raziskovalnih vprašanj.

V procesu kvalitativne analize smo raziskovalno triangulacijo dosegli s preverjanjem kodiranja in interpretacije podatkov v sodelovanju z mentorico ter somentorjem. S tem smo dosegli večjo verodostojnost razumevanja pojava.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju sledi prikaz rezultatov raziskave, ki smo jih dobili s pomočjo tematske analize vsebine 20 polstrukturiranih intervjujev s pacientkami, ki so v postopku OBMP. Analiza dobljenih podatkov je opredelila 6 glavnih tem oz. vsebinskih celot:

- doživljanje postopkov OBMP,
- dejavniki počutja, ki jih ženske doživljajo kot pomembne v postopkih OBMP,
- komunikacija zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP,
- odnos zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP,
- odprtost glede pogovorov o neplodnosti in/ali postopkih OBMP ter
- informiranje o postopku OBMP.

Vsaka tema je v nadaljevanju razdeljena na kategorije, podkategorije in kode, ki omogočajo poglobljen vpogled v doživljanje žensk v postopkih OBMP. V nadaljevanju so v tabelah na shematični način prikazani rezultati analize intervjujev.

3.4.1 Doživljanje postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo

Tema se osredotoča na doživljanje žensk, ki se soočajo z neplodnostjo in s postopki OBMP. V okviru teme *Doživljanje postopkov OBMP* smo identificirali štiri kategorije (tabela 2):

- doživljanje prvega postopka;
- doživljanje nadaljnjih postopkov;
- doživljanje neuspešnih poskusov zanositve ter
- doživljanje postopka OBMP na splošno.

Tabela 2: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme »Doživljanje postopkov OBMP«

Kategorija	Podkategorija	Koda
Doživljanje prvega postopka	Pozitivni občutki	Optimizem/pozitivna naravnost
		Rešitev težave
		Zaupanje v postopek
		Sproščenost
	Negativni občutki	Strah pred neznanim
		Tesnoba
Stres zaradi zdravstvenih težav	Dodatne zdravstvene težave	
Doživljanje nadaljnjih postopkov	Obrambni mehanizem	Nižja pričakovanja
		Odločitev, da gre za zadnji poskus
		Vdanost v usodo
	Pozitivni občutki	Optimizem/pozitivna naravnost
		Večja sproščenost
		Vztrajnost
	Negativni občutki	Potrnost zaradi dolgega čakanja na drug postopek/prenos
		Strah pred neuspehom
	Doživljanje neuspešnih poskusov zanositve	Negativni občutki
Nemoč		
Občutek krivde		
Razočaranje		
Tesnoba		
Stopnjevanje negativnih občutkov		
Strategije soočanja		Zapiranje vase
		Skrivanje občutij pred okolico
Doživljanje notranje stiske		Spraševanje "Zakaj ravno jaz?"
		Dvom o izpolnitvi želje materinske vloge
		Spraševanje o smiselnosti postopkov

Kategorija	Podkategorija	Koda
Doživljanje postopka OBMP na splošno	Vpliv na fizično počutje	Neprijetnost injekcij
		Neprijetnost punkcij
		Občutek napihnjenosti
		Dobro prenašanje hormonske terapije
	Vpliv na emocionalno počutje	Prepletanje upanja in razočaranj
		Zadržano veselje ob nosečnosti
	Obremenitev	Življenje, osredinjeno okrog postopov
		Stres
		Kognitivna obremenjenost
		Večja obremenitev za ženske
	Sprejemanje nosečnosti pri drugih	Težave s sprejemanjem nosečnosti drugih

Pri skoraj vseh intervjuvankah je pri doživljanju prvega postopka OBMP zaznati prisotnost prijetnih občutkov. Vse so se pred tem postopkom soočile s težavami na področju plodnosti, saj jim bodisi ni uspelo zanositi po naravni poti, ali so že izkusile predhodno prekinitve nosečnosti. Tako možnost OBMP predstavlja možnost rešitve njihove težave, saj so se zavedale, da je možnost zanositve po naravni poti malo verjetna. Dojemanje postopa OBMP kot rešitve njihove težave in s tem povezanih pozitivnih občutkov je eksplicitno izpostavilo nekaj intervjuvank: *»Moje doživljanje lahko na začetku postopkov opišem kot navdušenje nad reševanjem problema.«* (Ž 12) Ključni občutek, ki se povezuje s prvim postopkom OBMP tako predstavlja pozitivna naravnost oz. upanje na uresničitev želje po otroku: *»Ko sva po dveh letih dobila odločitev konzilija, sva bila zelo optimistična, v smislu - sedaj pa bo.«* (Ž 1) Občutek optimizma dodatno podkrepijo spodbudne besede s strani zdravstvenega osebja med pregledom in/ali uspešnost punkcije in razvoja zarodkov. Nekaj intervjuvank je poudarilo občutenje zaupanja tako v sam postopek kot tudi odločitve oz. usmeritve zdravnikov: *»Decembra 2017 se je zgodil spet zgodnji spontani splav, potem pa sem prišla na vrsto za vključitev v postopek. Takrat mi je zdravnica dala diagnozo neopredeljena neplodnost in mi rekla, da bom šla v postopek z zdravili in bomo to zrihtali. Nekako sem dobila upanje, da bo to ena, dva tri in bom zanosila. Ta misel me je tolažila.«* (Ž 8) Nekaj jih je omenilo tudi občutek sproščenosti, ki je izviral iz zaupanja v postopek in zdravstveno osebje na eni strani ter optimističnega pogleda na postopek, ki bo rešil njihovo težavo, na drugi: *»Jaz sem sam začetek postopka res komaj čakala in me ni bilo ničesar strah, nisem bila toliko pod stresom ali karkol.«* (Ž 14)

Kljub doživljanju pozitivnih občutkov pa je skoraj polovica intervjuvank izpostavila tudi doživljanje negativnih občutkov. Večina med njimi je omenila doživljanje strahu pred neznanim, saj so se v postopek podale prvič, s samim potekom pa niso bile natančno seznanjene: *»Seveda je bila prisotna določena mera skrbi, kako bo vse skupaj potekalo, predvsem v prvem postopku, ko je še vse novo in ne veš točno, kaj te čaka.«* (Ž 5) Pri nekaterih pa je strah izviral tudi iz strahu pred bolečino med postopkom (npr. injekcije, bolečine ob punkciji): *»Prvi postopek je bil najtežji. Strah pred nepoznavanjem postopka, strah pred bolečino.«* (Ž 16) Pri eni intervjuvanki je strah prerasel v tesnobo, ki je bila posledica strahu pred potencialnimi stranskimi učinki hormonskih injekcij, konkretno pojava strdka. Nekaj intervjuvank je v sklopu pogovora o občutkih in doživljanju prvega poskusa OBMP omenilo tudi stres zaradi dodatnih zdravstvenih zapletov, ki so se jim v tem času dogodili: *»Pravi šok pa je sledil po punkciji, ko sem pričakovala olajšanje, ki ga kar ni bilo oz. se je nelagodje stopnjevalo – dobila sem blago hiperstimulacijo.«* (Ž 15) Zdravstveni zapleti so zaznani kot zelo neprijetni, saj pogosto povzročijo tudi zamike v poteku postopka: *»Če se osredotočim samo na IVF postopek – pa sem se na začetku počutila zelo slabo, saj sem po punkciji in blagi hiperstimulaciji zbolela še za mononukleozo, zato sem potrebovala skoraj 2 meseca, da sem prišla k sebi.«* (Ž 12)

Samo štiri intervjuvanke so zanosile in donosile otroka po prvem poskusu OBMP, vse druge so morale postopek ponoviti vsaj dvakrat. Na osnovi pogovorov z intervjuvankami smo ugotovili, da se doživljanje nadaljnjih postopkov razlikuje od prvega poskusa. Polovica je kljub vsaj enemu neuspešnemu poskusu nadaljnje postopke doživljala pozitivno. Nekaj jih je izpostavilo pozivno naravnost. Vir optimizma je lahko predstavljal postopek sam, saj so ga še vedno dojemale kot rešitev njihove težave: *»In vsakič znova upaš, da dobiš pozitivno mnenje in nekje globoko v sebi sem pričakovala, da upanje je in da tokrat bo uspelo.«* (Ž 18) Lahko pa je optimizem izviral iz percepcije dobrega zdravstvenega izhodišča (npr. uspešnost punkcije, dobra kakovost zarodkov): *»Kljub razočaranju sem se tolažila z dejstvom, da je šlo šele za prvi prenos in da na svojo priložnost čaka še preostalih 9 zarodkov.«* (Ž 20). Nekatere so omenile, da so bile pri nadaljnjih postopkih bolj sproščene, saj so bile s samim potekom že seznanjene in posledično bolj suverene: *»Ko sem šla v ponovni postopek, sem šla nekako »lažje«, nisem se toliko obremenjevala s tem. Rekla sem si, da je dosti tega, kar bo pa bo.«* (Ž 18) Ena

pa je izpostavila pomembnost pozitivne izkušnje v prvem postopku. Kljub neuspešnemu poskusu je bila izkušnja kot taka pozitivna, k čemu je pomembno prispeval odnos zdravstvenega osebja: *»Kar se tiče drugega postopka se mi zdi, da je vse skupaj potekalo v še bolj sproščenem duhu, mogoče ravno zaradi tako pozitivne izkušnje v prvem postopku.«* (Ž 5) Pri polovici, ki so morale skozi postopek večkrat, smo zaznali razvoj obrambnih mehanizmov. V največji meri so se pred preveliko bolečino ob ponovnem neuspehu zaščitile tako, da so znižale pričakovanja oz. nadzirale upanje: *»Spopadanje se je tekom let zelo spremenilo. Na začetku je bilo prisotnih veliko več čustev, na koncu pa bi lahko rekla, da sem postala precej bolj racionalna v svojem razmišljanju. To pomeni tudi, da se to pozna pri veselih trenutkih – saj se zaradi predhodnih slabih izkušenj ne zmoreš več v takšni meri veseliti stvari oz. se poskusiš čim bolj zaščititi.«* (Ž 12) Nekatere intervjuvanke so pri doživljanju nadaljnjih poskusov izpostavile soočanje z negativnimi občutki, predvsem občutenje žalosti, pa tudi jeze, ki sta bili posledica zaostankov v postopkih, bodisi dolgega čakanja na drug poskus bodisi morebitnih zamikov poskusov: *»Po prvem neuspešnem prenosu me je dodatno spravilo v obup čakanje na telefonski posvet za izdajo napotnice za drugi prenos. Vmes pa so bile še poletne počitnice, tako da se je zadeva ponovno zavlekla še za par mesece.«* (Ž 12) Omenjeno pa je bilo tudi soočanje s strahom pred neuspehom, ki se lahko s številom neuspešnih poskusov še stopnjuje: *»Prvi je bil kljub nepoznavanju še najmanj stresen, nato pa se je stopnjeval predvsem strah pred neuspehom.«* (Ž 13)

Doživljanje neuspešnih poskusov zanositve predstavlja osrednji dejavnik doživljanja postopkov OBMP. Nekatere so v sklopu pogovora o neuspešnih poskusih zanositve izpostavile doživljanje notranje stiske. Omenjale so doživljanje občutka nepravičnosti, ki se je pogosto manifestirala v vprašanjih, zakaj se to dogaja ravno njim: *»Nisem več vedela kaj se dogaja. Zakaj ravno meni?«* (Ž 10) Pri parih so se zaradi neuspešnih poskusov začeli porajati dvomi o uresničitvi njune želje po materinski vlogi: *»Začelo se je spet razmišljanje o tem, ali bom mamica.«* (Ž 8) Zaradi ponavljajočih se neuspehov in posledičnih razočaranj je ena intervjuvanka celo začela dvomiti o smiselnosti vztrajanja pri poskusih OBMP: *»Psihološko breme ponavljajočih se neuspehov je v tistem obdobju začelo zelo naraščati, z njim pa se je začelo povečevati tudi število notranjih bojev in samoizpraševanj o tem, ali ima sploh še smisel vztrajati.«* (Ž 20) Vse intervjuvanke z

večkratno izkušnjo poskusa OBMP, bodisi celotnega postopka ali zgolj prenosa zarodka, so izpostavile doživljanje neprijetnih čustev in občutij ob neuspešnih poskusih. V največji meri so izpostavile občutenje žalosti: *»Ko sem naredila prvi test nosečnosti (približno po desetih dneh), je bila le-ta negativen. Bila sem izredno žalostna.«* (Ž 1) Žalost se je pogosto izrazila tudi v obliki joka: *»Seveda mi je bilo težko, po neuspešnih postopkih sem tudi jokala.«* (Ž 9) Žalost in spremljajoči jok sta lahko trajala tudi daljše časovno obdobje, posebej v primeru doživljanja več neuspešnih poskusov, ki privedejo do kumulativnega učinka: *»Ko neuspehom kar ni bilo videti konca in se je vsega nabralo preveč, sem se začela utapljati v solzah, kar je lahko trajalo tudi več dni skupaj.«* (Ž 20) Neuspešni poskusi se tesno povezujejo z občutkom razočaranja: *»Lahko si predstavljate, da je bilo razočaranje ob neuspehu veliko. Še danes mi gre na jok, ko se spomnim razočaranja.«* (Ž 4) Razočaranja pa lahko vodijo tudi v obup: *»Bila sva obupana.«* (Ž 10) Doživljanje neuspelega poskusa OBMP se tesno povezuje z občutkom nemoči. Veliko intervjuvank je imelo diagnosticirano nepojasnjeno neplodnost, zaradi katere je bil občutek njihove nemoči še večji: *»Najbolj mi je dejansko šlo na živce, da nisem vedela pri čemu sem - največkrat sem partnerju rekla, da me najbolj ubija, ker ne vemo, a bom lahko še zanosila ali ne. Lažje bi mi bilo, če bi rekli, da ne bom več mogla imeti otrok - razjokala bi se, obžalovala in bi bila ok. Sem človek, ki vse planiram, rada imam stvari pod kontrolo in negotovosti ne prenesem najbolje.«* (Ž 20) Nekaj intervjuvank je povedalo, da se je pri njih zaradi neuspešnih poskusov razvil občutek krivde: *»Sem se krivila ker se zarodki ne ugnezdijo, kako sem nesposobna.«* (Ž 9) Dve sta omenili tudi kumulativni učinek neuspešnih poskusov, saj ju je vsak nadaljnji neuspešni poskus čustveno bolj prizadel: *»Vsaka krvavitev po nadaljnjem prenosu nama je teže padla.«* (Ž 8) Nekaj jih je v sklopu doživljanja neuspešnih poskusov OBMP opisalo načine oz. strategije soočanja z izgubami, pri čemer skupni imenovalec predstavlja dejstvo, da svojih čustev in počutja niso delile z bližnjimi. Vse so izpostavile, da so se v težkih trenutkih distancirale od drugih: *»Zaprta sem se vase. Včasih pa ti je tako težko, da si preprosto želiš biti sam.«* (Ž 10) Nekatere so svoja čustva pred drugimi celo skrivale: *»Sem to vselej uspešno prikrila tako, da zunanja okolica (z izjemo partnerja) moje stiske ni opazila.«* (Ž 20)

Določeni vidiki doživljanja postopka OBMP so splošne narave in se ne nanašajo na število ali zaporedje poskusov, zato so predstavljeni posebej na tem mestu. Slaba polovica

je izpostavila vpliv postopka na fizično počutje žensk. Omenile so neprijetnost punkcij, ki pogosto predstavljajo ključni vir strahu pred postopkom. Punkcije so doživljale kot neprijetne in boleče: *»Nisem si znala predstavljati, kako poteka jemanje jajčec iz telesa in pri tem je bila prisotna tudi bolečina. Vedela sem, da moram potrpeti. Osebje je bilo prijazno, bili so mi v oporo, govorili so mi naj bom čim bolj sproščena, me držali za roko med posegom.«* (Ž 5) Izpostavile so, da bi bilo treba na tem področju postopek ženskam nekoliko olajšati in jim nuditi možnosti odvzema pri anesteziji: *»Pred časom sem govorila s kolegom, ki je po neuspešnih postopkih v LJ s partnerko odšel na OMBP na Češko. Tam niso mogli verjeti, da se punkcija pri nas izvaja brez sedacije. Tudi sama menim, da ženske v postopkih OBMP prestanemo mnoge psihične in fizične pritiske ter bolečine, da bi nam v sodobnem času lahko prišla medicina toliko naproti, da bi (o)lajšala vsaj tisto, kar lahko in kar zna.«* (Ž 3) Ženske si morajo pred punkcijo aplicirati injekcije, kar pri nekaterih vzbuja nelagodje: *»Apliciranje injekcij je bilo nujno zlo, stisneš zobe.«* (Ž 3) Nekaterne so kot neprijeten vidik izpostavile tudi občutek napihnjenosti kot stranki učinek hormonske terapije: *»Le kak dan ali dva pred stop injekcijo sem čutila napihnjenost in pritisk v jajčnikih in ob prvem postopku je bilo to zame presenečenje.«* (Ž 15) Dve sta izpostavili pozitivno presenečenje nad dobrim, tako čustvenim kot telesnim odzivom na hormonsko terapijo: *»Ko sem dobivala hormonsko terapijo tudi nisem imela pretiranih nihanj v razpoloženju ali katerih drugih znakov.«* (Ž 2). Slaba polovica intervjuvank je v sklopu opisa doživljanja postopka izpostavila tudi vpliv postopka na čustveno doživljanje. Večina je pri tem izpostavila nenehno izmenjevanje upanja in razočaranja, kar je za ženske čustveno zelo naporno. Čustvena nihanja se lahko nanašajo na poskuse, saj vsak poskus predstavlja novo upanje za uspešno zanositev: *»Vsakič znova sem se nato uspela pobrati in skušala ponovno zaživeti kar se da normalno življenje, neobremenjeno s tem, kaj bo prinesla prihodnost, vse dokler ni sledilo naslednje razočaranje in ista zgodba se je zopet ponovila, kot da bi se stalno vrtela v istem začaranem krogu.«* (Ž 20) Lahko pa do intenzivnih čustvenih nihanj pride tudi v okviru enega poskusa, predvsem v času od potrditve nosečnosti do izgube zarodka: *»V tistih nekaj tednih se je v meni res odvrtel vrtiljak čustev: od navdušenja zaradi potencialnih dvojčkov do šoka zaradi krvavitve, ki se je na koncu vlekla skoraj cel mesec; na eni strani upanja zaradi pozitivnega nosečniškega testa doma do razočaranja zaradi biokemične oziroma še celo izvenmaternične nosečnosti.«* (Ž 2)

Zaradi neuspešnih poskusov OBMP kot tudi predhodnih negativnih izkušenj s prezgodnjo prekinitvijo nosečnosti se pri ženskah razvije določena mera strahu pred izgubo, zato so tudi v primeru uspešne zanositve nekoliko zadržane, posebej v obdobju prvega trimesečja, pa tudi v kasnejšem obdobju: *»Grem v drugi postopek – spet veliko število zarodkov – zamrznjenih 13. Prvi prenos prenesena 2 zarodka, test pozitiven, beta HCG tokrat 2400 enot, na potrditvenem UZ pregledu sprva vidna 2 ploda v eni gestacijski vrečki, na ponovnem UZ čez 1 teden le en plod. Srečna, a ne preveč – ker kaj če do česa pride, kaj če bo šlo kaj narobe.«* (Ž 9)

Več kot polovica intervjuvank je poudarila, da postopek OBMP za pare predstavlja veliko obremenitev. Nekaj jih je poudarilo osredinjenost življenja okrog postopka, saj so v času pred in med postopkom vse misli usmerjene v postopek: *»Sploh nisem razmišljala o ničemer drugem kot o otrocih, ne pa o tem, da sem lahko srečna s partnerjem, ki mi stoji ob strani na vsakem koraku.«* (Ž 12) Zaradi postopka pari, zlasti ženske, pogosto prilagodijo potek svojega vsakdana, kar lahko vodi v zmanjšanje vsakodnevnih aktivnosti in posledično v nižjo kakovost življenja.

Postopek za pare, posebej ženske, predstavlja tudi močno kognitivno obremenitev: preučiti morajo veliko količino informacij, treba je slediti določenim protokolom, usklajevati morajo zdravstvene termine ipd.: *»Sam postopek je malo naporen, ker dobiš veliko informacij in vse te informacije se malo pomešajo v glavi. Jemanje vaginalet, dajanje injekcij, potem vsi ti ginekološki pregledi - vsak zdravnik poda svoje mnenje - potem je v glavi še večja zmešnjava.«* (Ž 18) Tako so pari podvrženi dodatnemu stresu, posebej v obdobju med postopkom in čakanju na rezultat tega: *»Najhujši so dnevi okoli pričakovane menstruacije. Vsakič, ko greš na stranišče, pogledaš barvo wc papirja. Ko je belo, si oddahneš. Ko pa je malo roza (komaj zaznavno), že veš, da ni OK, ampak se tolažiš, da je svetloba morda taka ... v resnici čutiš in veš, da je konec.«* (Ž 4) Nekaj intervjuvank je poudarilo, da sicer postopek OBMP predstavlja obremenitev tako za ženske kot moške, vendar večje breme pade na ženske, saj so podvržene hormonski terapiji, hkrati pa prevzamejo večino kognitivnega dela, vezanega na postopek: *»Najbližje je tu partner, ker je v istem, kot ti: se pa tu pozna precejšen razkol med vsem, kar ženska ta čas nosi čez (od številnih bolj ali manj invazivnih testov do same IVF na koncu, pa*

časovne in logistične komponente ter razmišljanja, kako se bo vsaka nova odsotnost poznala v službi itd.)« (Ž 15)

Pomemben vidik doživljanja postopov OBMP predstavlja tudi soočanje žensk s sprejemanjem novic o nosečnosti v njihovi socialni okolici. Polovica je poročala o težavah na tem področju, pri čemer so tovrstne novice povzročile čustveno stisko in sprožile neprijetne občutke (npr. žalost, jeza, doživljanje občutka nepravčnosti): »Težko je bilo gledati prijatelje, ki imajo otroke, sodelavke, ki so v službi povedale, da so tretjič noseče – Ups, naredilo se je. V istem letu je bilo tako pri štirih sodelavkah. Te novice so bile res težke. Sicer sem bila vesela za njih, hkrati pa žalostna za sebe, ker še vedno ne uspe.« (Ž 7) Pri eni intervjuvanki je bila čustvena stiska tako močna, da se je popolnoma zaprla in prezrla vse situacije, povezane z nosečnostjo: »Prišlo je tako daleč, da se nisem udeleževala baby Showerjev prijateljic, v službi za sodelavke, ki so odhajale v porodniško, nisem prispevala denarja (pa je šlo za 10 eur). Nisem mogla, imela sem blokado. Nisem se hotela pogovarjati o otrocih z drugimi, čeprav sem si ga v sebi močno močno želela.« (Ž 7)

3.4.2 Dejavniki, pomembni za počutje med in po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo

V okviru teme *Dejavniki, pomembni za počutje, med in po postopkih OBMP*, smo identificirali dve kategoriji (tabela 3):

- notranji dejavniki;
- zunanji dejavniki.

Tabela 3: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode za temo »Dejavniki, pomembni za počutje med in po postopkih OBMP«

Kategorija	Podkategorija	Koda
Notranji dejavniki	Biološki dejavniki	Hormonske spremembe
		Telesna pripravljenost
		Stranski učinki zdravil
	Dejavniki vezani na postopek	Informiranost o postopku
		Pretekle izkušnje s postopki
		Postopek se ne nanaša na prvorojenca

Kategorija	Podkategorija	Koda
	Psihološki dejavniki	Pozitivna miselnost žensk v postopku
		Odsotnost osredotočenosti na postopek
		Psihična pripravljenost
	Tehnike in pristopi	Skrb za zmanjšanje stresa
		Psihoterapija
		Placebo
Zunanji dejavniki	Odnos družbe do neplodnosti	Pritiski glede potrebe po ustvarjanju družine
		Neplodnost/težave predstavljajo tabu
	Podpora okolice	Partner
		Družina (starši, sorojenci)
		Drugi bližnji (npr. prijatelji)
		Podpora v službi
		Zdravstveno osebje
		Izmenjava izkušenj z drugimi s podobno zgodbo
		Skupine na družbenih omrežjih
	Postopek	Število mogočih zarodkov
		Pozitivna izkušnja s postopki v krogu bližnjih

Zanimalo nas je, katere dejavnike intervjuvanke dojemajo kot pomembne za doživljanje in počutje med in po postopkih OBMP. Večina je omenila vsaj en notranji in en zunanji dejavnik.

V sklopu notranjih dejavnikov so omenile biološke dejavnike, dejavnike, vezane na postopek, psihološke dejavnike ter različne tehnike in postopke, s katerimi lahko ženske same vplivajo na svoje počutje.

Skoraj vse intervjuvanke so kot pomembnega identificirale vsaj enega izmed notranjih dejavnikov. Nekaterne so kot pomembne dejavnike izpostavile biološke dejavnike. Poudarile so vpliv hormonov na doživljanje in počutje, saj ti potencirajo doživljanje in zmanjšujejo čustveno stabilnost: »Npr.: *Hormonske spremembe (nihanje razpoloženja, utrujenost, bolečine ...)*« (Ž 2); »*Seveda so k vsemu skupaj pripomogli tudi hormoni, zato je bilo doživljanje še toliko bolj čustveno, kot bi bilo po navadi.*« (Ž 12) Nekaj jih je omenilo tudi stranke učinke zdravil, tako dejanske: »*Stranski učinki zdravil.*« (Ž 10) kot potencialne, ki se jih ženske bojijo: »*V glavo sem si dala, da je možnost, da dobim strdek (omenila zdravnica, da je tudi to možen stranki učinek, da se ti pojavi rdeč krog po nogah,*

ali pa se ta prvi znak tudi preskoči). Slednjega me je bilo strah do konca dajanja injekcij. Vsakič, ko me je nekaj špiknilo, sem si rekla – evo to je to, strdek.« (Ž 7) Med biološkimi dejavniki so omenile tudi splošno zdravstveno stanje ženske ter njeno telesno pripravljenost: »Če je ženska fizično pripravljena in v dobri kondiciji – zdrava, bo postopek OBMP lažje prenašala.« (Ž 10)

Polovica intervjuvank je v sklopu notranjih dejavnikov navedla dejavnike, vezane na sam postopek. V največji meri so poudarile pomen informiranosti o postopku. Izpostavile so, da je pomembno, da so pari, posebej ženske, dobro seznanjeni s potekom postopka, saj poznavanje zmanjšuje strah pred negotovostjo. Poleg tega statistični podatki parom pomagajo oblikovati realna pričakovanja uspešnosti postopka ter jih bolje pripravijo na morebiten neuspeh: »Informiranost para glede OBMP postopka, da si ustvariš realna pričakovanja. Ko sem začela prebirati material tik pred postopkom, sem sicer videla, da je procent uspešnosti na prenos 30–40 %, vendar do takrat tega nisem vedela. Nisem vedela tudi za vse možne zaplete, ki se lahko zgodijo. Ampak po eni strani je logično, da se s temi informacijami niti ne srečuješ prej, dokler nisi sam v postopku.« (Ž 1) Nekaj jih je izpostavilo tudi pomen preteklih izkušenj s postopki; pozitivne izkušnje imajo pozitiven učinek: »Mogoče ravno zaradi tako pozitivne izkušnje v prvem postopku.« (Ž 5), negativne pa negativnega: »Zame je bil spomin na neuspešen prvi postopek še vedno preveč boleč, da bi lahko sploh pomislila na to, da bi se ponovno podala na isto pot, in počasi sem začela sprejemati dejstvo, da bova s partnerjem pač ostala sama.« (Ž 20)

Na doživljanje postopka OBMP pomembno vpliva tudi podatek, ali se pari v postopek vključijo zaradi potencialnega prvorojenca ali z željo po sorojencu že rojenemu otroku. Te ženske so bile pod manjšim čustvenim pritiskom, saj se jim je želja glede materinske vloge že izpolnila: »Sem pa vse te neuspešne prenose verjetno lažje »prenašala«, ker imava doma že 8-letnika, kot pa bi jih, če bi se trudila za prvega otroka.« (Ž 15) Dobra polovica intervjuvank je med notranjimi dejavniki izpostavila psihološke dejavnike. Poudarile so pozitivno miselnost žensk: »Predvsem pa optimizem, da se zavedamo, da so to ponujene priložnosti in ne neuspešni poskusi (v primeru negativnega izida).« (Ž 6) Nekatere pa so poudarile, da je na njihovo doživljanje postopka OBMP blagodejno vplivalo spoznanje, da njihovo življenje ne sme biti osredotočeno na sam postopek,

ampak je pomembno, da ohranijo običajen življenjski slog in ritem: »Razlika s prejšnjimi poskusi je bila v tem, da v vsakdanjem življenju nisem spreminjala ničesar. Trenirala - kegljam v 1.a slovenski ligi - in ukvarjala sem se z drugimi športi normalno (do ultrazvočne potrditve nosečnosti), prej sem pri vseh poskusih pazila, da se nisem preveč naprezala. Niti testa nosečnosti nisem naredila - prej me je pri vsakem poskusu izdala radovednost, da sem šla po test, ker nisem zdržala do krvnega testa nosečnosti.« (Ž 4)

Polovica intervjuvank je v sklopu pogovora o notranjih dejavnikih, ki pozitivno ali negativno vplivajo na doživljanje postopka, izpostavila tudi tehnike in pristope, s katerimi so uravnavale svoje doživljanje. Opisovale so aktivno skrb za zmanjšanje stresa in stresorjev. Tako so omenile osredinjenost na neobremenjenost z okolico: »Neobremenjenost z okolico (v smislu ta ima pri teh letih že dva otročka, midva pa nobenega, ali ga bova sploh lahko imela?, itd.). Le to je meni precej pomagalo.« (Ž 11)

Nekaj pa jih je izpostavilo tudi zmanjševanje ali izogibanje stresu v službi: »Pomaga pa tudi, da se za prenos odločiš, ko je v službi manj stresno obdobje – verjetno je tudi to dejavnik, ki pripomore k uspehu.« (Ž 4). Štiri so tako omenile, da so v času soočanja z neplodnostjo kot tudi v času postopkov OBMP poiskale pomoč strokovnjakov: »V družini imamo psihoterapevko, ki pomaga parom v postopku OBMP, prav tako je bila sama del postopka. Pogovor z njo je dobro del, saj ni govorila le svojo zgodbo, ampak je odpirala različna vprašanja, ki so vplivala na celotno moje razmišljanje glede samega postopka.« (Ž 7)

Pri tem je ena intervjuvanka izpostavila stroške, povezane z obiskovanjem psihološke pomoči, saj je ta težje dosegljiva parom, ki si tega ne morejo finančno privoščiti: »Sama sem neuspele IVF postopke uspešno predelala sama oz. s pomočjo privatne terapevte (tega si žal vse ženske ne morejo privoščiti).« (Ž 17)

Pri nekaj intervjuvankah smo zaznali tudi blagodejni učinke placeba, saj so opisovale različne prehranske izdelke, ki naj bi prispevali k uspešnosti postopka, vendar pa njihov učinek ni znanstveno dokazan: »Poleti sem si vzela čas zase, kasneje sem poleg prehranskih dopolnil in čaja ponovno imela nekaj obiskov bioresonance in šla v nov tretji postopek.« (Ž 8)

Prav tako je večina intervjuvank v sklopu pogovora o dejavnikih, ki pomembno vplivajo na doživljanje postopka, omenila vsaj enega od zunanjih dejavnikov s pozitivnim ali negativnim vplivom na doživljanje žensk med in po postopku OBMP. Med zunanjimi

dejavniki so omenile odnos družbe, podporo okolice ter sam postopek. Slaba polovica intervjuvank je omenila odnos družbe do neplodnosti nasploh. Ena je poudarila, da neplodnost v Sloveniji še vedno predstavlja tabu temo: *»Dejstvo je, da je neplodnost v Sloveniji še vedno tabu. O tem govoriš le s svojim partnerjem, mogoče bližnjimi prijatelji, ali pa tut to ne.«* (Ž 7) Izpostavile so splošno pričakovanje družbe do parov, da si ustvarijo družino. Če par nima otrok, se pogosto sooča z vprašanji o načrtovanju družine: *»Še bolj pa so zbolele besede »Kaj pa vidva čakata?«, ki so nama jih namenili nekateri znanci, ki za najino zgodbo sicer niso vedeli.«* (Ž 20) Pri tem so poudarile, da se vprašanja pogosto nanašajo tudi na drugega otroka, saj okolica v primeru edinca pogosto povprašuje o načrtovanju nadaljnjih otrok: *»Če je kdo od drugih znancev /neznancev vprašal v smislu: Kdaj bo pa bratca /sestrico dobil? Ali pa Kaj pa vidva čakata?«* (Ž 9)

Enega izmed ključnih zunanjih dejavnikov predstavlja podpora okolice pred in med postopkom OBMP. Skoraj vse so ob tem poudarile pomembnost partnerjeve podpore, saj ta predstavlja ključno čustveno oporo med celotnim postopkom. Pri tem je ključna njegova čustvena podpora v trenutkih šibkosti (npr. strah, žalost): *»Moram reči, da sem že pri prvem postopku bila dokaj mirna (seveda je prisotna tudi določena mera strahu in pomislekov), saj sem ob sebi imela zelo razumevajočega partnerja, ki me je tudi znal pomiriti in potolažiti, če se je kdaj pojavil kakšen dvom ali večja skrb, negotovost.«* (Ž 5) Pomemben je tudi občutek varnosti, ki ga partnerji nudijo svojim partnerkam. Te morajo imeti občutek, da so ljubljene ter da otrok ne predstavlja pogoja za uspešnost in zadovoljstvo v partnerskem odnosu ter da jih partnerji ne krivijo za neuspeh: *»Eden je sigurno podpora partnerja in njegovo razumevanje do tega skozi kaj grem v vsakem postopku. Prav tako njegovo sprejemanje tega kot najino težavo in ne to, da mene krivi za to.«* (Ž 8) Partnerji lahko nastopajo tudi v vlogi motivatorja in ženske spodbudijo k vztrajanju pri postopku OBMP: *»Jaz sem že obupala, partner pa me je opogumljal, da probava še z zadnjim (četrtim zamrznjenčkom). Če ne bi vztrajal in me spodbujal, ne bi šla še enkrat.«* (Ž 4) Izredno je pomembno, da vse odločitve glede postopkov prepustijo partnerkam, saj te nosijo pretežno fizično in psihično breme postopka: *»Partner je bil trdna skala ob vseh mojih težkih trenutkih – ko iz meseca v mesec vsakič znova žaluješ. Prepustil mi je tudi odločitve, kako hitro bova šla skozi postopke, kdaj vzameva odmor in malo zadihava.«* (Ž 3) Poleg partnerja zelo pomemben podporni dejavnik predstavlja ožja

družina, predvsem starši ženske ter sorojenci: »V mojem primeru se je družina zelo poistovetila z mojimi težavami in mi stoji ob strani v vsakem trenutku.« (Ž 6) Ženske lahko podporo najdejo tudi v najožjih prijateljih: »Sama sem v svojem krogu prijateljev našla čudovito podporo in deljenje informacij z njimi mi je velikokrat tudi pomagalo.« (Ž 12) Nezanemarljiva je tudi podpora ženskam v službi, predvsem z vidika razumevanja nadrejenih za bolniško odsotnost: »Na srečo imam trenutno tako službo, da sem si lahko vsakič vzela 14 dni bolniške, kar mi je koristilo, da sem postopek predelala tudi čustveno. Vem, da je v osnovi dodeljenih tistih 5+3 dni, vendar to morda zadostuje za fizično okrevanje, težko pa se spraviš 100 % k delu, če že imaš neke krvavitve ali slabost in ves čas misliš na to. V službi sem sicer povedala le svoji vodji, sodelavcem pa ne.« (Ž 1) Večina intervjuvank je kot zelo pomembno izpostavila tudi podporo, ki so jo ženske deležne med postopkom s strani zdravstvenega osebja. Pozitiven odnos z zdravstvenim osebjem v sklopu postopka OBMP ženskam zelo veliko pomeni in ima močan pozitiven vpliv na boljše počutje pred in med postopkom: »Sigurno na počutje vpliva osebje. Tako z ginekologi kot tudi s sestrami sem bila zelo zadovoljna, dajo ti nekakšen občutek, da bo vse ok. Prijaznost in sočutje osebja lahko pri ženski, ki se spopada z neplodnostjo pomeni ogromno.« (Ž 19) Nekaj intervjuvank je kot pomemben dejavnik omenilo tudi izmenjavo izkušenj z drugimi pari in ženskami s podobnimi izkušnjami, bodisi v krogu bližnjih bodisi v sklopu različnih skupin na družbenih omrežjih. Slednje lahko člani samo spremljajo, lahko v njih aktivno sodelujejo, lahko pa z določenimi člani stkejo tudi tesnejše vezi. Izmenjava izkušenj je pomembna tako z vidika informiranosti: »V tem času sta v postopkih IVF bila že sestra in njen mož, zato sem iz prve roke prejemale informacije, kaj kdaj sledi.« (Ž 3) Pomembna pa je tudi z vidika čustvene opore, saj so si ženske, ki se soočajo z neplodnostjo, v medsebojno oporo in tolažbo. Ključno je, da ženske spoznajo, da niso edine s tovrstno težavo: »Sicer se tema odpira z raznimi Instagram profili, ki so namenjeni ravno tem temam. S tem vidiš, da nisi sam, da so tudi druga dekleta, ki se s tem soočajo.« (Ž 7)

Slaba polovica intervjuvank je v sklopu pogovora o zunanjih dejavnikih omenila tudi sam postopek OBMP. Nekaj jih je poudarilo, da število pridobljenih zarodkov v okviru enega postopka predstavlja dejavnik, ki pozitivno vpliva na doživljanje in počutje, saj zvišuje verjetnost uspeha: »V prvem postopku sem imela zamrznjenih veliko število zarodkov (15)

– zagotovo se bo vsaj eden ugnezdil.« (Ž 9) Hkrati pa jih morebiten neuspeh ne potre v tolikšni meri, saj vedo, da imajo pred ponovitvijo celotnega postopka na voljo več možnosti za morebiten uspeh: »S partnerjem naju je skušala pomiriti misel, da imam še 4 možnosti, preden grem spet v špikanje in da mogoče pač v prvo ni šlo.« (Ž 8) Nekaj intervjuvank je kot dejavnik s pozitivnim vplivom na doživljanje omenilo primere uspelih poskusov zanositve s postopkom OBMP v krogu znancev: »Rodil se je nečak, po uspešni IVF.« (Ž 3)

3.4.3 Komunikacija zdravstvenega osebja z žensko v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo

V okviru teme *Komunikacija zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP* smo identificirali dve kategoriji (tabela 4):

- pozitivne izkušnje na področju komunikacije z zdravstvenim osebjem in
- negativne izkušnje na področju komunikacije z zdravstvenim osebjem.

Tabela 4: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode za temo »Komunikacija zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP«

Kategorija	Podkategorija	Koda
Pozitivne izkušnje na področju komunikacije z zdravstvenim osebjem	Zadovoljstvo	Splošno zadovoljstvo
		Zadostna količina informacij
		Jasnost podanih navodil
		Dosegljivost in pripravljenost odgovarjati na vprašanja
Negativne izkušnje na področju komunikacije z zdravstvenim osebjem	Nezadovoljstvo	Kontradiktornost informacij
		Težja dosegljivost zdravstvenega osebja

Zanimale so nas izkušnje intervjuvank na področju komunikacije z zdravstvenim osebjem. Vse so tako rekoč poročale o pozitivni izkušnji na tem področju. Izpostavile so splošno zadovoljstvo s komunikacijo, ki jo je marsikatera opisala z zelo pozitivnimi pridevniki (npr. vrhunska, odlična): »Komunikacija zdravstvenega osebja je vrhunska.« (Ž 16); »Zdravstveno osebje v UKC LJ, ginekologija, je na izredno visokem nivoju. Imajo zelo prijetno komunikacijo.« (Ž 17) Približno tretjina intervjuvank ocenjuje, da so med postopkom prejle zadostno količino informacij, vezanih na različne vidike postopka, kot npr. glede hormonske terapije: »Natančno so podale navodila v zvezi z aplikacijo zdravil.

Kar se tiče samega postopka, je lepo predstavljen – kakšen odmerke si dajati, kdaj in koliko.» (Ž 7) Ali glede podrobnosti možnih pristopov: »Če se je bilo potrebno karkoli odločiti, recimo med dvema opcijama, sem vedno dobila vsa pojasnila glede obeh možnosti, tudi njihovo mnenje, če sem zanj zaprosila.« (Ž 5) Podana navodila so jim bila podana na jasn način, polovica je kot pozitivno izpostavila dejstvo, da je bilo zdravstveno osebje dosegljivo in vedno pripravljeno odgovoriti na dodatna vprašanja: »Vedno so bili vsi odprti za vsa morebitna vprašanja z moje strani oz. sem vedno dobila obrazložitev, če mi kaj ni bilo čisto jasno.« (Ž 2). Pri čemer niso nikoli imele občutka, da so njihova vprašanja nepomembna ali nezaželena: »Tudi, če si poklical s še tako »brezveznim« vprašanjem, nikoli nisi dobil občutka, da »kaj pa zdaj spet težiš in paničariš«, ampak si dobil vedno prijazen odgovor in usmeritev kako in kaj naprej.« (Ž 5)

Samo dve intervjuvanki sta poročali o negativni izkušnji na področju komunikacije z zdravstvenim osebjem. Eno je zmotilo podajanje nasprotujočih si informacij zdravnice, kar jo je zmedlo in omajalo zaupanje v strokovnost zdravnice: »V nadaljevanju so me začudile tudi nekatere nasprotujoče si informacije dotične zdravnice. Tako mi je npr. na moje vprašanje, ali bi bilo morda smiselno prenesti dva zarodka hkrati, odgovorila, da zaradi moje drobne postave tega nikakor ne priporoča, pred naslednjim prenosom pa je celo sama predlagala hkratni prenos dveh zarodkov in mi zagotovila, da ta dejavnik (drobna postava) pri tem ne predstavlja nobenega tveganja.« (Ž 20) Druga pa je kot kritiko izpostavila težjo dosegljivost zdravstvenega osebja za manjša vprašanja. Telefonski posvet se ureja prek posebnega sistema, ni pa objavljena neposredna telefonska številka za enostavnejša vprašanja.

3.4.4 Odnos zdravstvenega osebja z žensko v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo

V okviru teme *Odnos zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP* smo identificirali dve kategoriji:

- pozitivne izkušnje v odnosu z zdravstvenim osebjem in
- negativne izkušnje v odnosu z zdravstvenim osebjem.

Sam proces podrobneje predstavlja tabela 5.

Tabela 5: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode za temo »odnos zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP«

Kategorija	Podkategorija	Koda
Pozitivne izkušnje	Pozitivna izkušnja na splošno	Pozitivna izkušnja na splošno
		Pozitivna naravnost
	Postopki dela	Si vzamejo čas/namenijo vso potrebno pozornost
		Strokovnost
	Emocionalni vidik	Prijazni
		Srčnost/toplina
		Empatičnost in sočutje
		Občutek razumevanja
		Pripravljeni pomagati
		Nudjenje podpore na splošno
		Bodritev
		Tolažba
		Sproščenost
	Mirnost	
Negativne izkušnje	Emocionalni vidik	Občutek, da so pacienti kot številke
		Pomanjkanje empatije
	Postopki dela	Pomanjkanje samoiniciativnosti zdravnikov
		Neprimeren odziv zdravstvenega osebja na administrativni zaplet
		Odsotnost konstantnosti zdravnikov
		Dolgo čakanje v čakalnici
		Pomanjkanje strokovnosti

V sklopu raziskave nas je zanimalo, kako intervjuvanke ocenjujejo odnos zdravstvenega osebja, s katerim so se srečevale pred in med postopkom OBMP. Vse so bile z odnosom zdravstvenega osebja, tako zdravnikov kot medicinskih sester, zelo zadovoljne. Splošno zadovoljstvo in celo pohvale pa so pogosto izpostavile spontano med intervjujem. V okviru pogovora so omenile pozitivne vidike odnosa zdravstvenih delavcev, ki jih lahko razdelimo v tri podkategorije: opisi pozitivne izkušnje na splošno, postopki, vezani na delo ter čustveni vidik.

Skoraj vse intervjuvanke so izrazile pozitivno mnenje o odnosu zdravstvenega osebja: »Zdravstveno osebje, ki naju je vodilo tekom postopka, moram izredno pohvaliti.« (Ž 11)

Več kot polovica je ob tem pohvalila njihovo pozitivno naravnost, ki se je odražala tako na verbalni: »Tudi ko se žnj-tič srečaš na sprejemu, ker zadnji prenos ni bil uspešen in ti je morda že nerodno, pa sestra veselo in optimistično poklepeta s tabo, tudi sam zopet začutiš optimizem.« (Ž 5), še bolj pa na neverbalni ravni (npr. nasmeh, prijazen pozdrav): »Nasmeh na obrazih.« (Ž 19) Dobra polovica je izpostavila, da se pozitiven odnos zdravstvenega osebja odraža tudi v njihovem pristopu k delu. Najbolj je to opazno v tem, da z zdravstveno obravnavo ne hitijo, ampak pacientkam namenijo vso potrebno pozornost, si za njih in njihovo obravnavo vzamejo čas, kar pri pacientkah vzbuja občutek osebne in individualne obravnave: »Vedno so si vzeli čas. Res se nikoli nisem počutila kot številka, vedno je bil zelo oseben pristop.« (Ž 5) Nekaj jih je izpostavilo tudi strokovnost zdravstvenih delavcev: »Kar se zadeva strokovnega dela, ne morem reči, da nisem zadovoljna.« (Ž 18) V največji meri so intervjuvanke pri oceni pozitivnega odnosa zdravstvenega osebja izpostavljale njihovo čustveno plat pristopa. Večina je izpostavila njihovo prijaznost: »Prijaznost zdravstvenega osebja.« (Ž 6), nekaj jih je osebje opisalo kot zelo toplo in srčno: »Koliko ene srčnosti.« (Ž 16) Kot pomembno lastnost zdravstvenega osebja je več kot polovica intervjuvank izpostavila njihovo empatijo: »Empatični kot nikjer drugje.« (Ž 13) In sočutje: »Sočutje osebja lahko pri ženski, ki se spopada z neplodnostjo, pomeni ogromno.« (Ž 19) Intervjuvankam je bilo zelo pomembno, da so imele občutek, da jim nekdo prisluhne in jih razume: »Nekako so oni tisti, ki vedo, s čim se srečuješ, in če so razumevajoči, se tudi jaz potem počutim bolje.« (Ž 8) Polovica intervjuvank je izpostavila pomembnost občutka, da jim je zdravstveno osebje nudilo podporo. Nekatere so omenile splošen občutek podpore, ki so ga bile deležne: »Res sva se dobro počutila tekom postopka, imela sva dovolj podpore.« (Ž 10) Druge pa so izpostavile predvsem tolažbo v težkih trenutkih: »Nas je kar nekaj »jokic«, ki jih je potrebno potolažiti.« (Ž 4) Ter tudi hkratno spodbudo za nadaljevanje: »Tako so mi npr. vsakič, ko je bil krvni test negativen, namenile spodbudne besede in mi tudi takrat, ko sem sama praktično že izgubila upanje, položile na srce, naj nikakor ne obupam.« (Ž 20) Zdravstveno osebje so opisale kot ustrežljivo in pripravljeno pomagati. Nekaj intervjuvank je kot pozitivno izpostavilo tudi mirnost zdravstvenega osebja: »Ambulanta, kjer se izvajajo operacije, prenosi: sestre vse pohvale, občudujem njihovo mirnost.« (Ž 18) Včasih so na pacientke pozitivno vplivali tudi trenutki, ko so se vsi sprostil in pošalili: »So se znale tudi pohecati.« (Ž 15)

Približno tretjina intervjuvank je kljub splošni pozitivni izkušnji omenila nekaj negativnih izkušenj. V največji meri so omenjali negativne izkušnje pri čustvenem pristopu zdravstvenega osebja. Nekaj jih je omenilo, da si zdravstveno osebje za njih ni vzelo dovolj časa in so občasno imele občutek, da pregledi potekajo zelo rutinsko. Omenile so razumevanje za hitenje osebja, saj je zelo obremenjeno, a hkrati poudarile, da so včasih imele občutek, da je bila v ospredju kvantiteta in ne kakovost obravnav. Ostale navedbe, ki so jih omenile posamezne intervjuvanke, pa so se nanašale na različne vidike postopka. Dve intervjuvanki sta omenili pomanjkanje samoiniciativnosti zdravnikov pri preizkušanju drugačnih pristopov, ki bi zvišali verjetnost zanositve: *»Tudi od zdravnikov nisem dobila kaj dosti več kot »treba je poskušati, to je to«. Sčasoma sem se naučila, da je največkrat za dodatne preiskave ali alternativne možnosti potrebno »sitnariti«.« (Ž 15)* Dve intervjuvanki sta v sklopu negativne izkušnje omenili neprimerne odzive zdravstvenega osebja na zaplet administrativne narave, ki je v obeh primerih bil zelo buren: *»Ko sem želela pridobiti strokovno pomoč, sem prosila za napotitev ginekologa specialista. V porodnišnici namreč deluje neka oseba, ki naj bi pomagala tudi pri neplodnosti. Napotitev sem brez težav dobila, me je pa ta ista oseba, ki sicer nudi psihološko pomoč dejansko na grd način okregala, ker sem k njej prišla z napotnico in ne z delavnim nalogom. Takrat sem si mislila: če s takim odnosom pomaga ljudem v stiski, nimam tam kaj iskati.« (Ž 15)*

3.4.5 Odprtost glede pogovorov o neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo

V okviru teme *Odprtost glede pogovorov o neplodnosti in postopkih OBMP* smo identificirali tri kategorije (tabela 6):

- zadržanost pri pogovorih;
- odprtost pri pogovorih;
- seznanjenost okolice.

Med pogovorom o doživljanju žensk med in po postopkih OBMP so intervjuvanke z nami delile tudi informacije o tem, v kolikšni meri in s kom so delile informacije glede postopka in soočanja z neplodnostjo nasploh. Polovica intervjuvank je poročala o

zadržanosti pri pogovoru o tej temi. V največji meri je k temu prispevalo dejstvo, da je za veliko žensk pogovor o neplodnosti kot tudi (neuspešnih) poskusih neprijeten, saj gre za zelo ranljivo področje, na katero se odzovejo zelo čustveno: »*Takrat sem skrivala, ker nisem želela še dodatnih vprašanj glede tega ali prilivanja soli na rano v času, ko ni bilo uspešno.*« (Ž 8) Zato se raje poslužijo obrambnega mehanizma umika in se o tej temi ne pogovarjajo: »*V službi in tudi marsikdaj v družbi se malo izmikaš, da ne rabiš govoriti vseh podrobnosti.*« (Ž 1) Nekaj intervjuvank pa se je pogovoru o tej temi izogibalo tudi zaradi neprimernih odzivov ljudi. Sogovorniki pogosto ne vedo, kako naj se na to informacijo odzovejo, zaradi česar lahko postane situacija neprijetna, na drugi strani pa občasno podelijo kakšen nasvet, ki je sicer dobronameren, ampak pogosto pare, ki se soočajo z neplodnostjo, še bolj prizadene. Ljudje brez tovrstne izkušnje namreč ne vedo, da je iskanje rešitve veliko bolj zapleteno: »*Ampak razne zgodbice v smislu »ko obupaš, potem kar rata« to potencirajo.*« (Ž 15)

Tabela 6: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode za temo »odprtost glede pogovorov o neplodnosti in postopkih OBMP«

Kategorija	Podkategorija	Koda
Zadržanost pri pogovorih		Pogovor o neplodnosti in postopkih preveč boleč
		Neprijetnost pogovorov (ljudje ne vedo, kako naj se odzovejo)
		Neprimernost prejetih nasvetov
Odprtost pri pogovorih		Odsotnost težav glede pogovora o neplodnosti in postopkih
		Pozitiven vpliv pogovorov na mentalno stanje
Seznanjenost okolice		Seznanjeni samo bližnji
		Seznanjeni v službi

Intervjuvanke so informacije o vključenosti v postopek delile z dvema skupinama: bližnjimi in sodelavci, pri čemer sta bila motiva delitve informacij različna. Več kot polovica intervjuvank je novico delila z bližnjimi, vendar je večini primerov šlo za ožji družinski krog (starši in sorojenci) ter najbližji prijatelji: »*Sama sem težave s tem skrivala pred prijatelji. Vedela je le ožja družina in zelo dobra prijateljica.*« (Ž 7) Informacije z bližnjimi delijo zaradi čustvene povezanosti. Polovica jih je informacije delila tudi v službi, pri čemer je šlo za delitev informacij iz praktičnega vidika. Informacije so delile z osebami, za katere so ocenile, da jih je treba obvestiti o povečani bolniški odsotnosti. To so bili praviloma nadrejeni: »*Da sva v postopku OBMP sem povedala v službi svojim*

nadrejenim.« (Ž 5), občasno pa tudi sodelavci, če je njihova bolniška odsotnost vplivala na delovno obremenitev sodelavcev: »Ker je od mene odvisen večinski del specialistične dejavnosti v našem kraju, se mi je zdelo do ljudi in sodelavk pošteno, da vnaprej povem, da me en mesec ne bo. Tako so sestre vedele, zakaj me ne bo, kmalu pa je prišla novica okrog vse do vodstva.« (Ž 3) V slednjem primeru gre v določenih primerih za nujno, ne željo: »Najbolj neprijetno mi je bilo, da sem morala deliti svojo zgodbo z vsemi iz službe. To me je resnično motilo. Javno objavljena nadomeščanja, pa kaj mislijo, spet V..... manjka – kaj ima spet postopek, naj ji le uspe. To kar naredijo ostali v dvoje za zaprtimi vrati sem bila prisiljena deliti z ljudmi, ki ni nujno, da so moji prijatelji.« (Ž 13)

3.4.6 Informiranje o postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo

V okviru teme *Informiranje o postopku OBMP* smo identificirali dve kategoriji (tabela 7):

- viri informacij;
- pomanjkanje določenih informacij.

Tabela 7: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode za temo »informiranje o postopku OBMP«

Kategorija	Podkategorija	Koda
Vir informacij	Neformalni viri	Iskanje informacije na družbenih omrežjih
		Znanci/bližnji z izkušnjo
	Stroka	Zdravstveno osebje
		Intervjuvanka je zaposlena v zdravstveni stroki
Pomanjkanje določenih informacij		Pomanjkanje splošnih informacij, vezanih na predstavitev poteka postopka
		Pomanjkanje specifičnih informacij

Pari pred in med postopkom informacije zbirajo na različnih virih, tako formalnih kot neformalnih. Ključni formalni vir predstavlja stroka ter informacije, ki jih prejmejo v sklopu postopka OBMP: »Vsa navodila, ki jih ponudite sestre, so zelo dragocena (vključno z brošurami itd.)« (Ž 1) Dve intervjuvanki sta sami zaposleni v zdravstveni stroki, zato sta s področjem že v osnovi bolj seznanjeni: »Ker sem medicinska sestra v ambulanti in sem se velikokrat srečevala z ženskami, ki so bile vključene v ta postopek, si nikoli nisem predstavljala, da bom tudi jaz med njimi.« (Ž 18)

Pari lahko zbirajo informacije tudi preko neformalnih virov, bodisi pri parih v njihovem socialnem krogu s podobno izkušnjo: »Tudi najboljša prijateljica je šla že prej čez to, tako da sem veliko vedela že od nje, njena podpora mi je veliko pomenila, ker sem vedela, kaj me čaka.« (Ž 14), ali informacije zbirajo v različnih skupinah na družbenih omrežjih, kjer člani izmenjujejo mnenja in izkušnje: »Sama sem dobila veliko več informacij iz Facebook skupine za neplodnost, kot pa na kliniki.« (Ž 12) Pri tem je treba poudariti, da so nekatere intervjuvanke poudarile tudi negativne učinke družbenih omrežij, saj se v tovrstnih skupinah delijo tudi strokovno nepreverjene informacije, kar lahko privede do širjenja napačnih informacij, ki lahko člane zmedejo in prestrašijo: »Po branju na forumih me je bilo strah vsega, res škoda, da sem sploh prebirala te nepreverjene informacije, ker nič ni bilo tako kot je tam navedeno, samo prestrašili so me.« (Ž 16)

Približno tretjina je izpostavila pomanjkanje določenih informacij glede postopka OBMP, zato so izrazile željo po izboljšavi na tem področju. Pogrešale so več informacij na temo splošne predstavitve poteka postopka, ki bi jih s postopkom bolj seznanile in jim ga približale. Treba je poudariti, da pari prejmejo veliko kompleksnih informacij, ki jih težko sprocesirajo, zato jim je vse informacije treba predstaviti na čim bolj jasen in preprost način. Nekaj jih je izpostavilo pomanjkanje specifičnih informacij, zlasti glede opozoril o morebitnih manj prijetnih stranskih učinkih, ki se lahko pojavijo med postopkom. Menijo, da bi se v primeru opozoril nanje lahko bolje pripravile in jih ne bi presenetili, zaradi česar je bila izkušnja še manj prijetna.

3.5 RAZPRAVA

V sklopu prvega raziskovalnega vprašanja nas je zanimalo, kako ženske postopke OBMP doživljajo. Rezultati naše raziskave kažejo, da so postopki OBMP za ženske zelo čustveno obremenjujoči, ženske pa poročajo o širokem razponu in intenzivnosti tako pozitivnih kot negativnih doživljanj. Obdobje soočanja z neplodnostjo kot čustveno obremenjujoče opisujejo tudi različni drugi avtorji, ki navajajo, da soočanje z neplodnostjo pogosto predstavlja eno najtežjih izkušenj, ki celostno obremenjuje posameznika (Yakupova, et al., 2015; Taghipour, 2017; Andrei, et al., 2021; Sahraian, et al., 2024; Moutzouroulia, et al., 2025).

Med pozitivnimi občutki prevladuje občutek upanja, ki ga postopek OBMP, zlasti prvi, prinaša, saj ga dojemajo kot rešitev in konec njihovih težav soočanja z neplodnostjo. To se sklada z navedbami različnih avtorjev, ki postopke ZTO opisujejo kot možnost zdravljenja neplodnosti, ki parom, ki nikoli ne bi bili zmožni zanositi po naravni poti, omogoča, da zanosijo in imajo svoje biološke otroke (Bregar, 2015; Globevnik Velikonja, et al., 2016; Sousa-Leite & Boivin, 2025). Pri tem je treba poudariti, da je veliko intervjuvank izpostavilo doživljanje čustvenih nihanj, povezanih z izmenjevanjem občutkov upanja ter žalosti in razočaranj ob neuspehlih poskusih zanositve. Podobno ugotavljajo Yu in sodelavci (2021) ter Mohamed in sodelavci (2024), saj navajajo, da zdravljenje spremljajo čustveni vzponi, padci in negotovosti, vsak neuspeh pa lahko ogrozi celoten cikel. Intervjuvanje so kot posebej stresno izpostavljale obdobje med vstavitvijo zarodka in preverjanjem izida. Tudi Agostini in sodelavci (2017) navajajo, da je obdobje, ko se čaka na rezultate postopkov zdravljenja, ključno za poslabšanje psihološkega stanja.

Večina intervjuvank je poročala, da so tako med soočanjem z neplodnostjo kot med postopki OBMP doživljale čustveno stisko. Predvsem pri soočanju z neuspehim poskusom zanositve so začutile različno intenzivne negativne občutke (npr. od strahu do tesnobe, od jeze do besa, od razočaranja do obupa), pri čemer so nekatere omenile kumulativni učinek več neuspehlih poskusov. Do enakih ugotovitev so v svoji raziskavi prišli tudi Abdallah in sodelavci (2024) ter Masoumi in sodelavci (2025). Kot navajajo Volgsten in sodelavke (2010) se žalovanje v tem primeru dojema za normalen odziv na stresno situacijo. Tudi Mohamed in sodelavci (2024) navajajo, da so postopki OBMP za pacientke čustveno zahtevni, pogosto povzročajo stres, tesnobo in depresijo, ki jih dodatno poglobljajo dolgotrajna neplodnost, negotov izid, finančno breme, fizične obremenitve in strah pred neuspehom. Veliko intervjuvank je poročalo, da jim je bila postavljena diagnoza nepojasnjene neplodnosti, posledično je k njihovi psihološki stiski prispeval tudi občutek nemoči, o čemer so poročali tudi Sun in sodelavci (2025). Pri nekaterih intervjuvankah pa se je zaradi ponavljajočih se neuspehlih poskusov zanositve s postopkom OBMP razvil občutek krive. Tudi Guštin in sodelavci (2014) poudarjajo, da neplodnost močno vpliva na samopodobo in samospoštovanje, zlasti pri tistih, ki si močno želijo biološkega starševstva.

Večina intervjuvank je informacije o neplodnosti in postopkih delila zgolj z najožjim krogom bližnjih. Polovica je omenila, da so se v obdobju soočanja z neplodnostjo in postopki OBMP pogovorom o naraščaju ali soočanju z neplodnostjo raje izogibale, saj so jih doživljale kot neprijetne in čustveno naporene. Pogosto so jih dodatno prizadeli neprimerni odzivi okolice, saj so sogovorniki, ki z neplodnostjo nimajo izkušenj, problematiko obravnavali preveč poenostavljeno in površno. To nakazuje pomembnost odnosa družbe do neplodnosti nasploh. Omenjeno je bilo, da neplodnost v slovenski družbi še vedno predstavlja tabu, o čemer pišejo tudi Guštin in sodelavci (2014), ki poudarjajo pomen strokovnega ozaveščanja javnosti o problematiki neplodnosti, s čimer bi se zmanjšal pritisk na pare, ki se s tem problemom spopadajo. So pa intervjuvanke poročale tudi o čustveni stiski, ki so jo doživljale ob novicah o nosečnosti v njihovi socialni okolici. Težavnost soočanja z lastno neplodnostjo, novice o nosečnosti v krogu bližnjih, pritiski ali neprimerna vprašanja okolice itn. so pri nekaterih privedli do zmanjšanja količine socialnih interakcij z drugimi. To je skladno z ugotovitvami Allisona (2011), ki navaja, da se neplodnost še vedno večinoma dojema kot ženski socialni problem, kar pomeni, da ženske pogosteje naletijo na negativne in neprimerne odzive okolja. Ti odzivi lahko vodijo do socialne izolacije. O socialni osamljenosti govorita tudi Köksa in Goisis (2023), ki poudarjata pomen, ne toliko vloge intimnih partnerjev kot vloge družine in prijateljev. Hkrati številni avtorji navajajo, da ženske poročajo o negativnem vplivu zdravljenja neplodnosti tako na njihov partnerski odnos kot tudi na družinske in prijateljske odnose (Njogu, et al., 2022; Ismail & Moshahid, 2025; Mael-Ainin, et al., 2025; Wójtowicz, et al., 2025). Zadržanost žensk glede deljenja informacij, povezanih s postopki OBMP, se odraža tudi v tem, da so informacije v službi delile le v nujnih primerih in iz praktičnih razlogov (npr. daljša bolniška odsotnost, organizacija nadomeščanja). Kot pravi Courbiere (2020) je treba delodajalce pozivati k razumevanju situacije sodelavca, ki ima težave z neplodnostjo. Povedati pa je treba, da se odprtost glede teme neplodnosti odraža z nižjo stopnjo simptomov depresije, tako pri ženskah kot tudi pri moških, ki se soočajo z neplodnostjo, saj so na tak način deležni socialne podpore, ki je ključen varovalni dejavnik pri zmanjševanju izolacije in psihološke stiske tovrstnih parov (Peterson, et al., 2025).

Intervjuvanke so poudarile znatno psihološko in kognitivno obremenitev, ki jo OBMP nalaga parom. V obdobju pred in med postopki OBMP pari, zlasti ženske, svoj vsakdan pogosto prilagodijo, ali celo podredijo postopku, kar se odraža v spremembah običajne dnevne rutine, vključno z omejitvami ali prekinitvami prostočasnih aktivnosti, kar posledično vodi v splošno nižjo kakovost življenja v tem obdobju. Podobno ugotavljajo Wójtowicz in sodelavci (2025), ki navajajo, da imajo pari z reproduktivnimi težavami nižjo kakovost življenja kot tisti brez težav s plodnostjo. Tudi Guštin in sodelavci (2014) navajajo, da so raziskovalci pri neplodnih parih ugotovili nižjo kakovost življenja na področju duševnega zdravja, vitalnosti, čustvenega vedenja ter psihološkega, okoljskega, fizičnega in socialnega funkcioniranja. Na tej točki bi poudarili, da je nekaj intervjuvank jasno opisalo spremembo mentalne naravnosti po enem ali več neuspešnih poskusih OBMP. Od postopka so se zavestno kognitivno distancirale ter ohranile običajen življenjski slog in ritem, kar pa je prispevalo k manj stresnemu doživljanju celotnega postopka. Treba je poudariti, da so intervjuvanke jasno poudarile, da večji del bremena odpade na žensko, saj imajo postopki OBMP pri večini velik vpliv, tako na njihovo fizično kot psihološko počutje. Aplikiranje injekcij in punkcija sta pogosto ocenjena kot neprijetni. Učinki hormonske terapije se odražajo tako na psihičnem kot telesnem počutju. V večini primerov pa so tudi ženske tiste, ki prevzamejo večji del kognitivnega bremena (npr. informiranje, spremljanje protokola, usklajevanje terminov). To se ujema z ugotovitvami Taghipoura in sodelavcev (2017), ki poudarjajo, da ženske kljub enaki izpostavljenosti neplodnosti nosijo glavno breme zdravljenja, kar vpliva na njihovo celostno počutje. Tudi raziskava avtorjev Khetarpal in Singh (2012) je pokazala, da so ženske, ki se odločijo za OBMP, pogosto pod velikim stresom zaradi čustvene in fizične izčrpanosti, ki jo prinašajo ponavljajoči se postopki in neuspehi. V naši raziskavi nobena od intervjuvank ni prekinila postopka zdravljenja, saj so bodisi uspešno zanosile, ali v postopku še vztrajajo. Je pa treba poudariti, da Whynott in sodelavci (2023) psihološko breme, ki ga večinoma nosijo ženske, navajajo kot osrednji razlog opustitve zdravljenja neplodnosti.

Pri drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, katere dejavnike ženske doživljajo kot pomembne za njihovo počutje med in po postopkih OBMP. Intervjuvanke, vključene v našo raziskavo, so navedle širok spekter pomembnih dejavnikov, pri čemer lahko te

razdelimo na notranje in zunanje. V kategoriji notranjih dejavnikov so omenile biološke dejavnike, v sklopu katerih so izpostavile pomembnost ženskega splošnega zdravja kot tudi neposreden vpliv hormonov na ženskino čustveno doživljanje. V dolgem protokolu z agonisti GnRH ženske pogosteje doživljajo več stresa in nemira kot v kratkem protokolu z antagonistami. Predhodna hipofizna down-regulacija in daljše trajanje terapije povzročata menopavzi podobno hormonsko stanje, ki je povezano s pogostejšimi neželenimi učinki, kot so pridobivanje telesne mase, mišične bolečine, migrene in vročinski oblivi. Prisotne so tudi izrazite motnje razpoloženja, vključno z žalostjo, anhedonijo, utrujenostjo in tesnobo, kar je posledica inducirane hipogonadizma in lahko pomembno obremeni psihofizično funkcioniranje med postopki OBMP (Vasudevan & Bhuvanewari, 2024). Kot pomembno pa so poudarile doživljanje postopka ter psihološko pripravljenost ženske, predvsem njeno pozitivno miselnost oz. naravnost. Kot pomemben dejavnik, predvsem za prvi postopek, so omenile tudi pomembnost ustrezne informiranosti glede poteka oz. sosledja dogodkov, saj ta zmanjšuje strah, ki izvira iz negotovosti. Na ta vidik opozarja tudi Rothwell s sodelavci (2020), ki navaja, da nenehna negotovost predstavlja pomemben psihološki stresor, ki vpliva na duševno zdravje in počutje žensk, ki so v postopkih zdravljenja neplodnosti.

Med zunanjimi dejavniki so izpostavile podporo bližnjih, predvsem partnerja, pa tudi ožjih družinskih članov, prijateljev ter parov ali žensk s podobno izkušnjo. Pomembnost podpore bližnjih izpostavljata tudi Wojciechowska in Milska-Musa (2024). Ugotovitve poudarjajo, da ima podporno družinsko okolje ključno vlogo pri zmanjšanju tesnobe in depresije pri pacientkah, ki so vključene v postopek OBMP (Zou, et al., 2024). Kot je bilo že omenjeno, so intervjuvanke poudarile, da ženske v postopkih OBMP nosijo večinski delež fizične, psihološke in kognitivne obremenitve, zato je partnerjeva podpora ključnega pomena. Partnerji ženskam nudijo čustveno podporo, občutek ljubljenosti in varnosti. Ženskam je zelo pomembno, da partner zadovoljstva v vezi ne pogojuje z rojstvom otroka ter partnerke ne krivi za neplodnost. Slednje lahko povežemo z ugotovitvami Guština in sodelavcev (2014), ki navajajo, da se materinstvo dojema kot samoumevno in sinonim ženskosti, zato se neplodnost pogosto obravnava kot ženska krivda. Poleg partnerja pa lahko podporno delujejo tudi drugi bližnji, ožja družina in prijatelji. Pomemben vir podpore pa lahko predstavljajo tudi pari, ki se ali so se soočali z

izkušnjo neplodnosti. Tovrstne vezi se lahko spletejo med znanci ali pa prek družbenih omrežij. Parom oz. ženskam nudijo specifično podporo, saj si lahko izmenjujejo informacije, delijo izkušnje in si nudijo čustveno podporo. Kot zelo pomemben dejavnik pa je večina izpostavila tudi podporo, ki so jo ženske deležne med postopkom s strani zdravstvenega osebja, o čemer bomo podrobneje pisali v nadaljevanju.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo upoštevanje psihosocialnih vidikov neplodnosti v postopkih OBMP. Le nekaj intervjuvank, vključenih v našo raziskavo, je poročalo, da so se v obdobju soočanja z neplodnostjo in postopkih OBMP obrnile po strokovno pomoč (psihologe ali psihoterapevte). Pri tem so bili izpostavljeni tudi stroški, povezani s tovrstno pomočjo, ki si je finančno slabše situirani pari ne morejo privoščiti. Pri tem je treba izpostaviti pomembnost strokovnega svetovanja ženskam pri soočanju z neplodnostjo, kar poudarjajo različni avtorji. Goisis in sodelavci (2023) navajajo, da je svetovanje ženskam, ki so v postopkih OBMP, posebej pomembno, kadar postopki niso uspešni. Yakupova in Zakharova (2014) navajata, da psihološka podpora zmanjšuje tveganje neuspeha, povečuje možnosti za uspešno nosečnost ter olajša prilagoditev na starševstvo. Kot navajata Bidgoli in Roudsardi (2018) je več raziskav pokazalo, da so neplodne ženske, ki so bile deležne svetovanja, doživele veliko manj z neplodnostjo povezanega stresa in so znatno izboljšale strategije spopadanja, v primerjavi s tistimi, ki niso prejele svetovanja. Menijo, da lahko svetovanje učinkovito zmanjša stres, ki ga doživljajo neplodne ženske, ki se zdravijo s postopki OBMP. Te raziskave poudarjajo pomembnost vključitve svetovalnih storitev kot dela celovite oskrbe v primeru neplodnosti za obravnavanje psihološkega vpliva neplodnosti in izboljšanje počutja med postopkom OBMP. V naši raziskavi so intervjuvanke z več ponovitvami OBMP poročale o razvoju obrambnih mehanizmov in strategij soočanja, pri čemer so se pred morebitnim ponovnim neuspehom zaščitile predvsem z regulacijo pričakovanj oz. nadzorom upanja.

V sklopu zadnjega, četrtega raziskovalnega vprašanja sta nas zanimala vloga in pomen komunikacije zdravstvenega osebja z žensko v postopkih OBMP, pri čemer sta nas zanimala tako informacijski oz. vsebinski kot odnosni oz. emocionalni vidik komunikacije. Kar nekaj intervjuvank je namreč omenilo, da so se kljub pozitivnim občutkom ob prvem poskusu soočale s strahom pred neznanim in strahovi, povezanimi s

tem (npr. strah pred injekcijami, stranskimi učinki zdravil), ter da so bile v nadaljnjih poskusih zaradi boljše seznanjenosti s potekom bolj sproščene, kar odraža pomembnost ustrezne komunikacije in predaje informacij parom oz. ženskam v postopkih OBMP. Tudi Wojciechowska in Milska-Musa (2024) navajata pomembnost dostopa do strokovne pomoči ter ustrezne psihoedukacije, ki krepi razumevanje, znanje in občutek nadzora. Medicinske sestre imajo ključno vlogo pri podpiranju procesa neplodnih žensk, saj jim pomagajo sprejeti svojo situacijo ter se pripraviti na ponovno zdravljenje s postopkom OBMP, če je bil prejšnji postopek neuspešen (İnam & Güngör Satılmış, 2025).

Na osnovi odgovorov intervjuvank, vključenih v našo raziskavo, lahko zaključimo, da so bile te s komunikacijo zelo zadovoljne. Izpostavile so splošno zadovoljstvo s komunikacijo, marsikatera jo je opisala z zelo pozitivnimi pridevniki. Če se osredotočimo na informacijski vidik komunikacije, je večina izpostavila prejetje zadostne količine informacij, te pa so bile podane jasno in razumljivo. Polovica je izpostavila tudi dosegljivost zdravstvenega osebja za njihova vprašanja. To v skladu s smernicami Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE, 2025), kjer navajajo, da morajo zdravstvene ustanove zagotavljati potrebne informacije, kompetentnost, tako ustanove kot osebja, ter kontinuiteto zdravstvene obravnave, ker vse vpliva na dobro počutje parov v postopkih OBMP.

Intervjuvanke so omenile, da so se o postopkih OBMP informirale tako s pomočjo formalnih (stroka) kot neformalnih virov (pričevanja drugih parov, različne informacije, dostopne na družbenih omrežjih). Nekatere so izpostavile negativne vidike informiranja na družbenih omrežjih, saj se na tem viru širijo netočne, nepreverjene in nestrokovne informacije. To dodatno poudarja pomembnost strokovnega informiranja, saj lahko pomanjkanje zanesljivih oz. izpostavljenost dezinformacijam krepi negotovost in strah. Čeprav osebna socialna podpora dokazano pozitivno vpliva na zdravje, je manj znano o vplivih socialnih interakcij prek družbenih medijev. Facebook kot ena največjih platform ponuja različne načine komunikacije, vendar raziskave o njegovem vplivu na dobro počutje, stres in zdravje kažejo neenotne rezultate. Nekatere študije ga povezujejo z višjo samozavestjo in boljším počutjem, druge pa opozarjajo na možne negativne učinke (Miller, et al., 2021).

Za ženske v postopkih OBMP pa je zelo pomemben tudi čustveni vidik komunikacije, ki se nanaša na način, na katerega je sporočilo podano, ter odnos sogovornika (npr. neverbalna komunikacija, izbira besed). Več kot polovica intervjuvank je izpostavila pozitivno naravnost zdravstvenega osebja, kar se je odražalo tako na verbalni (npr. ogovarjanje, pozitivne besede) kot neverbalni ravni (npr. nasmeh). Med konkretnimi navedbami so v največji meri izpostavljale prijaznost in empatijo, saj so imele občutek, da zdravstveno osebje njihovim mislim, pomislekom ali strahovom prisluhne in jih razume. Posebej so njihovo podporo cenile v težkih trenutkih, ko so bile deležne tolažbe in spodbud za naprej. To je skladno z ugotovitvami Mohameda in sodelavcev (Mohamed, et al., 2024), ki navajajo, da medicinske sestre nudijo svetovanje in zdravstveno vzgojo ter tako parom pomagajo zmanjšati stres in povečajo zadovoljstvo skozi celoten cikel zdravljenja.

Opisan odnos zdravstvenega osebja je bil skladen z navodili Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo ESHRE, da morajo ustanove, ki se ukvarjajo z neplodnostjo, zagotavljati psihosocialno in čustveno podporo ženskam v postopku OBMP, saj, kot navajajo Sax in Lawson (2022) ter Moutzouroulia in sodelavci (2025), uporaba psiholoških intervencij lahko pomaga ženskam soočiti se z izzivi, ki jih s seboj prinaša zdravljenje neplodnosti. V naši raziskavi se je kot eden od pomembnih vidikov pozitivne ali negativne ocene odnosa in komunikacije z zdravstvenim osebjem izkazal občutek, da zdravstveno osebje pri obravnavi ne hiti, ampak vsaki ženski nameni vso potrebno pozornost. To krepi občutek osebne in individualne obravnave, ki je ženskam v postopkih OBMP ključnega pomena, saj se ženske glede na osebne in klinične okoliščine (npr. vzroki, trajanje, število postopkov) zdravljenja neplodnosti zelo razlikujejo. Izpostavljeni dejavniki se skladajo s priporočili ESHRE (2025) za zdravstvene delavce ter za zdravstvene ustanove, ki se ukvarjajo z neplodnostjo. Poudarili so, da mora zdravstveno osebje s pacienti vzpostaviti primeren odnos, pokazati razumevanje, posvečati pozornost čustvenemu vplivu neplodnosti, posvečati pozornost posebnim potrebam vsakega pacienta ter biti občutljivi in zaupanja vredni. To so spodbudni rezultati, saj raziskave kažejo, da so na pacienta osredotočena oskrba, dobra komunikacija in učinkovita zdravstvena strategija, ključni elementi za optimalno obravnavo neplodnosti pri ženskah. Ti pristopi lahko tudi povečajo njihovo skladnost s smernicami za zdravljenje

neplodnosti in zmanjšajo fizično in psihološko obremenitev, povezano s postopki OBMP (Barrière, et al., 2019; Ismail & Moshahid, 2025).

3.5.1 Omejitve raziskave

Naša raziskava ima določene omejitve, in sicer:

- Izvedli smo kvalitativno raziskavo, zato rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo žensk, ki so v postopku OBMP.
- Interpretacija podatkov temelji na raziskovalčevi interpretaciji, zato obstaja tveganje za pristranskost (npr. empatija do udeleženk, lastna stališča o materinstvu, neplodnosti ipd.)
- Vse intervjuvanke so se zdravile v enem centru, zato lahko kontekst enega okolja vpliva na njihove izkušnje.
- Če intervjuvanke pripovedujejo o preteklih postopkih OBMP, lahko pride do spominskih popačenj.
- Intervjuji lahko povzročijo socialno zaželeno vedenje – intervjuvanke lahko omilijo negativne izkušnje ali jih oblikujejo tako, da se zdijo »družbeno sprejemljive«.
- Izkušnje postopkov OBMP so močno kulturno pogojene (npr. odnos družbe do neplodnosti, družinski pritiski, verska prepričanja). Če raziskava ne zajame teh razlik, se lahko izgubi širši kontekst.

4 ZAKLJUČEK

Reprodukcija je ključna za nadaljevanje vrste, pri ljudeh pa se lahko pojavijo težave, ki ustvarjajo občutek praznine. V magistrskem delu smo s fenomenološkim pristopom raziskovali doživljanje žensk med in po postopku OBMP, osredotočeni na njihove osebne izkušnje in občutke.

Rezultati so pokazali, da so izkušnje žensk kompleksne in tesno povezane z njihovim telesnim, čustvenim in socialnim doživljanjem. Poudarjajo potrebo po celostni podpori, ki vključuje ne le medicinske, temveč tudi psihološke in socialne vidike. Ženske želijo več informacij, empatije in aktivnega vključevanja v odločanje, kar izboljšuje zadovoljstvo in kakovost življenja.

Fenomenološki pristop je omogočil zajem unikatnih osebnih zgodb, ki pogosto ostajajo neopažene v kliničnem okolju. Zaključki poudarjajo pomembnost dobrega odnosa z zdravstvenim osebjem, upoštevanje čustvenih vidikov neplodnosti in aktivno vključevanje žensk v vse faze postopkov OBMP. Nadaljnje raziskave lahko prispevajo k boljšemu razumevanju neplodnosti in izboljšanju počutja žensk.

5 LITERATURA

Abdallah, M., Dawood, A.S., Amer, R., Baklola, M., Hamdey, I., Elkalla, R. & Elbohoty, S.B., 2024. Psychiatric disorders among females with prolonged infertility with or without in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection failure: a cross-sectional study. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 60(83), pp. 3-12. 10.1186/s41983-024-00858-0.

Agostini, F., Monti, F., Andrei, F., Paterlini, M., Palomba, S. & La Sala, G.B., 2017. Assisted reproductive technology treatments and quality of life: a longitudinal study among subfertile women and men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(10), pp. 1307-1315. 10.1007/s10815-017-1000-9.

Ahmed, D., Buheji, M. & Albakri, N., 2020. Social Impact of IVF (After COVID – 19 Pandemic and New Normal). *Issues in Social Science*, 8(2), pp. 1-16. 10.5296/iss.v8i2.17763.

Aimagambetova, G., Issanov, A., Terzic, S., Bapayeva, G., Ukybassova, T., Baikoshkarova, S, Aldiyarova, A., Shauyen, F. & Terzic, M., 2020. The effect of psychological distress on IVF outcomes: Reality or speculations? *PLoS ONE*, 15(12), e0242024. 10.1371/journal.pone.0242024.

Allison, J., 2011. Conceiving silence: infertility as discursive contradiction in Ireland. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(1), pp. 1-21. 10.1111/j.1548-1387.2010.01123.x.

Andrei, F., Salvatori, P., Cipriani, L., Damiano, G., Dirodi, M., Trombini, E., Rossi, N. & Porcu, E., 2021. Self-efficacy, coping strategies and quality of life in women and men requiring assisted reproductive technology treatments for anatomical or non-anatomical infertility. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 264(45), pp. 241-246. 10.1016/j.ejogrb.2021.07.027.

Armah, D., van der Wath, A., Yazbek, M. & Naab, F., 2021. Holistic management of female infertility. *African Journal of Reproductive Health*, 25(2), pp. 150-161. 10.29063/ajrh2021/v25i2.15.

Assaysh-Öberg, S., Borneskog, C. & Ternström, E., 2023. Women's experience of infertility & treatment – A silent grief and failed care and support. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37(2023), pp. 1-14. 10.1016/j.srhc.2023.100879.

Banjac, M., 2020, *Uvod v kvalitativne metode zbiranja podatkov. Opazovanje, intervju in fokusna skupina*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta z družbene vede.

Barrière, P., Avril, C., Benmahmoud-Zoubir, A., Bénard, N. & Dejager, S., 2019. Patient perceptions and understanding of treatment instructions for ovarian stimulation during infertility treatment. *Reproductive Biomedicine and Society Online*, 9(2019), pp. 37-47. 10.1016/j.rbms.2019.08.003.

Başgöl, Ş., 2021. Psychosocial Adjustment, Depression, Anxiety, and Stress in Pregnancy Following Assisted Reproductive Treatment and Spontaneous Conception. *Bezmialem Science*, 9(4), pp. 457-464. 10.14235/bas.galenos.2020.5106.

Bernet, M., Quaas, A.M., von Wolff, M., Santi, A., Streuli, I., Wunder, D, Soom Ammann, E. & Büssing, A., 2025. Quality of life, spiritual needs, and well-being of people affected by infertility and its treatment: quantitative results of a mixed-methods study. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 42(6), pp. 1853-1862. 10.1007/s10815-025-03463-z.

Bidgoli, M.R. & Roudsardi, R.L., 2018. The Effect of Collaborative Infertility Counseling Model on Coping Strategies in Infertile Women Undergoing In Vitro Fertilization: a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(1), pp. 47-54. 10.15296/ijwhr.2018.09.

Borghet, M.V. & Wyns, C., 2018. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, pp. 2-10. 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012.

Braun, V. & Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101. 10.1191/1478088706qp063oa.

Bregar, S., 2015. Stiska zaradi neplodnosti in postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo v globalni perspektivi. *Socialno delo*, 54(5), pp. 281-294.

Burgio, S., Polizzi, C., Buzzaccarini, G., Laganà, A., Gullo, G., Perricone, G., Perino, A., Cucinella, G. & Alesi, M., 2022. Psychological variables in medically assisted reproduction: a systematic review. *Menopause Review*, 21(1), pp. 47-63. 10.5114/pm.2022.114404.

Ceran, M.U., Yilmaz, N., Ugurlu, E.N., Erkal, N., Ozgu-Erdinc, A.S., Tasci, Y., Gulerman, H. C. & Engin-Ustun, Y., 2020. Psychological domain of quality of life, depression and anxiety levels in *in vitro* fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycles of women with endometriosis: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(1), pp. 66-73. 10.1080/0167482X.2020.1787978.

Courbiere, B., Lacan, A., Grynberg, M., Grelat, A., Rio, V., Arbo, E. & Solignac, C., 2020. Psychosocial and professional burden of Medically Assisted Reproduction (MAR): Results from a French survey. *PLoS ONE*, 15(9), e0238945. 10.1371/journal.pone.0238945.

Crespo, E. & Bestard, J., 2017. Psychosocial needs of women and their partners after successful assisted reproduction treatment in Barcelona. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 29(3), pp. 90-99. 10.1016/j.rbms.2017.04.001.

De Castro, M.H.M., Mendonça, C.R., Noll, M., de Abreu Tacon, F.S. & de Amaral, W.N., 2021. Psychosocial Aspects of Gestational Grief in Women Undergoing Infertility Treatment: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Evidence. *International*

Journal of Environmental Research and Public Health, 18(24), 13143. 10.3390/ijerph182413143.

Delaunay, C., Gouveia, L., Santos, M.J. & Morais, R., 2023. (De)Bonding with embryos: The emotional choreographies of Portuguese IVF patients. *Social Science & Medicine*, 321, p. 115770. 10.1016/j.socscimed.2023.115770.

Dobrovc, S., 2018. Psihofizična priprava pacientke na oploditev z biomedicinsko pomočjo. In: Prelec, A., ed. *Pomen znanja za kakovostno obravnavo otrok, žensk in družine: zbornik predavanj. Postojna, 20. april 2018*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, pp. 13-20.

Domar, A.D., Rooney, K., Hackerm M.R., Sakkas, D. & Dodge, L.E., 2018. Burden of care is the primary reason why insured women terminate in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 109(6), pp. 1121-1126. 10.1016/j.fertnstert.2018.02.130.

ESHRE Guideline Group on Good Practice in IVF Labs, De los Santos, M.J., Apter, S., Coticchio, G., Debrock, S., Lundin, K., Plancha, C.E., Prados, F., Rienzi, L., Verheyen, G., Woodward, B. & Vermeulen, N., 2016. Revised guidelines for good practice in IVF laboratories, 2016. *Human Reproduction*, 31(4), pp. 685-686. 10.1093/humrep/dew016.

ESHRE, 2025. *Psychosocial care in infertility and MAR: How to meet patients' preferences. Pocket guideline*. [pdf] ESHRE. Available at: www.eshre.eu/guidelines [Accessed 10 September 2025].

Fallahzadeh, H., Mahmood Abadi, H.Z., Momayyezi M., Malaki Moghadam, H. & Keyghobadi, N., 2019. The comparison of depression and anxiety between fertile and infertile couples: a meta-analysis study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 17(3), pp. 153-162.

Ferreira Rodrigues Galinha de Sa, F.L., Henriques, M.A.P. & Velez, M.A.M.R.B.A., 2019. Phenomenology in nursing research: Mapping of doctoral theses in Portugal. *Revista de Enfermagem Referencia*, 23(4), pp. 9-20. 10.12707/RIV19038.

Goisis, A., Palma, M., Metsä-Simola, N., Klematti, R., Martikainen P., Myrskylä, M., Pelikh, A., Tosi, M. & Remes, H., 2023. Medically assisted reproduction and mental health: a 24-year longitudinal analysis using Finnish register data. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 228(3), e1-e24. 10.1016/j.ajog.2022.10.041.

Globevnik Velikonja, V., Lozej, T., Leban, G., Verdenik, I. & Vrtačnik-Bokal, E., 2016. The quality of life in pregnant women conceiving through in vitro fertilization. *Zdravstveno varstvo*, 55(1), pp.1-10.

Globevnik Velikonja, V., 2023. Psihološki vidiki neplodnosti, nosečnosti in starševstva v poznem reproduktivnem obdobju. In: N. Kozar, ed. *XV. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidije Andolšek – Jeras. Pozno reproduktivno obdobje*. Ljubljana: Slovensko združenje za reproduktivno medicino SZD, pp. 79-84.

Grønlund, M.M., Jølving, L.R., Möller, S., Wessehoeft, R. & Bliddal, M., 2025. Mental health during and after pregnancy in medically assisted reproduction: a danish cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 28(4), pp. 939-946. 10.1007/s00737-024-01553-y.

Guštin, K., Globevnik Velikonja, V., Vrtačnik Bokal, E. & Vidmar, L., 2014. Psihološke lastnosti neplodnih parov. *ANTHROPOS*, 1-2(233-234), pp. 25-42. 581.164:159.922.1:159.94.

İnam, O. & Güngör Satılmış, I., 2025. The effect of mindfulness-based nursing support on the psychosocial status of women receiving infertility treatment: a randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 25, p. 127. 10.1186/s12905-025-03659-6.

Ismail, R. & Moshahid, M., 2025. Psychological challenges in assisted reproductive technology: factors affecting women's mental health and strategies for well-being. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 2(1), pp. 106-112.

Jančar, N., 2018. Obravnava neplodnega para. In: A. Prelec, ed. *Pomen znanja za kakovostno obravnavo otrok, žensk in družine: zbornik predavanj. Postojna, 20. april 2018*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, pp. 5-12.

Jing, X., Gu, W., Xu, X., Yan, C., Jiao, P., Zhang, L., Li, X., Wang, X. & Wang, W., 2022. Stigma predicting fertility quality of life among Chinese infertile women undergoing *in vitro* fertilization–embryo transfer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(1), pp. 35-41. 10.1080/0167482X.2020.1778665.

Jo, M., Shin, H., Kabbe, A. & Kim, S.-J., 2024. Depressive symptoms and quality of life among women experiencing infertility: The moderating effect of perceived social support. *Heliyon*, 11(1), e41544. 10.1016/j.heliyon.2024.e41544.

Khetarpal, A. & Singh, S., 2012. Infertility: Why can't we classify this inability as disability? *Australasian Medical Journal*, 5(6), pp. 334-339. 10.4066/AMJ.2012.1290.

Kocjančič, N., 2022. *Psihološko doživljanje neplodnosti in znanje o neplodnosti - pregled literature: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Köksa, S. & Goisis, A., 2023. Loneliness during the Pregnancy-Seeking Process: Exploring the Role of Medically Assisted Reproduction. *Journal of Health and Social Behaviour*, 64(2), pp. 209-227. 10.1177/00221465231167847.

LoGiudice, J.A. & Massaro, J., 2018. The impact of complementary therapies on psychosocial factors in women undergoing *in vitro* fertilization (IVF): A systematic

literature review. *Applied Nursing research*, 39(1), pp. 220-228. 10.1016/j.apnr.2017.11.025.

Mael-Ainin, M., Bouet, P.E., Voillot, P., Malaab, J., Talmatkadi, M., Schück, S. & Massin, N., 2025. Using Social Media Data to Assess the Impact of Infertility on French Patients' Quality of Life: Retrospective Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e68094. 10.2196/68094.

Martínez-Borba, V., Andreu-Pejó, L. & Osma, J., 2025. Women's specifications to design a smartphone app to provide psychological care during reproductive treatments: Qualitative study with patients and professionals. *Women's Studies International Forum*, 110, p.103084. 10.1016/j.wsif.2025.103084.

Masoumi, S.Z., Abdoli, S., Kazemi, F., Pilehvari, S., Ahmadpanah, M., Khodakarami, B. & Fazli, F., 2025. Stress management through cognitive reconstruction and positive thinking in women with recurrent failed In Vitro Fertilization: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 25, p. 119. 10.1186/s12888-025-06533-9.

Miller, N., Pundak, C., Cohen, G., Issakov, G., Gluska, H., Gandelsman, E., Klochendler Frishman, E., David, L., Peretz Bookstein, S., Goldenberg J. & Wisner, A. 2021. Can social support on Facebook influence fertility outcomes? Infertility: original article. *Reproductive Sciences*, 29(1), pp. 212-219. 10.1007/s43032-021-00611-5.

Mohamed, H.M., Badia, T.S., Khalaf, S.A., Abdullah, S.O., Farghaly, T.A., Fetih, A.N. & Elwardyny Aly, S., 2024. Effect of health education program on knowledge, stress, and satisfaction among infertile women undergoing in vitro fertilization injection. *Middle East Fertility Society Journal*, 29(1), pp. 1-12. 10.1186/s43043-023-00160-8.

Moutzouroulia, A., Asimakopoulou, Z., Tzavara, C., Asimakopoulos, K., Adonakis, G. & Kaponis, A., 2025. The impact of infertility on the mental health of women undergoing in vitro fertilization treatment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 43(9), pp. 101072. 10.1016/j.srhc.2025.101072.

Niederberger, C. & Pellicer, A., 2018. Introduction. *Fertility and Sterility*, 110(2), p. 188. 10.1016/j.fertnstert.2018.06.005.

Njogu, A., Njogu, J., Mutisya, A. & Luo, Y., 2022. Experiences of infertile women pursuing treatment in Kenya: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 22(1), p. 364. 10.1186/s12905-022-01950-4.

Peterson, B., Taubman-Ben-Ari, O., Chiu, B., Brown, D. & Frederick, D.A., 2025. Infertility stigma and openness with others are related to depressive symptoms and meaning in life in men and women diagnosed with infertility. *Reproductive Health*, 22, p.7. 10.1186/s12978-025-01951-0.

Polit, D. F. & Tatano Beck, C., 2010. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. [online]. Available at: <https://books.google.si/books?id=7GtP8VCw4BYC&printsec=frontcover&hl=sl#v=onepage&q&f=false> [Accessed 7 September 2023].

Prosen, M. Vpetost žensk v kolesje medikalizacije. In: T. Štamberger Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik & M. Bulić, eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravju: druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj. Izola, 31. januar 2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 93-100.

Rooney, K.L. & Domar, A.D., 2018. The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), pp. 41-47. 10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney.

Rothwell, E., Lamb, B., Johnson, E., Gurtcheff, S., Riches, N., Fagan, M., Sabatello M. & Johnstone, E., 2020. Patient perspectives and experiences with *in vitro* fertilization and genetic testing options. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 14, pp. 1-12. 10.1177/2633494119899942.

Sahraian, K., Abdollahpour Ranjbar, H., Namavar Jahromi, B., Nam Cheung, H., Ciarrochi, J. & Habibi Asgarabad, M., 2024. Effectiveness of mindful self-compassion therapy on psychopathology symptoms, psychological distress and life expectancy in infertile women treated with in vitro fertilization: a two-arm double-blind parallel randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 24(1), p. 174. 10.1186/s12888-023-05411-6.

Sax, M.R. & Lawson, A.K., 2022. Emotional Support for Infertility Patients: Integrating Mental Health Professionals in the Fertility Care Team. *Women*, 2(1), pp. 68-75. 10.3390/women2010008.

Shandley, L.M., Hipp, H.S., Anderson-Bialis, J., Anderson-Bialis, D., Boulet, S.L., McKenzie, L.J. & Kawwass, J.F., 2020. Patient-centered care: factors associated with reporting a positive experience at United States fertility clinics. *Fertility and Sterility*, 113(4), pp. 797-810. 10.1016/j.fertnstert.2019.12.040.

Shin, H., Lee, J., Kim, S.-J. & Jo, M., 2021. Associations of Symptoms of Depression, Social Support, and Quality of Life Among Korean Women Who Experience Infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(6), e1 - e12. 10.1016/j.jogn.2021.06.007.

Simionescu, G., Doroftei, B., Maftai, R., Obreja, B., Anton, E., Grab, D., Ciprian, I. & Anton, C., 2021. The complex relationship between infertility and psychological distress (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(4), p. 306. 10.3892/etm.2021.9737.

Sousa-Leite, M. & Boivin, J., 2025. Does IVF make people happy? *Reproductive BioMedicine Online*, 50(4), p. 104834.

Streubert, H.J. & Rinaldi Carpenter, D., 2011. *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. 5th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Sun, J., Sun, B., Sun, X., Duan, Y., Hu, J., HU, K., Zhang, K., Cui, L. & Chen, Z., 2025. Emotional distress and assisted reproductive technology outcomes among women with unexplained infertility: a nested case-control study. *Archives of Women's Mental Health*, 28, pp. 1241-1250. 10.1007/s00737-025-01597-8.

Taghipour, A., Karimi, F.Z., Roudsari, R.L., Kimiaei, S.A., Mazlom, S.R. & Amirian, M., 2017. Women's perceptions and experiences of the challenges in the process of male infertility treatment: A qualitative study. *Electronic Physician*, 9(5), pp. 4349-4356. 10.19082/4349.

Vasudevan, R.S. & Bhuvanewari, M., 2024. The psychological effects of hormonal treatment on women under IVF treatment: A comprehensive review. *National Journal of Community Medicine*, 15(6), pp. 487-495. 10.55489/njcm.150620243829.

Vikström, J., Josefsson, A., Bladh, M. & Sydsjö, G., 2015. Mental health in women 20–23 years after IVF treatment: a Swedish cross-sectional study. *BMJ Open*, 5, e009426. 10.1136/bmjopen-2015-009426.

Volgsten, H., Skkoog Svanberg, A. & Olsson, P., 2010. Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, pp. 1290-1297. 10.3109/00016349.2010.512063.

Voultsov, P.P. & Taniskidou, A.I., 2021. Fertility treatment during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *African Journal of Reproductive Health*, 25(5), pp. 161-178. 10.29063/ajrh2021/v25i5.17.

Whynott, R.M., Summers, K.M., Mejia, R.B., Segre, L.S., Ryan, G. & Pawlak, S.A., 2023. Creating affiliations, learning, and mindfulness for in vitro fertilization patients (CALM IVF): a clinical trial. *F&S Reports*, 4(1), pp. 61-71. 10.1016/j.xfre.2023.01.002.

World Health Organization (WHO), 2023. *Infertility prevalence estimates 1990 – 2021*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO), 2024. *Infertility*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> [Accessed 9 August 2025]

Wojciechowska, P. & Milska-Musa, K.A., 2024. Quality of life and mental state of women trying to conceive using the in vitro method. *European Journal of Translational and Clinical Medicine*, 7(1), pp. 106-112. 10.31373/ejtc/189329.

Wójtowicz, K., Kot, J., Makara-Studzińska, M., Wdowiak, N., Filip, M., Wrobel, A., Wrobel, J., Matuszyk, D., Bojar, M., Bartosińska, J. & Wdowiak, A., 2025. Hormonal Status and Quality of Life of Women Treated for Infertility Before and During COVID-19 Pandemic in Poland. *Journal of Clinical Medicine*, 14, p. 721. 10.3390/jcm14030721.

Yakupova, V.A. & Zakharova, E.I., 2014. Psychological Conditions of Parenthood Formation in IVF. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 146, pp. 112-117. 10.1016/j.sbspro.2014.08.096.

Yakupova, V.A., Zakharova, E.I. & Abubakirov, A.N., 2015. The mental state of women with IVF pregnancy. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8(1), pp. 14-21. 10.11621/pir.2015.0102.

Yu, C., Li, W. & Deng, M., 2021. Hope and anxiety: The study of female embodied experience with assisted reproductive technology. *Chinese Journal of Sociology*, 7(2), pp. 138-170. 10.1177/2057150X211002982.

Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB), 2000. Uradni list Republike Slovenije št. 70/00.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB-A), 2025. Uradni list Republike Slovenije, št. 90/25.

Zou, F., Fang, Y., Lin, Y., Feng, Z., Cai, S., Huang, J., Zheng S. & Li, J., 2024. Pathway analysis of the impact of family function and self-efficacy on depression and anxiety in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *BMC Psychology*, 12, p. 749. 10.1186/s40359-024-02246-y.

6 PRILOGE

6.1 POJASNILO O RAZISKAVI ZA INTERVJUVANKE

Spoštovani,

sem Nina Pogačnik, študentka magistrskega študija zdravstvene nege na Fakultete za zdravstvo Angele Boškin Jesenice in pripravljam magistrsko delo z naslovom Doživljanje žensk med in po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo – fenomenološka študija pod mentorstvom doc. dr. Nine Jančar (Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika) ter somentorstvom doc. dr. Branka Bregarja (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice). Vaše sodelovanje v intervjuju je prostovoljno, zagotovljena vam bo največja možna mera anonimnosti in zaupnosti. Prepis intervjuja bo analiziran s pomočjo kvalitativnih raziskovalnih metod, rezultati ugotovitev analize pa bodo uporabljeni izključno za namene izdelave magistrskega dela.

Vodilna vprašanja v intervjuju bodo:

- Kdaj ste se prvič soočili s postopkom OBMP?
- Koliko postopkov OBMP ste imeli do sedaj?
- Kako opisujete svoje doživljanje postopkov OBMP?
- Kako se spopadate z obravnavo neplodnosti?
- Kako bi opisali počutje v svojem socialnem okolju (obsojanja s strani vaših bližnjih, vaše okolice, zaradi vključenosti v postopke OBMP)?
- Kako bi opisali podporo, ki jo dojemate s strani svojega partnerja?
- Kako bi opisali psihološko podporo s strani zdravstvenih delavcev?
- Kako ocenjujete seznanjenost glede postopkov OBMP s strani zdravstvenih delavcev?
- Koliko ste imeli možnost odločati o svojem zdravljenju tekom postopkov OBMP?

Za vašo pripravljenost za sodelovanje se vam vnaprej najlepše zahvaljujem!

6.2 SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI



6254

IZJAVA O POSREDOVANJU PODATKOV O POSTOPKU OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

univerzitetni
klinični
center
ljubljana



Spodaj podpisana _____, rojena _____

in

spodaj podpisani _____, rojen _____

se obvezuje, da bova izpolnila »**Formular o izidu postopka OBMP**« in ga v roku 1 meseca od zaključene nosečnosti posredovala po pošti na naslov: UKC Ljubljana, Klinični oddelek za reprodukcijo, Oddelek za OBMP, Štajmerjeva 3, 1525 Ljubljana.

Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIJZ) dovoliva, da lahko posreduje podatke iz zbirke Perinatalni informacijski sistem (NIJZ 17) in Fetalne smrti do 28. tedna nosečnosti (NIJZ 19) opredeljene v Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15 in 31/18) UKC Ljubljana, Kliničnemu oddelku za reprodukcijo, Oddelek za OBMP, Štajmerjeva 3, 1525 Ljubljana.

Hkrati izjavljava, da naju za potrebe posredovanja podatkov lahko pokličete ali nama pišete na:

- stacionarna telefonska številka: _____
- številki mobilnega telefona: _____ in _____
- elektronski naslov: _____

DOVOLIVA / NE DOVOLIVA (ustrezno obkrožite),

da za potrebe anonimne analize rezultatov v okviru študij Kliničnega oddelka za reprodukcijo zaposleni stopijo v stik z nama.

V Ljubljani, dne _____

Podpis pacientke: _____

Podpis partnerja: _____