

Špela Urh

NOVE TEHNOLOGIJE – STARE IDEOLOGIJE

OPLODITEV Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

UVOD

Neplodnost je problem vse več ljudi po svetu in svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da 80 milijonov prebivalcev na svetu prizadene neplodnost. Ocene so pogosto vezane na heterospolne ljudi v paru, za katere vemo, da je danes prizadet en par na deset prebivalcev. V Ameriki, na primer, je bil leta 1992 približno eden od šestih parov neploden, torej 5,3 milijone ljudi. Le 43 odstotkov teh je šlo skozi kakšno obravnavo neplodnosti (Blank, Merrick 1995). Od 80. let 20. stoletja stopnja neplodnosti konstantno narašča. V Sloveniji ima težave z neplodnostjo vsak peti par (podatki društva za informiranje, preprečevanje in zdravljenje neplodnosti Živa). Vzroki so najpogostejše pripisani okoljskim vplivom, genom, patološkim vplivom (ginekološka vnetja) in vedenjskim vplivom (odlašanje prvega rojstva). Kadar vzrok za neplodnost ni odkrit ali ni ozdravljiv, je naslednja možnost oploditev z biomedicinsko pomočjo. Gre za najstarejšo, najenostavnejšo in najširše uporabljeno metodo reprodukcije s tehnološko pomočjo (Blank, Merrick 1995: 86). Čeprav gre za razmeroma enostaven proces, je njegova uspešnost odvisna od številnih tehničnih dejavnikov (časa, kvalitete semen itn.). Prvo rojstvo s pomočjo darovane sperme se je zgodilo že v 19. stoletju, narašča pa v zadnjih desetletjih (v večji meri kot rezultat zamrzovanja in shranjevanja semen v tekočem dušiku). V ZDA je bilo s pomočjo umetne oploditve spočetih več kot 500.000 otrok, večina z darovano moško spolno celico (*op. cit.*: 86).

Pri umetni oploditvi gre za dva tipa oploditve – oploditev s semenom partnerja (v angleščini poznano kot AIH, *artificial insemination*

of husband) in oploditev s semenom darovalca (AID, *artificial insemination of donors*), pri čemer slednja zbuja etična, psihološka in socialna vprašanja (kot so razkritje identitete donorja, obveznosti do otroka, plačilo darovanega semena). Čeprav nove reproduktivne tehnologije (različni tipi umetnih oploditev in drugih reproduktivnih postopkov) dajejo upanje neplodnim parom, odpirajo tudi vprašanja ostalim vpletenim. Eno od teh se odpira na področju nastajanja novih kategorij mater in očetov (Blank, Merrick 1995: 99). Oploditve z biomedicinsko pomočjo ustvarjajo vsaj pet novih kategorij – genetsko mamo (ki omogoči žensko spolno celico), gestacijsko oz. biološko mamo (ki donosi otroka in so ji včasih rekli nadomestna mama), socialno (formalno) mamo (ki skrbi za otroka), genetskega očeta in socialnega (formalnega) očeta. Gre za nova razmerja, ki predstavljajo odmik od tradicionalnih bioloških razmerij (biološka mama in biološki oče). Več avtorjev (npr. Blank, Merrick 1995, Drglin 2002) je sicer mnenja, da je treba taka razmerja nadzorovati, vendar ne na način izključevanja določenih skupin ali partnerstev. Reprodukivne tehnologije bi morale biti dostopne vsem, saj gre za pozitivno pravico (Blank, Merrick 1995: 99). Ustavna dolžnost države je, da zagotovi možnost reprodukcije vsem, saj pri pravici do otrok ne razlikuje glede na spolno usmerjenost in zakonski status.¹ Posameznike država kljub

¹ Upošteva 14. in 55. člen ustave, Slovenija zagotavlja enake možnosti za vse pri svobodnem odločanju o rojstvu otrok.

temu izključuje, ko omogoča pravico do otroka le določenim skupinam upravičencev, medtem ko je selektivna do drugih. Gre za binarno razlikovanje; ko začnemo govoriti o pozitivnih pravicah le določenih skupin, s tem potegnemo črto, kjer ene vključimo, druge pa izključimo. Zakaj mora biti ženska, ki ne more donositi otroka, ker nima maternice ali ker ima razvojne nepravilnosti maternice, obsojena na življenje brez otroka oz. izključena pri pravici do otroka, ki bi ga lahko imela s pomočjo pogodbenega razmerja (npr. na način gestacijskega materinstva)? Ne glede na to, kje je postavljena meja, imajo vedno določeni ljudje omejeno možnost do določenih pravic. Sprejetje pozitivne pravice do umetne oploditve samskih žensk in istospolnih partnerstev in nadomestnega materinstva bi vplivalo na porast uporabe postopkov oplojevanja z biomedicinsko pomočjo, kar bi posledično spodbudilo tudi porast mreže reproduktivnih storitev oz. služb in navsezadnje povzročilo pritisk na vlado države, da bi finančno podprla te storitve.

PRAKSE IZKLJUČEVANJA ŽENSK PRI PRAVICI DO OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

Čeprav v Sloveniji rodnost upada in so v preteklih letih zaskrbljeni politiki v medijih dobesedno pozivali državljane k večji rodnosti², pa so možnosti enakega dostopa do oploditve z biomedicinsko pomočjo oz. umetne oploditve kot ene od poti do zanositve omejene zgolj na določen krog »upravičencev«. Tudi iz drugih držav je znano, da se politike redko osredotočajo na vse ženske enako. Vladajoči politični režimi pogosto vzdržujejo obstoječe meje oz. razlike med upravičenci ali pa razlike tudi sami ustvarjajo. Dostopnost reproduktivnih sistemov (kontracepcijska sredstva, splav, umetna oploditev) je pogosto odvisna od pripadnosti žensk družbenemu razredu. V Veliki Britaniji

in ZDA velja večja kontrola reproduktivnosti žensk delavskega razreda v slamovskih naseljih velikih mest; v obdobju apartheida pa je obstajalo razlikovanje po »rasah« (v Južni Afriki so bele ženske bolj spodbujali k rojevanju, temnopolte ženske, ki so želele dobiti plačano delo, pa so od tega odvrčali). Drugod je bila natalitetna politika odvisna od nacionalni in etnične pripadnosti (v Izraelu so imele do nedavnega brezplačen dostop do kontracepcije le Palestinke, medtem ko so Judinje spodbujali k čim večji rodnosti, torej da rojevajo otroke za svoje ljudstvo). Tudi ZDA imajo tradicijo izvajanja sterilizacije revnih žensk, migrantk in pripadnic etničnih manjšin (prim. Doyal 1995). Tudi Slovenija izvaja natalitetno politiko, ki razlikuje med zaželeno (heteroseksualna partnerstva) in nezaželeno reprodukcijo (istospolna partnerstva, samske ženske). Vsa obravnava na področju oploditve z biomedicinsko pomočjo je v Sloveniji namenjena zgolj heteroseksualnim parom, ki ne morejo zanositi po naravni poti, pa še to le kot skrajna možnost. Postopki umetne oploditve so omejeni zgolj na medicinski model, medtem ko je socialni vidik umetne oploditve popolnoma spregledan – spregledana so lezbična, gejevska, biseksualna in transpolna partnerstva (LGBT)³ in samske ženske.⁴

Kljub vse večji pluralizaciji družinskih oblik oz. družinskih načinov življenja (Švab 2002) v Sloveniji sistem umetnega oplojevanja favorizira tradicionalne, biološke oblike starševstva. Ta koncept se kaže v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo, ki omogoča oploditev le raznospolnim poročenim in zunajzakonskim parom (5. člen zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko

² Na primer Polona Zor, *Otrok ni le stvar dveh, ampak tudi javna zadeva*, Delo, 20. 11. 2006: 2; Marko Pečauer, *Pripravljeni na dvig rodnosti? Sobotna priloga*, 16. 12. 2006: 2; Renata Učman, *Čestitamo! Dobili ste otroka in denar!* Jana, 13. 2. 2007: 14.

³ V Sloveniji ni natančnega podatka o številu LGBT družin, saj zaradi negativne stigmatizacije te družine ostajajo skrite, anonimne, nedostopne. Gre za domnevno majhno skupino, ki pa je primerljiva z drugimi državami v Evropi (osebni pogovor z aktivistko na področju LGBT družin).

⁴ Po uradnih podatkih je bilo leta 2002 v Sloveniji 257.317 samskih žensk, kar je slabih 30 odstotkov vseh žensk nad 18 let (samske, poročene, vdove in razvezane) (Statistični urad RS, Popis prebivalstva 2002).

pomočjo). Oploditve z biomedicinsko pomočjo se vežejo le na moškega in žensko, ki ne more zanositi po naravni poti in ni mogoče pomagati z drugimi postopki zdravljenja neplodnosti. Zakonca ali zunajzakonska partnerja sta upravičena do oploditve z biomedicinsko pomočjo tudi v primerih, kadar ti postopki lahko preprečijo, da se na otroka prenese huda dedna bolezen. Vsaj eden od partnerjev, ki gre skozi postopek umetne oploditve, mora biti biološki starš. V Sloveniji lahko namreč ženska prejme le eno darovano spolno celico (samo žensko ali samo moško), ne pa obeh hkrati. V ospredju je torej močna ideologija biološke povezanosti med starši in otrokom in prepričanje, da je to edino pravo starševstvo, v čemer je zaslediti tudi vpliv krščanskih norm. Goody (2003: 211) ugotavlja, da so se v preteklosti družinske norme vedno spreminjale skupaj s krščanskimi doktrinami, kar je v nekaterih državah, kjer je katoliško usmerjeno prebivalstvo v večini, izrazilo še danes.

Ena od oblik izključevanja, ki se kaže v slovenskem prostoru na področju reproduktivnih politik, je tudi odnos do istospolnega partnerstva in samskega načina življenja. Istospolna partnerstva in samske ženske v Sloveniji nimajo pravice do oploditve z biomedicinsko pomočjo. Zalka Drglin (2002) navaja, da so samske ženske v 70. letih 20. stoletja v Sloveniji oz. na področju Jugoslavije imele možnost umetne oploditve. Zakon o zdravstvenih ukrepih je v tistem času določal širok krog upravičenk do umetne oploditve, ki je zajemal vse polnoletne razsodne zdrave ženske v starostnem obdobju, ki je primerno za rojevanje. Ugotavlja, da je v tistem času z umetno oploditvijo zanosilo vsaj 40 samskih žensk oz. žensk, ki niso živele v zvezi z moški (*ibid.*). Zdi se, da je bila pred več kot 30. leti pravica do svobodnega odločanja o rojstvu otrok pravičnejša kot danes. Na področju istospolnih partnerstev so po Greif (2002: 114) lezbijke in geji v primerjavi s sodržavljanji in heteroseksualnimi pari glede starševskih pravic prav tako v neenakopravnem, drugorazrednem položaju. To se poleg onemogočenih postopkov umetne oploditve kaže tudi v posvojitvah

otrok. Kljub haaški konvenciji o posvojitvah, ki omogoča individualne posvojitve in ne prepoveduje posvojitve istospolnih parov, si v Sloveniji istospolni pari prizadevajo za pravico do posvojitve kot individualni posvojitelji (samske osebe). Vendar so po mnenju Tatjane Greif (*op. cit.*: 125) v praksi možnosti posvojitve za geja ali lezbijko praktično nične zaradi konkurence in prednosti poročenih parov. Avtorica ugotavlja, da je tudi sicer možnost legalne enostranske posvojitve za lezbijke in geje zgolj teoretična in še to pod pogojem, da so obravnavane izključno kot samske osebe, čemur je pritrdila tudi anketa zaposlenih na centrih za socialno delo (anketo je izvedel resor za socialo ŠOU Ljubljana maja 2000), kjer so zaposleni izrazili nenaklonjenost do možnosti posvojitve za istospolno usmerjene osebe.

Tudi lezbične in gejevske družine družboslovna literatura navadno uvršča med t. i. netradicionalne, nekonvencionalne, alternativne oz. izbirne družine, socialne družine, govora je celo o »parastarševanju« (Urek 2005). Mojca Urek (*ibid.*) meni, da gre pri uporabi takih pridevnikov za poudarjanje odmika od »normalnega«. »Posebne« oblike družin znotraj takih kontekstov postanejo nekaj ločenega, inferiornega in neenakopravnega. Tudi javni govor o teh družinah je prežet s predsodki, še zlasti s skrbjo strokovne javnosti, kakšne posledice bi utegnili imeti življenje v njih na otroke. Psihologinja in raziskovalka netradicionalnih oblik družin Susan Golombok opaža (po Urek 2005), da so v argumentih proti novim družinskim oblikam opazne vsaj tri zakoreninjene predpostavke:

- bolj ko se družina odmika od prevladujoče norme dvostarševske heteroseksualne »zdrave« družine, tem večje je tveganje za otroka;
- na otrokov razvoj pomembneje vplivajo družinske strukture kot družinski procesi, kar pomeni, da je za otroka bolj pomembno, ali sta v družini dva starša ali en sam, ali je oče prisoten ali ne, ali so starši biološki ali ne, homoseksualni ali heteroseksualni ipd., kot pa kakovost družinskih odnosov;
- tretja skupina predpostavk se nanaša na poenostavljene povezave med netradicionalnimi

družinskimi strukturami in negativnimi posledicami za otroka (npr. iz enostarševskih družin naj bi izšli delikventni otroci, lezbijke in geji naj bi vzgajali homoseksualne otroke, otroci nebioloških staršev naj bi vse življenje pretrpeli v hrepenenju po svojih bioloških starših ipd.).

Susan Golombok (po *ibid.*) je ugotovila, da otroci, ki že od začetka živijo s starši, s katerimi niso biološko povezani (posvojeni otroci, otroci, rojeni s pomočjo reproduktivne tehnologije, otroci, rojeni v telesih gestacijskih mater), ali z lezbičnimi in gejevskimi starši, ne kažejo nič več psiholoških težav kot njihovi vrstniki iz tradicionalnih družin. To ovrača tudi mit, ki je pogosto prisoten v slovenski medicinski stroki, da je genetska povezava nujni pogoj za vzpostavitev močne vezi med starši in otroki.

NOVA POGODBENA RAZMERJA ZA NOVE OBLIKE STARŠEVSTVA

Medtem ko je umetna oploditev v Sloveniji pridržana za heteroseksualna partnerstva, ki ne morejo imeti otrok po naravni poti, pa vse več držav v Evropi in Ameriki omogoča oploditev samskih žensk in lezbičnih parov. Mnoge od teh držav omogočajo tudi nadomestno oz. gestacijsko materinstvo (Blank, Merrick 1995), za kar se odločajo ženske, ki zaradi razvojnih nepravilnosti maternice ne morejo donositi otroka, in gejevska partnerja, ki želita imeti biološkega otroka. Pravno urejeno je gestacijsko materinstvo v Veliki Britaniji, na Nizozemskem, Madžarskem, Avstraliji, Braziliji, Hong Kongu, Izraelu, Južni Afriki, v mnogih državah pa se uporablja brez zakonodaje in predpisov (Zaviršek 2006). Različne države izvajajo različne prakse, zato se odpira vprašanje, ali je strokovna etika zdravnikov povsod enaka.

V Sloveniji je taka oblika pogodbenega razmerja prepovedana (7. člen zakona o oploditvi z biomedicinsko pomočjo). Gestacijsko materinstvo je »poseben problem«, saj gre za zelo sporno obliko, ki odpira številna socialna, pravna in finančna vprašanja, na primer, kako ravnati v primeru bolezni otroka, kako ravnati, ko si kdo

premisli ipd. (Drglin 2002: 101). Nove tehnologije so v tujini ustvarile tudi nove kategorije mater in očetov, prav tako konflikte med temi kategorijami; sedaj je mogoče govoriti o vsaj petih starših (ne več le o dveh) – genetski mami (daruje jajčece), gestacijski oz. biološki mami (otroka nosi), socialni mami (otroka neguje), genetskem očetu in zakonitem očetu. Dokler ni bilo mogoče oplojevanje, zamrzovanje in shranjevanje jajčec, ni bilo dilem, čigav je zarodek, kdo je njegov »lastnik«. Z novimi tehnologijami pa so nastale tudi nove dileme o legalnem in moralnem statusu zarodkov (Blank, Merrick 1995). Vendar medicinska stroka v Sloveniji meni, da je »po etičnih in bioloških načelih mati otroka samo tista ženska, ki otroka rodi«. V Sloveniji strokovnjaki druge oblike absolutno zavračajo in jih opredeljujejo kot komercializacijo reprodukcije in ekonomsko izkoriščanje. »Do OBMP [oploditve z biomedicinsko pomočjo] ni upravičena ženska, ki namerava otroka po rojstvu odplačno ali neodplačno prepustiti tretji osebi (nadomestno materinstvo)« (dr. Bojana Pinter, vodja darovalnih postopkov na GK v Ljubljani, www.med.over.net, 26. 3. 2007). V medicinskih in laičnih krogih se kažejo številne etične dileme. Po Pinter »etična priporočila Sveta Evrope temeljijo na medicinski etiki in ne na vatikanskih navodilih,« kar pomeni, da etična načela oblikujejo strokovnjaki, ki vedo, kakšne vezi se spletejo med materjo, ki otroka nosi, in otrokom v maternici. »Ker ne želimo s postopki OBMP prizadeti ne matere ne otroka, nadomestno materinstvo ni utemeljeno« (*ibid.*).

RAZISKOVALNI PRISTOP K OBČUTLJIVI TEMI

Področje novih reproduktivnih tehnologij v Sloveniji je za raziskovalce občutljivo področje. Vprašanja, ki so se mi kot raziskovalki pri tej temi odpirala v premislek, so bila, kako najti sogovornike z izkušnjo umetne oploditve oz. darovano spolno celico, kako pristopiti k tem osebam in kako razviti zaupanje, da bi prišla do informacij, ki so predmet raziskave. Teme, ki se nanašajo na osebno, intimno, privatno, so v raziskovanju prepoznane kot »občutljive« teme

(Laine 2000). Gre torej za ljudi, katerih izkušnje so večini populacije neznane, slabo poznane ali jih večina tabuizira, zato o njih ne govorijo. Občutljivo raziskovanje zahteva razkritje obnašanja ali odnosa, ki navadno ostaja del privatnega, osebnega prostora in lahko sogovorniku zbuja občutke nelagodja pri izražanju. Gre za težke teme, kot so travma, smrt, bolezen, zdravstvene težave. Pri občutljivem raziskovanju gre torej za raziskovanje, ki posega v privatno sfero ljudi ali močno osebne izkušnje. Teme, ki so predmet raziskave, zahtevajo večjo občutljivost raziskovalca, če sam ni »eden od njih« oz. če sam »ne pripada« skupini, ki jo raziskuje, saj o malo znani temi tudi večina raziskovalcev malo ve ali pa je njihovo znanje napačno in polno predsodkov. V takih primerih je treba izbrati še posebej občutljive načine pristopanja. Kljub lastni občutljivi raziskovalni naravnosti nisem bila uspešna v iskanju neposrednih stikov z osebami, ki imajo izkušnjo umetne oploditve z darovano spolno celico. Čeprav sem se oprla na ključne osebe, ki imajo med ljudmi z izkušnjo umetne oploditve zaupen odnos, mi ni uspelo priti v neposreden stik z njimi. Svojo raziskavo in sebe sem poskušala predstaviti kot neogrožajočo, anonimno, zaupno, z vnaprej posredovanim vprašalnikom in s posredovanjem ključne osebe, a prav tako neuspešno.

Te ženske zaupajo zelo ozkemu krogu ljudi. Med sabo so zelo glasne, za zunanje pa potihnejo. Ko pride ena avtsajderka, kot ste vi, se zaprejo in so dokaj negativne. To je zelo travmatična tema za marsikatero. Dolge čakalne dobe, veliko denarja se porabi, veliko je vmes politike, veliko parov gre narazen (45-letna ženska, ki je imela več neuspešnih poskusov umetne oploditve v Sloveniji).

Odločila sem se za skrajno možnost in intervjuvanje prepustila predsednici društva za večjo rodnost Mojci Pirnat, ki je na podlagi vprašalnika, ki sem ga sestavila, izvedla pogovore s tremi pari. Pričujoče ugotovitve so torej rezultat treh intervjujev z dvema paroma, kjer je bila ženska oplojena z darovano moško spolno celico, in s parom, kjer je šlo za umetno oploditev z darovano žensko spolno celico. Sama pa sem opravila

tudi intervju z Mojco Pirnat in dvema ženskama, ki imata izkušnjo več neuspešnih poskusov umetne oploditve v Sloveniji, vendar ne z darovano spolno celico. Prav tako sem vprašalnik poslala na več odprtih internetnih forumov, kjer klepetajo osebe z izkušnjo neplodnosti, darovanja spolnih celic, umetnih oploditev ipd. (www.med.over.net, portal Živa, Mamina čakalnica). Čeprav je internetno raziskovanje ena od fleksibilnih inovativnih metod, ki omogoča veliko mero anonimnosti, pa tudi pri tem raziskovalnem pristopu nisem prišla do odgovorov. Vendar so osebe napisale nekaj odzivov na moje raziskovanje, ki sem jih uporabila v interpretaciji podatkov. Ena od žensk z izkušnjo umetne oploditve je odgovore na vprašanja poslala po elektronski pošti. Skupno je torej v prikaz podatkov zajetih šest intervjujev in nekaj internetnih komentarjev oz. izjav oseb z izkušnjo umetne oploditve in strokovnjakov s tega področja. Zaradi majhnega števila sogovornikov ugotovitev ni mogoče posploševati, pa vendar so uporabne kot začetek raziskovanja na tem področju.

SLOVENSKI INFORMATORJI

V heteroseksualnih skupnostih so pari začeli razmišljati o OBMP potem, ko je bila potrjena moška oz. ženska neplodnost. V Sloveniji je v medicinski obravnavi po potrjeni neplodnosti moškega ali ženske naslednji korak seznanitev z možnostjo umetne oploditve. Ženska, ki živi v istospolni skupnosti, pa pravi: »Glede na to, da sem lezbijka, je vprašanje, kaj me je na to napeljalo, dokaj na dlani. Otroka sem si želela in vedela sem, da ga nekoč tudi bom, če bo le vse okej z rodili.« Ker pa je v slovenskem prostoru pravica do OBMP omejena zgolj na pare, ki so diagnosticirani kot neplodni, kar pomeni, da morajo imeti na kliniki, ki vodi postopke, zdravstveno kartoteko pregledov in ugotovitvenih postopkov, se istospolni pari, ki niso nujno neplodni, v te postopke sploh ne spuščajo, temveč možnosti umetne oploditve iščejo v tujini. »Iz Velike Britanije so mi prvi odgovorili in so se bili tudi takoj pripravljeni prilagoditi temu, da sem iz tujine. Določeni postopki so bili opravljeni dosti hitreje, kot bi bili, če bi živela bližje. Skratka, šli

Preglednica: Podatki o sogovornicah in sogovornikih

Sogovornik	Starost	Vrsta skupnosti	OBMP v tujini ali SLO	Uspešnost oploditve
1. par	36 in 37 let	zunajzakonska, heteroseksualna	Slovenija	ne
2. par	35 in 39 let	zakonska, heteroseksualna	tujina	da
3. par	41 in 45 let	zakonska, heteroseksualna	tujina	da
4. ženska	35 let	zakonska, heteroseksualna	Slovenija	ne
5. ženska	36 let	zunajzakonska, heteroseksualna	Slovenija	ne
6. ženska	35 let	zunajzakonska, istospolna	tujina	da

so mi zelo na roko,« pravi lezbijka, mati otroka, oplojena v tujini.

Medtem ko medicinsko osebje na kliničnem centru v Ljubljani ne daje informacij, kje v tujini je mogoča oploditev samske ženske ali para, ki živi v istospolni skupnosti, so nevladna društva (npr. društvo za večjo rodnost in plodnost Slovencev in društvo za informiranje, preprečevanje in zdravljenje neplodnosti Živa) bolj občutljiva in odzivna na naraščajoče pluralne oblike partnerskega življenja v Sloveniji in njihove želje po otrocih. Internetni portal Živa, na primer, navaja klinike v tujini, ki izvajajo umetno oploditev ne glede na spolno usmerjenost ali samsko življenje žensk (<http://www.neplodnost.info/ziva/portal/index.php?topic=tc centri>). Internet je poleg iskanja informacij na društvih eden najpogostejših virov informacij.

Sogovorniki in sogovornice so bili stari med 35 in 45 let. Polovica jih živi v zakonski, polovica pa v zunajzakonski skupnosti, od tega ena v istospolni. Prav tako jih ima polovica izkušnjo umetne oploditve v Sloveniji, ostali v tujini. Dva para in ena ženska imajo otroke.

OSEBNI IN DRUŽBENI ODNOS DO NOVIH REPRODUKTIVNIH TEHNOLOGIJ

Ena najbolj izstopajočih ugotovitev raziskave je molk o osebnih izkušnjah umetne oploditve v širši javnosti. O osebnih izkušnjah sogovorniki najpogosteje molčijo, pogosto umetne oploditve ne razkrijejo niti najožji socialni mreži (družinskim članom, sorodnikom, prijateljem). Tema ostaja ozko osredotočena na zdravstveno osebje in člane društva, ki delijo podobno izkušnjo. Ti »lahko razumejo našo izkušnjo, saj tudi sami

nimajo otrok in vejo, kakšna trnova pot je to« (zakonski par z izkušnjo umetne oploditve z darovano spolno celico v tujini). »Nobenemu ne poveva, sama preživljava to čakanje, najtežjih je 14 dni, ko upaš, da se bo prijelo in bo žena zanosila. Oba sva nervozna, potem pa potrebujeva čas, da se pobereva« (zunajzakonski par z izkušnjo umetne oploditve z darovano spolno celico v Sloveniji).

Sploh nisva govorila o tem, ker je šlo za moško neplodnost in nihče tega ne razume. Okolica ni naklonjena niti do umetne oploditve, zlasti med starejšimi. Raje sva se izognila neprijetnim situacijam. O najinem problemu se nisva pogovarjala ne z družino ne z prijatelji. Ker nihče ne ve, poteka naše življenje normalno, saj sta otroka kot drugi otroci. Ljudje, ki z lahkoto pridejo do otroka, ne morejo razumeti, kako trnova je bila naša pot in boleča. (Zakonski par z dvema otrokoma z izkušnjo umetne oploditve z darovano spolno celico v tujini.)

Umetno oplojevanje ostaja področje zasebnega. Tema namreč obsega dve občutljivi področji, o katerih je ljudem neprijetno govoriti v javnosti, spolnost in zdravstvene težave oz. nesposobnost zanositve, ki pri moškemu in ženski zbuja občutke nepopolnosti. Pogosto moški, za katerimi do večletni poskusi, doseči zanositev, o sebi razvijejo občutke manjvrednosti oz. predstav, da »niso pravi moški, če ne morejo spočeti otroka« (ženska z izkušnjo večkratne umetne oploditve v Sloveniji). Eden od moških obrambnih mehanizmov pa je tudi pripisovanje krivde ženskam.

Se mi zdi, da je pri ženskah iz vaških okolij pritisk še močnejši s strani okolice, kjer so mnenja, da, če ženska nima otrok, ni prava žena. Poznam nekaj primerov iz mojega okolja. Zdi

se mi, da so bile te ženske pod pritiskom tudi s strani svojih partnerjev. Da so se morale bolj potruditi, da bi dobile svojega otroka. Poznam dva taka primera. (Ženska z izkušnjo večkratne umetne oploditve v Sloveniji.)

V družbi je prisoten mit, da je materinstvo največ, kar lahko ženska v življenju doseže, oz. narobe, da ni prava ženska, če nima otroka. To je še posebej izrazito v družbenih odzivih do žensk, ki se odločijo, da ne bodo imele otrok. Družba jih pogosto označi za sebične in odklonske.

Tabuizacija umetne oploditve se kaže tudi v odnosu staršev do otrok. Noben od sogovornikov iz heteroseksualne partnerske zveze, ki že ima otroka, ne želi o tem govoriti z otrokom oz. mu nima namena razkriti, da je bil umetno oplojen z darovano celico. »Nimava namena, da bi mu razlagala. To leto se bova poročila, da bom vpisan kot oče otroka« (zakonski par z enim otrokom z izkušnjo umetne oploditve z darovano spolno celico v tujini).

Da je bil otrok spočet z darovano spolno celico, tega nihče ne ve. Okolici niti otroku tega starši ne govorijo. Družina, starši, noben ne ve. Jaz poznam samo en par, kjer starši vedo. Ko en ve, vejo vsi. Jaz sem jim to tudi priporočala. Tak par bi bil stigmatiziran. Naša okolica je grozna. Tradicionalna, biološko osredotočena. Rekli bi: Ta pa ni njihov! Sedaj si pa predstavljajte, da en otrok od svojih staršev sliši. Kaj bo s tem otrokom v šoli? Otroku nima presoje, otroci bi verjetno kar nekaj izumili s svojo razlago. Ne vem. Če mene vprašate, tudi jaz ne bi nikomur povedala, ne v tem okolju. (Osebni pogovor z Mojco Pirnat.)

Pogosto tako prepričanje staršev izhaja iz skrbi, kakšne posledice bi utegnili imeti razkritje o umetni oploditvi na življenje njihovih otrok. Ta skrb je v veliki meri pod vplivom predsodka – bolj ko se družina odmika od klasične, tradicionalne, biološke družine, večje naj bi bilo tveganje za otroke. Oseba, ki živi v istospolni skupnosti, je bila edina, ki je izrazila odkrit odnos do otroka in umetne oploditve, o čemer bo z njim spregovorila, ko bo dovolj star, da bo razumel.

Imam mu namen povedati, ko bo malo večji. Najverjetneje v smislu, da je oče zelo, zelo prijazen gospod, ki je daroval del sebe mami, da je lahko nastal on, ki ga drugače nikoli ne bi bilo. Da niti jaz ne vem, kdo je, ampak da mora biti že v redu človek, če si je vzel čas, da pomaga ostalim. (Lezbijka, mati enega otroka, oplojena v tujini.)

STALIŠČA DO DRUGIH VIDIKOV SOCIALNEGA STARŠEVSTVA

Družbeni diskurzi opredeljujejo starševstvo kot izrazito biološki koncept. V preteklosti so bile ženske, ki niso mogle imeti svojih otrok, označene kot »jalove«, kar pomeni, da so veljale za telesno in duševno nepopolne ženske (Leskošek 2002). Ženske so na splošno veljale za prave ženske le tedaj, ko so bile tudi matere. Vesna Leskošek, ki je razpravljala o zgodovini žensk med letoma 1890 in 1940, piše o družbenih pritiskih na ženske; materinstvo je bilo izenačeno z ženskostjo, veljalo je za najlepši in najnaravnejši poklic, je ženski prirojeno, ženski da pravi pečat šele materinstvo ipd. (*op. cit.*: 221). Tudi Goody (2003) je pisal o ženski v 19. stoletju, ko so začeli izpostavljati pojem »moralno materinstvo«, po katerem sta skrb za otroke in vodenje doma najbolj cenjeni in izpolnjujoči ženski vlogi. Koncept materinstva je bil popolnoma vezan na biološkost, torej na žensko telo in sposobnost rojevanja.

Vendar starševstvo ni le biološka danost, saj gre tudi za fenomen, ki je socialno pridobljen. Ženska, ki otroka rodi, še ni njegova mati, temveč postane mati s čustveno navezanostjo, skrbjo in odgovornostjo do otroka (Zaviršek 2006). Sposobnost rojevanja je namreč biološko dejstvo, materinstvo pa spada na področje družbenega (in ni neizbežna usoda ženske, temveč je lahko izbira ženske – kot je npr. izbira oz. odločitev o oddaji otroka v posvojitev ali v tujini vse bolj razširjena praksa gestacijskega oz. nadomestnega materinstva). Alenka Švab (2002) ugotavlja, da se sodobne družinske oblike spreminjajo, odmikajo od tradicionalnega pojmovanja nuklearnih bioloških družin v nove, sodobne oblike družin, ki odražajo več

socialnega kot biološkega (reorganizirane, istospolne družine, družine, kjer enega od staršev nadomeščajo drugi sorodniki ipd.). Socialni starši so tisti, ki z otrokom nimajo biološke povezave, vendar so z njimi v tesni čustveni in socialni navezanosti (Zaviršek 2006). Gre za očiten odmik od biološkega starševstva k socialnim oblikam starševstva. Tudi pari in posameznice z izkušnjo umetne oploditve z darovano spolno celico so prepričani, da so za starševstvo bolj kot biološka povezanost pomembni socialni in čustveni odnosi z otroki. Izrazili so naklonjenost do sodobnih oblik reprodukcije (darovanje lastnih spolnih celic, nadomestno materinstvo) in posvojitve. Njihove zgodbe sporočajo, da je bolj kot biološka povezanost v ospredju želja po materinstvu in očetovstvu. Prepričani so, da lahko tudi z nebiološkim otrokom razvijejo enako kvalitetna čustvena razmerja. Vendar so bili pari, ki so se dolga leta trudili zanositi, naklonjeni ideji do posvojitve (kot eni od oblik socialnega starševstva) le kot skrajni možnosti. »Tudi posvojila bi, vendar se bova vseeno potrudila in potrpela še malo. S partnerjem imava še upanje, da nama bo uspelo zanositi v postopku umetne oploditve, čeprav se trudiva že vsega skupaj šest let« (ženska z izkušnjo večkratne umetne oploditve v Sloveniji). Favoriziranje biološkega starševstva v primerjavi s socialnim starševstvom se kaže v zakonodaji in na ravni vsakdanjih družbenih odnosov. Še vedno so močno prisotne splošne družbene podobe o družini, ki se nanašajo na skupnost ženske in moškega z biološkimi otroki (Švab 2002), redkeje z nebiološkimi. Strah, da bo družini z izkušnjo umetne oploditve pripisano nepravo starševstvo, je razlog, da o tem molčijo, kar pokažejo povzetki intervjujev v nadaljevanju.

V glavih ljudi je še vedno pomembno, da si biološki starš, za naju pa le to, da bi bila starša. (Partnerja v zunajzakonski skupnosti brez otrok z izkušnjo umetne oploditve z darovano spolno celico v Sloveniji.)

V naši družbi bolj pomembno biti biološki starš. Kar je pa čisto zgrešeno. Meni osebno bi bilo čisto vseeno, da ta trenutek izvem, da

sem posvojena. Zame sta moja starša zato, ker mi nudita ljubezen, podporo, razumevanje, ne pa zato, ker imamo iste gene. Dobrega starše naredi praksa, ne pa trenutek, ko se otrok rodi. (Lezbijka, mati enega otroka, oplojena v tujini.)

NOVE TEHNOLOGIJE – STARE IDEOLOGIJE

Na internetnem forumu www.med.over.net, ki je eden večjih strokovno moderiranih forumov v Sloveniji in pokriva poglavja o neplodnosti, nosečnosti, darovanju spolnih celic, ginekologiji in druge zdravstvene in socialne teme, najdemo vse več odprtih aktualnih tem, kot na primer »oploditev samske ženske«, »oploditev v tujini«, »nadomestno materinstvo« ipd.

Pojavlja se potreba po večji dostopnosti kroga upravičenk do postopkov OBMP, saj so med ženskami, ki želijo imeti otroka, tudi samske ženske in ljudje, ki živijo v istospolnih skupnostih, ki jih sedanja zakonodaja izključuje.

Zaradi dolgih čakalnih dob na postopek OBMP (v društvu Živa navajajo podatke, da morajo slovenski pari čakati več mesecev na preglede, ki jih v tujini opravijo v manj kot mesecu dni – od prvega obiska pri specialistu do začetka postopka umetne oploditve lahko mine tudi nekaj let) se vse več žensk oz. parov odloča za oploditev v tujini. To je v strokovnih medicinskih krogih spodbudilo razmišljanje o odprtju novega centra, kjer bi izvajali postopke OBMP.⁵

Odpira se vprašanje gestacijskega materinstva in drugih pogodbenih razmerij, kot je npr.

⁵ Pobude za odprtje tretjega centra na Primorskem takratni minister za zdravje Andrej Bručan ni sprejel kot utemeljene. Bručan je zavrnil predlog za odprtje novega centra za oploditev z biomedicinsko pomočjo, ki bi deloval v okviru ZD Nova Gorica, čeprav so bili izpolnjeni vsi formalni pogoji. »Ministrstvo za zdravje ugotavlja, da ni pogojev za ustanovitev novega centra za oploditev z biomedicinsko pomočjo. Trije takšni centri v Sloveniji so dovolj. [...] Nov center ni potreben. Po evropskih merilih ustreza na milijon prebivalcev en center za oploditve z biomedicinsko pomočjo, kar pomeni, da Slovenija s tremi centri že presega ta merila.« (Vir: »Minister ne dovoli četrte klinike«, brezplačne časopis *Dobro jutro*, 13. 4. 2007, <http://dobrojutro.net/?stran=novice&tip=17&id07928>).

darovanje spolnih celic med sorodniki. Sedaj je darovanje popolnoma anonimno, prejemnica pa naključna, kar pomeni, da ženska ne more darovati svojih jajčnih celic sestri, ki že več let čaka na darovano jajčno celico. Prav tako ženska, ki ima sestro z razvojnimi nepravilnostmi maternice in ne more donositi otroka, lahko pa producira svoje jajčne celice, za njo ne sme donositi otroka.

Odpira se vprašanje, kako pridobiti več darovalcev spolnih celic. Po podatkih ginekološke klinike v Ljubljani (www.daruj.com) je do decembra 2005 za OBMP zaprosilo 237 parov, klinika pa je pridobila 106 darovalcev moških spolnih celic in 53 darovalk ženskih spolnih celic. Zaostreni so predvsem kriteriji darovanja, ki se vežejo na starost darovalk (le do 35 leta starosti, moški do 55), prav tako pa na donatorje vpliva tudi nujna anonimnost (ženske, ki ne morejo zanositi po naravni poti, so prepričane, da bi bilo mnogo več darovalk, če bi imela ženska pri darovani spolni celici sorodnice, sorodnika prednost. »Po zadnjih podatkih je na čakalni listi za ženske celice v Ljubljani 16 parov, za moške 26, v Mariboru pa 9 parov za moške celice. Čakalne dobe so dolge, brez novih donorjev, donork pa ni mogoče narediti nič. Uvoza nam ne dovolijo, denarja za široko propagandno kampanjo ni, altruistov pa premalo. Edina pozitivna stvar je povečanje nadomestila za zdravljenje v tujini.« (Po poročilu s sestanka komisije za OBMP Tomaž Babič, www.med.over.net, 20. 4. 2007.)

SOCIALNOPSIHOLOŠKA PODPORA ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V POSTOPKIH UMETNE OPLODITVE

Ko se človek oz. par sprijazni, da po naravni poti ne bo mogel imeti otrok, se lahko odloči za postopek umetne oploditve. Pot, ki jo prehodi do takrat, je zelo čustvena, stresna in pogosto travmatična, mnogo parov se tudi razide. Ženske se po podporo najpogosteje zatečejo k partnerjem, saj o teh težavah ne želijo govoriti s širšo okolico. Ženske, ki so imele več neuspešnih poskusov umetne oploditve v Sloveniji, so opozorile na pomanjkljivo strokovno podporo

medicinskega osebja na klinikah v Sloveniji. Klinike v Sloveniji, kjer opravljajo umetno oplojevanje, navadno »pacientom« omogočijo tudi svetovanje psihologa ali socialnega delavca, vendar sogovornice tam niso našle zelene podpore.

Ko sem brala v brošurah, kjer so navedene osnovne informacije o postopkih, piše, da imaš na voljo tudi svetovanje, ampak jaz nisem nikogar srečala, pa tudi oni mi niso nikogar ponudili. Verjetno, če bi izrazila željo, bi nekdo prišel. Pri možu sem imela največ podpore. (35-letna ženska z večkratno izkušnjo umetne oploditve v Sloveniji, brez otrok.)

V bolnici, kjer sem šla skozi postopek, je ena socialna delavka. Stopila sem do nje in jo vprašala, kako mi lahko pomaga, ker sem nervozna. Pa mi je rekla: Ja, to so pa hormoni. Potrebujete pomirjevala? Nisem jih želela, ker se mi zdi, da tega nisem potrebovala. Želela sem se pogovarjati, se očistiti. Se mi zdi, da socialni delavci, ki delajo v zdravstvu, hitro postanejo zdravstveni delavci. (36-letna ženska z večkratno izkušnjo umetne oploditve v Sloveniji, brez otrok.)

Klinika ima socialno delavko, psihologinjo in pravnika. Pari mi povejo, da se nobeden od teh ne pogovarja z njimi po človeško. Pogovor izvedejo popolnoma birokratsko. Samo toliko, da zberejo podatke. (Osebni pogovor z Mojco Pirnat.)

Tudi ženske, ki so na kliniki opravljale različne preglede in posege pred postopkom umetne oploditve, so bile nad delom zdravstvenega osebja razočarane. Pričakovale so več informacij o postopkih in več sočutja. Zato je eden od predlogov za kvalitetnejšo obravnavo potreba po večji občutljivosti strokovnjakov, ki prihajajo v stik z osebami v postopkih umetne oploditve.

Če sama nisem nič vprašala, mi niso nič povedali. Nikoli mi ni nihče jasno pojasnil, kakšen poseg sledi, ga podrobno opisal. Sam sem morala prej veliko vedeti, da sem sploh znala vprašati. Marsičesa pa nisem niti vedela. Odnos je bil tak, kot da tam sploh nisem bila

človek. Resnično mi je bilo grozno. Nobenih osnovnih informacij o posegu nisem dobila. Samo podpisala sem, da se z vsem strinjam, da za posledice niso oni krivi. Mogoče je bila celo moja napaka, da bi morala sama prej koga vprašati, vendar to sedaj vem. (36-letna ženska z večkratno izkušnjo umetne oploditve v Sloveniji, brez otrok.)

Sočutja na kliniki ni. Tudi sestra, ki mi je dala hormone, ko sem šla prvič po blažjo dozo hormonov, kasneje injekcije, mi je rekla: Ja, saj se boste morali kmalu za naslednjič še navaditi na injekcije. Kot da je že vedela, da postopek ne bo uspešen. Saj vem, da ne more vzbujati lažnega optimizma, vseeno sem pričakovala več sočutja, več spodbude. Zaposleni bi morali biti bolj senzibilizirani. Tudi jaz, ko imam slab dan, se potrudim, da sem prijazna do ljudi, s katerimi delam. (35-letna ženska z večkratno izkušnjo umetne oploditve v Sloveniji, brez otrok.)

Zelo sem pogrešala informacije in človeški odnos z več empatije. Razumem, da delajo z več uporabnicami, vendar je to občutljivo obdobje ženske. Bilo je zelo grobo. Se mi zdi, da sem pri zobozdravniku deležna boljšega pristopa kot pa tukaj, kjer bi ga res zelo potrebovala. Gre za precejšen poseg v telo. (Osebni pogovor z znanko, ki sta bila s partnerjem diagnosticirana kot neplodna, danes starša enega otroka po naravni poti.)

SKLEPNE UGOTOVITVE

Z uveljavitvijo in priznanjem novih družbenih razmerij, ki ne temeljijo zgolj na bioloških razmerjih, bi pridobili tudi večjo rodnost v Sloveniji. Tako ostaja praksa ozko osredotočena na ustvarjanje tradicionalnih oblik družin, pri čemer gre kritika predvsem na nepriznavanje družbene pluralnosti družinskih oblik in kršenje osebnih pravic posameznikov, ki naj bi po ustavi samostojno odločali o rojstvu otrok. Gre za institucionalno segregacijo na področju biološke reprodukcije, za »razlikovanje med zaželeno in nezaželeno reprodukcijo« (Zaviršek 2006). Posledično je otrok, rojenih

s postopki OBMP, malo,⁶ oploditve z darovano spolno celico so tabu, starši so označeni kot »nepravi« starši, znanih primerov nadomestnega materinstva v Sloveniji pa ni.

Darja Zaviršek (2006) pravi, da v Sloveniji nove reproduktivne metode reproducirajo stare neenakosti, saj favorizirajo biološko reprodukcijo znotraj tradicionalne zakonske zveze in pri tem ne odstopajo od konstruirane »naravne danosti« nadaljevanja vrste. Definicija družine se je že davno redefinirala (Švab 2002, Greif 2002, Zaviršek 2006), čemur pa ne sledijo spremembe v zakonodaji, ki bi tem pluralnim družinskim oblikam omogočila rojstvo otrok in enake starševske pravice (npr. roditeljske pravice nebiološkemu staršu v istospolni skupnosti). Prav tako (ali pa tudi prav zato) tudi širša družba težko razume socialne oblike starševstva. Pogovori z osebami, ki imajo izkušnje umetne oploditve, so pokazali, da je umetna oploditev z darovano spolno celico, kjer gre za obliko socialnega starševstva (eden od staršev ni biološki starš), velik tabu. Osebe o tem pogosto molčijo, saj so prepričane, da bi jih okolica, ker je v njihovo naravo (telo) posegla tehnologija (»umetna« oploditev proti »naravni«), označila za »neprave«, nesposobne starše. Ideja o popolnem starševstvu je tako vezana na »naravno«, na tisto, kar je sposobno telo samo. Čeprav sta znanost in reproduktivna tehnologija napredovali, lahko govorimo o ideološki regresiji. Zdi se, da znanost in družbena miselnost ne ujameta skupnega koraka. Postopki umetnega oplojevanja omogočajo nove oblike starševstva, vendar je v Sloveniji to omejeno zgolj na njegovo »tradicionalno«, biološko podobo (starševstvo kot skupnost moškega in ženske z otrokom). Kljub »boju« za višjo rodnost v Sloveniji je pravica do OBMP omejena pravica, ki določa, kateri otroci so v slovenski družbi zaželeni in kateri niso.

⁶ Po podatkih ginekološke klinike v Ljubljani (www.daruj.com) se je do decembra 2005 rodilo 64 otrok s postopki OBMP, 9 nosečnosti je bilo v teku, medtem ko je bilo v istem obdobju 237 prosilcev za oploditev z OBMP. Vse to pa prispeva tudi k manjšemu številu rojstev v nacionalni natalitetni statistiki.

VIRI

- BLANK, R., MERRICK, J. C. (1995), *Human Reproduction, Emerging Technologies, and Conflicting Rights*. Washington: CQ Press.
- DOYAL, L. (1995), Regulating Reproduction. V: Doyal, L. (ur.), *What Makes Women Sick*. New Brunswick: Rutgers University Press (93–124).
- DRGLIN, Z. (2002), Materinstvo in razvoj novih reproduktivnih tehnologij – usodna srečanja: Samice in/ali nadaljevanje vrste. *Časopis za kritiko znanosti*, 30, 95–108: 95–108.
- GOODY, J. (2003), *Evropska družina*. Ljubljana: Založba /cf*.
- GREIF, T. (2002), Otroci drugorazrednih državljanov: Istospolne družine v pravu in praksi. *Časopis za kritiko znanosti*, 30, 207–208: 109–132.
- LAINE, M. DE (2000), *Fieldwork, Participation and Practice: Ethics and Dilemmas in Qualitative Research*. London: Sage.
- LESKOŠEK, V. (2002), *Zavrnjena tradicija*. Ljubljana: Založba /cf*.
- ŠVAB, A. (2002), Nove družine – nove in stare ideologije? *Časopis za kritiko znanosti*, 30, 207–208: 75–77.
- UREK, M. (2005), Lezbične in gejevske družine v Sloveniji: Implikacije za socialno delo. *Družboslovne razprave*, 21, 49–50: 155–174.
- Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (2000). *Ur. l. RS*, 70/2000.
- ZAVIRŠEK, D. (2006), Zakonska zveza in njene omejitve. V: Kobe, Z., Pribac, I. (ur.), *Prava poroka? 12. razmišljanj o zakonski zvezi*. Ljubljana: Krtina (191–210).