

Sandra Bregar

STISKA ZARADI NEPLODNOSTI IN POSTOPKI OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO V GLOBALNI PERSPEKTIVI

Glede na svetovno zmanjševanje rodnosti in milijonsko število ljudi, ki se srečujejo z neplodnostjo, je uporaba postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo pomembna rešitev. Dejavniki, ki pripomorejo k visokim stopnjam neplodnosti, so v razvitih državah drugačni kot v ekonomsko manj razvitih. Visoka stopnja neplodnosti je v razvitih državah posledica poznejšega načrtovanja družine, v ekonomsko manj razvitih pa posledica spolno prenosljivih in tudi drugih okužb, povezanih z nezadostno zdravstveno oskrbo. Kulturni kontekst pomembno vpliva na obširne in dolgotrajne psihološke in socialne obremenitve tistih, ki se srečujejo z neplodnostjo. Čeprav so postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo pomembna rešitev iz stiske, ki je posledica neplodnosti, ti ostajajo predragi ali drugače nedostopni večini svetovnega prebivalstva. Regulacija, legalizacija in kriteriji upravičenosti do (so)financiranja reproduktivnih tehnologij se razlikujejo od države do države. S tem so številni prisiljeni k iskanju reproduktivne pomoči zunaj matične države, to pa ni brez nevarnosti. Globalna zagotovitev varne, cenovno dostopne in zanesljive storitve medicinsko reproduktivne tehnologije v 21. stoletju še zdaleč ni realizirana.

Ključne besede: reprodukcija, reproduktivna tehnologija, rodnost, načrtovanje družine, zdravstvena oskrba.

Sandra Bregar je doktorska študentka programa INDOSOW na Fakulteti za socialno delo, Univerza v Ljubljani, in raziskuje psihološko-socialno svetovanje za uporabnike postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo. Kontakt: sandra.bregar@gmail.com.

GLOBAL PERSPECTIVE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY AND PSYCHOSOCIAL EXPERIENCES OF INFERTILITY

With global declining in fertility rates and millions of people suffering from infertility, assisted reproductive technology provides an important solution. Factors that contribute to high rates of infertility are in developed countries different than in developing countries. Developed countries are postponing childbearing and therefore facing high rates of primary infertility. Even though there is little voluntary effort to postpone childbearing in developing countries, there are high rates of secondary infertility. This is a result of sexually transmitted infections, unsafe abortion and poor maternity care (leading to infections). Cultural background has a significant impact on the extensive and long-lasting psychological and social consequences of infertility. Despite the fact that assisted reproductive technology procedures provide an important solution for the hardships of infertility, they remain too expensive or otherwise inaccessible for the majority of the world's population. Regulation, legalization and criteria of eligibility for the funding and reimbursement of reproductive technologies vary significantly across different countries. Consequently many are forced to use cross border reproductive care, which is not without danger. Global ensuring of safe, affordable and reliable assisted reproductive technology services in the 21st century is far from being realized.

Keywords: reproduction, reproductive technology, fertility rates, family planning, health care.

Sandra Bregar is a PhD student in INDOSOW (International Doctoral Studies in Social Work) at the Faculty of Social Work, University of Ljubljana. Her main topic of interest is psychosocial counseling for people who are consumers of the assisted reproductive technologies. Contact: sandra.bregar@gmail.com.

Neploidnost v svetu

Svetovna rast prebivalstva se je upočasnila, saj se je celotna stopnja rodnosti¹ na svetovni ravni v zadnjih 60 letih prepolovila (Statistični urad RS 2014, Evropski parlament 2014: 7, Mascarenhas *et al.* 2012: 9). Na svetovni ravni se je celotna stopnja rodnosti zmanjšala s povprečnih 5 živorojenih otrok (v obdobju 1950–1955) na žensko na 2,5 otroka (v obdobju 2010–2015) (Statistični urad RS 2014). Globalen upad rodnosti je posledica številnih dejavnikov, med katerimi so: neplodnost, težave z zanositvijo, zavestno odločanje za življenje brez otrok, načrtno omejevanje rojstva otrok ter poznejše načrtovanje rojstva otrok (Šircej, Žnidaršič 2005: 40, Šircej 2006: 121, Nachtigall 2006: 871).

V članku se bom ukvarjala zgolj z enim dejavnikom, ki povzroča zmanjšanje rodnosti, to je neplodnost. Na milijone ljudi po svetu se spoprijema z neplodnostjo. Podatki o globalnemu številu neplodnosti variirajo, saj naj bi se z neplodnostjo po svetu spoprijemalo med 48,5 in

¹ Vrednost celotne stopnje rodnosti je povprečno število živorojenih otrok na žensko v rodni dobi (s predpostavko, da je doživela 49. leto starosti) (Statistični urad RS: Živorojeni otroci, Slovenija 2010).

186 milijonov ljudi (Inhorn, Patrizio 2015: 2–3). Zadnja raziskava, ki je analizirala globalno neplodnost, je potekala v obdobju 1990–2010. Raziskavo sta podprli Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) ter Fundacija Billa in Melinde Gates. V raziskavi so sodelovale ženske iz 190 držav (stare 20–44 let), ki so se spoprijemale tako s primarno kot s sekundarno neplodnostjo (Mascarenhas *et al.* 2012: 1). Rezultati so pokazali, da se globalno z neplodnostjo srečuje 48,5 milijonov parov. Od tega se 19,2 milijonov parov spoprijema s primarno neplodnostjo in 29,3 milijonov parov s sekundarno neplodnostjo. Kar 14,4 milijonov teh parov živi v južni Aziji, 10,0 milijonov parov pa v podsaharski Afriki (*op. cit.*: 8).

Raziskava je na novo definirala neplodnost in s tem zvišala merila, ki posameznice in posameznike uvrščajo v kategorijo neplodnosti. S tem se je zmanjšalo število ljudi, ki se srečujejo z neplodnostjo, zmanjšala pa se je tudi poročana globalna stopnja neplodnosti (s 186 milijonov na 48,5 milijonov neplodnih²). Tako raziskava ni uporabila klinične definicije neplodnosti, ki neplodnost definira glede na zmožnost oziroma nezmožnost zanositve, temveč je neplodnost definirala glede na rojstvo oziroma odsotnost rojstva živorojenih otrok. Po klinični definiciji neplodnosti je namreč par neploden, ko eno leto ne more zanositi, tudi če ima spolne odnose brez kontracepcijske zaščite v času plodne faze menstrualnega cikla ženske (Gnoth *et al.* 2005: 1144, Zegers-Hochschild *et al.* 2009: 1522).

V raziskavi se je primarna neplodnost nanašala na primere, ko se ni rodil živ otrok, sekundarna neplodnost pa na primere, ko ni bilo vnovičnega rojstva živega otroka (Mascarenhas *et al.* 2012: 8, 12, Inhorn, Patrizio 2015: 3). V kategoriji primarne in sekundarne neplodnosti so uvrstili tudi primere, ko so bile ženske pet let v zvezi (v primeru sekundarne neplodnosti 5 let od zadnjega rojstva otroka) in so si želele otroka, vendar kljub neuporabi kontracepcijskih sredstev niso znova rodile živega otroka (Mascarenhas *et al.* 2012: 3). Podatke o neplodnosti zagotavlja tudi The European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) ki trdi, da se kar vsak šesti par v življenju srečuje s problemom neplodnosti ali zmanjšane plodnosti (ESHRE 2014). Tudi v Sloveniji ima vsak šesti do sedmi par težave z zanositvijo (Zaviršek 2012: 134, Klinični oddelek za reprodukcijo 2014 a). Kljub različnim ocenam razširjenosti globalne neplodnosti se ta v zadnjih 20 letih ni občutno povečala (Mascarenhas *et al.* 2012: 9, 12).

Težave z zanositvijo se dogajajo zaradi patoloških (bolezenskih³), okoljskih (izpostavljenost težkim kovinam, industrijskim kemikalijam), prehranskih (pomanjkanje joda in selen) in vedenjskih vplivov (Nachtigall 2006: 871–872, Younglai *et al.* 2005: 43–44, 50, Mascarenhas *et al.* 2012: 9, Inhorn, Patrizio 2015: 13, Leke *et al.* 1993: 73). V razvitih državah je zmanjšanje rodnosti povezano s strogim načrtovanjem družine oziroma omejevanjem in poznejšem načrtovanjem rojstva otrok (Šircej, Žnidaršič 2005: 40, Nachtigall 2006: 871, Statistični urad RS 2013 b, Convington, Burns 2006: 414, ESHRE 2001: 1519, Rothman *et al.* 2013: 1963). K temu pripomore veliko dejavnikov, kot so: povečana udeležba žensk na trgu dela, doseganje vse višjih ravni izobrazbe, učinkovita kontracepcija, reproduktivna avtonomija⁴, ekonomska negotovost, odsotnost podpornih družinskih politik in spremenjena oblika partnerstva⁵ (Convington, Burns 2006: 414, ESHRE 2001: 1519, Rothman *et al.* 2013: 1963, Mills *et al.* 2011: 848, 852, 855, Zaviršek 2012: 132).

Mnogi želijo pred rojstvom otroka poskrbeti za dobre »začetne razmere«, s katerimi mu bodo omogočili visok življenjski standard (Šircej, Žnidaršič 2005: 40, Statistični urad RS 2013

² Ameriška raziskava »Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries« ocenjuje, da se je leta 2002 v ekonomsko manj razvitih državah (z izjemo Kitajske) več kot 186 milijonov žensk, ki so ali so bile poročene in v rodni dobi (od 15 do 49 let), srečevalo s primarno ali sekundarno neplodnostjo (Rutstein, Shah 2004: xiii).

³ Med patološke vplive uvrščamo obolenja (na primer endometrioza, sindrom policističnih jajčnikov), ki povzročajo neplodnost oziroma zmanjšajo plodnost (Klinični oddelek za reprodukcijo 2014 b, c).

⁴ Reprodukivna avtonomija se nanaša na sklepanje reproduktivnih odločitev brez zunanjih sil in pritiskov (Zaviršek 2012: 132). Posameznik ima tako pravico odločanja o tem, ali bo imel otroke, kdaj in s kom jih bo imel, kot tudi koliko jih bo imel (ESHRE 2009: 1008).

⁵ Posamezniki imajo danes pogosteje izkušnjo z nestabilnimi in številnimi partnerstvi ter s tem težave pri iskanju partnerja – vse to pripomore k poznejšemu odločanju za rojstvo otrok (Mills *et al.* 2011: 855).

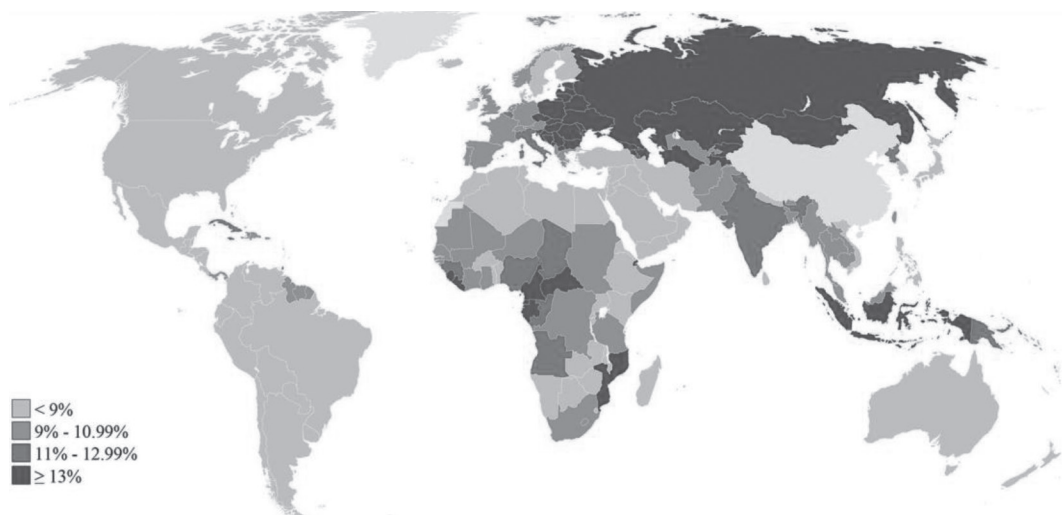
b, Ule, Kuhar 2003: 102–14). S poznejšim načrtovanjem družine pa se povečuje tudi starost žensk ob rojstvu prvega otroka. Veliko zdravnikov opozarja, da se ženskam po 30. letu starosti začne zmanjševati plodnost, to pa povečuje težave pri zanositvi (Šircej, Žnidaršič 2005: 40, Nachtigall 2006: 871, Statistični urad RS 2013 a). Ženske so izpostavljene tudi večji nevarnosti za spontano prekinitve nosečnosti. S tako problematiko se spoprijema tudi Slovenija, saj so bile ženske leta 2013 ob rojstvu prvega otroka v povprečju stare 29 let in ob rojstvu vseh otrok 30,5 let (Statistični urad RS 2013 a).

Leta 2010 je bila neplodnost najbolj razširjena v južni Aziji, podsaharski Afriki, severni Afriki, Bližnjem vzhodu, srednji in vzhodni Evropi ter srednji Aziji (Mascarenhas *et al.* 2012: 1). S primarno neplodnostjo se srečujejo predvsem razvite države, s sekundarno pa predvsem ekonomsko manj razvite (Lunenfeld, van Steirteghem 2004: 317, Nachtigall 2006: 872, Mascarenhas *et al.* 2012: 10). Sekundarna neplodnost ostaja najbolj razširjena oblika ženske neplodnosti na svetu (Inhorn, Patrizio 2015: 4, Rutstein, Shah 2004: 24–25, Nachtigall 2006: 872). Na sliki 1 je prikazana globalna razširjenost sekundarne neplodnosti pri ženskah, starih med 20 in 44 let, ki so že rodile živega otroka in si znova želijo rojstva otroka (podatki iz leta 2010). Temnejše kot je obarvana država, višja je stopnja sekundarne neplodnosti. Visoke stopnje sekundarne neplodnosti so v afriških državah, državah srednje in vzhodne Evrope ter državah srednje Azije povezane s pogostimi prekinitvami nosečnosti (Mascarenhas *et al.* 2012: 10). Nevarne umetne prekinitve nosečnosti, ki povzročajo številne zaplete in s tem tudi sekundarno neplodnost, so še posebej razširjene v državah, v katerih je prekinitve nosečnosti nezakonita oziroma jo izvaja nekvalificirano osebje, v nesterilnih razmerah (Leke *et al.* 1993: 75, Mascarenhas *et al.* 2012: 10). Številne nezaželene nosečnosti so posledica nedostopne kontracepcije in slabe ozaveščenosti o kontracepciji. V državah podsaharske Afrike je tako razširjeno prepričanje, da uporaba kontracepcije lahko povzroči trajno neplodnost (Ombelet *et al.* 2008: 608, 610).

Neplodnost v ekonomsko manj razvitih državah

Kontekst, kultura in vrednostni sistemi pomembno vplivajo na rodnost in posredno na neplodnost v določeni državi. Ekonomsko manj razvite države imajo pogosto nižje stopnje primarne neplodnosti, saj hitreje sklepajo zakonske zveze in s tem hitreje načrtujejo rojstvo otrok (Lunenfeld, van Steirteghem 2004: 318). V skoraj vseh kulturah Afrike zakonska zveza brez otrok predstavlja neuspeh, saj je najpomembnejši namen poroke imeti biološke otroke (Cui 2010: 881, Ombelet *et al.* 2008: 610, Leke *et al.* 1993: 74). V pronatalističnih družbah so tako ženske pogosto neločljivo povezane z vlogo matere in s tem omejene na svoje reproduktivne zmožnosti.

Slika 1: Globalna razširjenost sekundarne neplodnosti (Mascarenhas *et al.* 2012: 7).



V ekonomsko manj razvitih državah se ženske brez otrok srečujejo z diskriminacijo, stigmo, izobčenostjo s tem hudo socialno stisko (Cui 2010: 881, Allahbadia 2013: 293, ESHRE 2009: 1008).

Rita Sembuya (ustanoviteljica centra Joyce Fertility Support Centre v Ugandi) poroča o frustraciji in agoniji, ki jo doživljajo ženske, ki pridejo k njej v center: »Naša kultura zahteva, da mora imeti ženska vsaj enega biološkega otroka, če želi, da je socialno sprejeta« (Cui 2010: 881). Nezmožnost imeti potomce je pogosto obravnavana kot osebna tragedija in prekletstvo za par in vpliva na celotno družino in lokalno skupnost (Ombelet *et al.* 2008: 605). Nezmožnost zanositve zakonskega para prav tako lahko povzroči zakonsko nestabilnost, nasilje v družini, ločitev partnerjev, zunajzakonske zveze ali sklenitev ponovne zakonske zveze v kulturi, ki dovoli poligamijo. Ker krivdo za neplodnost nosijo ženske, te pogosto prenašajo zunajzakonske zveze partnerjev (Cui 2010: 881, Inhorn, Patrizio 2015: 4, 8, Ombelet *et al.* 2008: 605, 610). Zakonska nestabilnost in poligamija lahko pospešita širitev spolno prenosljivih okužb (HIV, gonoreja, klamidija), ki so v ekonomsko manj razvitih državah zelo razširjene (Ombelet *et al.* 2008: 608, Nachtigall 2006: 872).

Alternativa je sprejetje neplodnosti in s tem sprejetje življenja brez otrok, a to za številne ženske pomeni »socialno smrt« (Inhorn, Patrizio 2015: 4). Ženske, ki ne morejo imeti svojih otrok, partnerji pogosto zavrnejo, izgnane so iz družbe in živijo kot manjvredne in neuporabne izobčenke (Lunenfeld, van Steirteghem, 2004: 321). O tem pripoveduje tudi Ann iz Kampale (Uganda), ki se zaradi neplodnosti ni smela udeležiti tastovega pogreba (Cui 2010: 881):

Ko se zberejo sorodniki, govorijo veliko o svojih otrocih ali nosečnosti. To so trenutki, ko se počutim zelo izolirana. Ljudje te pogosto ne obravnavajo kot človeka in te ne spoštujejo ... Slišala sem tudi druge ženske govoriti, da sva z možem preklela.

Čeprav je življenje brez otroka v več kot polovici vseh primerov posledica neplodnosti pri moških, neplodnost v ekonomsko manj razvitih državah ostaja žensko socialno breme (Inhorn, Patrizio 2015: 1, Cui 2010: 881, Petok 2006: 37). Tako tudi v primeru neplodnosti pri partnerju ženske varujejo svoje partnerje in pravijo, da so one tiste, ki se spoprijemajo z neplodnostjo (Inhorn, Patrizio 2015: 8, Wischmann 2013, Cui 2010: 881–882). V zelo tradicionalnih kulturah diagnoza moške neplodnosti ostaja družbeno nesprejemljiva (Petok 2006: 38).

Mednarodne raziskave so prav tako pokazale, da se države zahodne, srednje in južne Afrike spopadajo z neobičajno visoko stopnjo neplodnosti, države vzhodne Afrike pa z razmeroma nizko (Mascarenhas *et al.* 2012: 10). Demografi Afrike so to opisali kot »neplodnostni pas Afrike« (imenovan tudi »infertility belt«). V nekaterih državah tega pasu v podsaharski Afriki je odstotek žensk (starih 25–49 let) s sekundarno neplodnostjo celo višji od 30 % (Ombelet *et al.* 2008: 607, Nachtigall 2006: 872, Rutstein, Shah 2004: xiii, Cui 2010: 881).

Visoka stopnja sekundarne neplodnosti je v ekonomsko manj razvitih državah posledica spolno prenosljivih okužb kot tudi drugih okužb, povezanih z nezadostno zdravstveno oskrbo (ob rojstvu otroka ali prekinitvi nosečnosti) (Nachtigall 2006: 872). Tudi kulturna praksa ženske genitalne mutilacije je pomemben dejavnik, ki v teh državah pripomore k visokim stopnjam neplodnosti (ESHRE 2009: 1008, Ombelet *et al.* 2008: 609). Nekatere ekonomsko manj razvite države (še posebej v Afriki) se srečujejo z demografskim paradoksom, imenovanim tudi »sterilnost med obiljem«, saj imajo zelo visoke stopnje rodnosti in hkrati zelo visoke stopnje neplodnosti (Inhorn, Patrizio 2015: 3, 4, Nachtigall 2006: 872, Cui 2010: 881).

Neplodnost v ekonomsko razvitih državah

Študija iz leta 2006 navaja, da se globalno z neplodnostjo srečuje 72,4 milijonov parov, od tega 11 milijonov parov v Evropi (Mascarenhas *et al.* 2012: 9). Izkušnja neplodnosti je vpletena v socialne strukture (družine, skupnosti, kulture) pa tudi v določen kontekst (kulturni in religiozni), zato je ne le individualna psihološka izkušnja, temveč tudi socialna (Convington, Burns 2006: 8). V številnih ekonomsko razvitih državah življenje brez otrok

velja za deviantno in je zato stigmatizirano (Miall 1994: 194–395, Oakley 2000: 169, 202, Allison 2011: 7–8). Tako so pogosto stigmatizirani tudi posamezniki in posameznice, ki se srečujejo z neplodnostjo (Lunenfeld, van Steirteghem 2004: 317). Kot v ekonomsko manj razvitih državah tudi v nekaterih ekonomsko razvitih neplodnost ostaja žensko socialno breme. Številne raziskave poudarjajo, da se ženske v ekonomsko razvitih državah pogosto srečujejo z neprimernimi in negativnimi odzivi socialnega okolja. Te izkušnje lahko povečajo intenzivnost doživljanja stiske zaradi neplodnosti in povzročijo socialno izolacijo. (Imeson, McMurray 1996: 1016, 1018–1019, Callan, Hennessey 1988: 292–293, Verhaak 2003: 128, Allison 2011: 2). Številni pari (še posebej moški) o svoji neplodnosti ne govorijo odkrito, saj se želijo izogniti neprimernim odzivom in tudi neprimernim nasvetom socialne mreže. Nekateri pari se tako izolirajo tudi sami, saj se bojijo, da ne bodo razumljeni. Pare, ki imajo otroke, pogosto povezujejo skupni življenjski dogodki in izkušnje (praznovanja, socialni dogodki in izkušnja starševstva), (Imeson, McMurray 1996: 1020).

Kljub hitro spreminjajočemu se družbenemu okolju Evrope ideali materinstva in družine ostajajo. Posamezniki se tako lahko soočijo s paradoksom, saj so ujeti tako med moderne ideale reproduktivne izbire in načrtovanja družine kot tudi med pronatalistične imperitive cerkva in držav (Allison 2011: 8). Tako številne ženske v ekonomsko razvitih državah čutijo pritisk, da morajo imeti biološke otroke (Akizuki, Kai 2008: 2737–2738, 2740). Ne glede na to se številne ženske v ekonomsko razvitih državah prostovoljno odločajo za življenje brez otrok (Gobbi 2013: 964). Na to odločitev vplivajo poznejše načrtovanje poroke, učinkovita kontracepcija, povečana udeležba žensk na trgu dela, visoka izobraženost žensk, sekularnost in ženska usmerjenost v gradnjo kariere (Gobbi 2013: 964, Lunenfeld, van Steirteghem 2004: 319). Ljudje lahko zmotno predvidevajo, da so se pari prostovoljno odločili za življenje brez otrok, saj ne vedo, da se srečujejo z neplodnostjo (Akizuki, Kai 2008: 2740–2741, Allison 2011: 8). O tem pripoveduje tudi Carol Anne z Irske (Allison 2011: 8):

Ljudje predvidevajo, da imaš čudovito življenje – hišo, nič otrok in nobenega, za katerega bi te skrbelo. Vendar ne poznajo celotne zgodbe ... Celo zavidajo nam!!! Ko bi le vedeli, kako zelo mi zavidamo njim!

Regulacija dostopa do postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo

Uporaba reproduktivnih postopkov je pomembna rešitev za številne pare, ki se srečujejo z neplodnostjo. Leta 1978 se je v Združenem Kraljestvu (Royal Oldham Hospital) rodila prva deklica (Luise Brown) s pomočjo najbolj odmevne tehnike zunajtelesne oploditve IVF (in vitro fertilisation) – bolj znana kot »oploditev v epruveti« (Chattopadhyay, Mehta 2013: 4). Pionirja te tehnike sta Sir Robert Geoffrey Edwards in ginekolog Patrick Christopher Steptoe. Le nekaj mesecev za tem se je v indijski Kolkati rodil drugi otrok, spočet s postopkom IVF, a je ostal v senci slave Luise Brown (Chattopadhyay, Mehta 2013: 4–5, Keržan 2008: 33). Do danes se je z uporabo postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) rodilo več kot 5 milijonov otrok (ESHRE 2014). OBMP ločimo na zunajtelesno in znotrajtelesno oploditev. Znotrajtelesna oploditev obsega predvsem vnos semenskih celic v spolne organe ženske in vnos jajčnih celic skupaj s semenskimi celicami v spolne organe ženske. Zunajtelesna oploditev pa obsega združitve jajčnih celic in semenskih celic zunaj telesa ženske in vnos zgodnjih zarodkov v spolne organe ženske (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo 2000, 4. člen).

Razvoj reproduktivnih tehnologij je na globalni ravni obsežen, saj je do leta 2010 več kot polovica svetovnih držav (105) razvilo storitve IVF ali pa so bili na pragu razvoja (Inhorn, Patrizio 2015: 5). Kljub temu se več kot polovica vseh postopkov izvede v Evropi, zato ostaja ta celina svetovna zibelka reproduktivnih tehnologij. Tudi Slovenija obsežno izvaja postopke OBMP, saj se z nordijskimi državami, Belgijo in Islandijo uvršča v sam vrh glede razpoložljivosti reproduktivnih postopkov (število izvedenih ciklov na milijon prebivalcev) (ESHRE 2014).

Z uspešnostjo postopkov OBMP pa se povečuje tudi število klinik in medicinskih ustanov, na katerih izvajajo postopke OBMP (Zaviršek 2013: 378, Inhorn, Patrizio 2015: 5). Po ocenah je leta 2010 na svetu obstajalo med 4000 in 4500 reproduktivnih klinik. Več kot četrtnina teh klinik je bila v samo dveh državah, na Japonskem (606–618 klinik) in v Indiji (500 klinik) (Inhorn, Patrizio 2015: 5). V Evropi⁶ je bilo leta 2010 največ klinik za reprodukcijo v Italiji (202), Španiji (160), Nemčiji (124), Rusiji (116), Franciji (107) in Združenem kraljestvu (72) (Kupka *et al.* 2014: 2101). Slovenija ima za dvomilijonsko populacijo na voljo tri klinike⁷, na katerih lahko do postopkov OBMP dostopajo zgolj pari.

Dostopnost do postopkov OBMP se je občutno povečala, saj je od leta 2000, ko so bili postopki dostopni le četrtnini svetovnega prebivalstva (45 članicam od 191 držav, ki jih vključuje Svetovna zdravstvena organizacija), do leta 2005 postala dostopna kar tretjini svetovnega prebivalstva (59 članicam od 191 držav, ki jih vključuje Svetovna zdravstvena organizacija) (Inhorn, Patrizio 2015: 5, Hudson *et al.* 2009: 61). Kljub temu se na svetovni ravni pojavlja reproduktivna zdravstvena neenakost, saj postopki OBMP ostajajo omejeni na določena ozemlja (Nachtigall 2006: 874, Inhorn, Patrizio 2015: 5). Hkrati z drugimi globalnimi neenakostmi je očitno tudi pomanjkanje medicinskih ustanov in klinik v državah z najvišjimi stopnjami neplodnosti. Države južne in srednje Azije ter države podsaharske Afrike imajo kljub visokim stopnjam neplodnosti najslabši dostop do postopkov OBMP. Te države najredkeje ponujajo zanesljive diagnoze neplodnosti kot tudi storitve zdravljenja neplodnosti (Inhorn, Patrizio 2015: 5, 8, 6, Mascarenhas *et al.* 2012: 8, 10). Tako je imelo leta 2010 manj kot tretjina podsaharskih afriških držav reproduktivne klinike (15 od 48 držav ali 31 %). Od teh 15 držav je bilo 7 takih, ki so imele eno samo kliniko (Inhorn, Patrizio 2015: 6). Prav tako so bile te klinike zasebne in v večjih mestih (ESHRE 2009: 1009). To kaže na dramatične neenakosti v regionalnem razvoju reproduktivnih klinik (*op. cit.*: 1010).

Na pokritost, dostopnost in uporabo reproduktivnih tehnologij odločilno vpliva tudi podpora politik (Rothmayr *et al.* 2004: 5). V Evropi obstajajo različni standardi in priporočila glede reproduktivne tehnologije, posledica tega pa so velike razlike glede dostopnosti različnih postopkov OBMP (ESHRE 2010: 1). Regulacija in legalizacija reproduktivnih tehnologij se tako razlikuje od države do države, saj nanjo vplivajo zgodovinske, socialne, politične, ekonomske in religiozne tradicije (Sorenson 2006: 4). Namen takih regulacij je lahko zaščita zdravja, varnosti in blaginje, to pa države zagotavljajo z zakonsko prepovedjo reproduktivnih tehnologij ali, nasprotno, z zagotavljanjem širokega spektra reproduktivnih tehnologij (Sorenson 2006: 1, Meyer 2009: 1). Kljub temu se tu pojavlja pomembno vprašanje, kako varovati blaginjo vseh, ki so vključeni v postopke OBMP (otroci, darovalci in darovalke spolnih celic, bodoči starši in nadomestne matere). Nekatere države določajo dodatne zakonske omejitve glede dostopa do postopkov OBMP (v primerjavi z drugimi omejitvami do zdravstvenih storitev), saj je upravičenost do postopkov pogosto odvisna od spolne usmerjenosti in partnerskega statusa posameznikov (Brigham *et al.* 2013: 669).

Čeprav so v Sloveniji postopki OBMP omejeni le na zakonske in zunajzakonske različnospolne pare, so v številnih državah na voljo tudi istospolnim parom⁸ in samskim ženskam (Brigham *et al.* 2013: 669, Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo 2000, 5. člen). V Sloveniji prav tako hkratna uporaba darovane jajčne celice in darovane semenske celice ni dovoljena (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve

⁶ Tu so upošteveni podatki 31 evropskih držav od 47 (Kupka *et al.* 2014: 2100).

⁷ To so: Univerzitetni klinični center Ljubljana (Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo), Univerzitetni klinični center Maribor (Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo) in Center za oploditev z biomedicinsko pomočjo v Postojni.

⁸ Istospolni partnerji so upravičeni do uporabe postopkov OBMP na Nizozemskem, Švedskem, v Belgiji, Izraelu, na Novi Zelandiji, Finskem, Danskem, v Grčiji, Španiji, Združenem kraljestvu, na Norveškem, v Braziliji, na Islandiji in v Avstriji (Brigham *et al.* 2013: 669, Sperling 2010: 365, Legge *et al.* 2007: 19, HCCH 2014: 13, European Commission on sexual orientation law 2014).

z biomedicinsko pomočjo 2000, 8. člen). Čeprav Slovenija prav tako ne dovoljuje darovanja zarodkov, to številne države dovoljujejo (Belgija, Finska, Grčija, Španija, Združeno kraljestvo, Francija, Portugalska, Nizozemska, Češka) (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo 2000, 13. člen, Brigham *et al.* 2013: 671, Culley *et al.* 2011: 2376). Države, ki ponujajo širok spekter postopkov OBMP (glede dovoljenih in razpoložljivih postopkov OBMP), pogosteje omejujejo dostop do reproduktivnih tehnologij, velja pa tudi obrnjeno (Rothmayr *et al.* 2004: 229).

V ekonomsko manj razvitih državah se večina postopkov OBMP izvaja v zasebnem zdravstvenem sektorju, to pa pomeni, da postopki ostajajo predragi in nedostopni za večino parov, ki se srečujejo z neplodnostjo (Cui 2010: 882, Allahbadia 2013: 293). Brez dostopa do nizkocenovnih postopkov OBMP morajo številni posamezniki plačati astronomske izdatke, da si lahko financirajo postopke OBMP v domači ali tuji državi. O tem pripoveduje tudi Ann iz Kampale (Uganda), ki je prodala svojo dediščino, da si je lahko plačala en cikel IVF (stal je 4900 \$ ali 4391,33 EUR) (Cui 2010: 882). Ker je bil postopek neuspešen, bo morala Ann za drugi postopek IVF varčevati kar 9 let (Cui 2010: 882). Veliko avtorjev opozarja, da reproduktivnih tehnologij ne smemo prepustiti zasebnemu sektorju, da je treba boljše urediti stroške in tveganja ter zaščititi udeležence teh tehnologij proti izkoriščanju (Hoerbst 2009: 5).

Tudi nekatere ekonomsko razvite države, kot so Združene države Amerike, imajo izjemno drage postopke OBMP, saj je en standarden cikel IVF leta 2006 stal 12.513 \$ (11.214,02 EUR), to je 50 % plače posameznikovega letnega zaslužka. Istega leta so bili stroški precej nižji v Združenem kraljestvu (6534 \$ ali 5855,70 EUR), skandinavskih državah (5549 \$ ali 4972,96 EUR) in Avstraliji (5645 \$ ali 5058,99 EUR), saj so posamezniki zanje odšteli približno 20 % povprečne letne plače. Na Japonskem so izdatki za postopke OBMP najnižji, saj so leta 2006 znašali 3956 \$ (3545,33 EUR) ali 12 % povprečne letne plače (Chambers *et al.* 2009: 2288, 2291). V Sloveniji standarden IVF postopek znaša 1433,49 evrov (Klinični oddelek za reprodukcijo 2014 č).

»Čezmejna reproduktivna pomoč«

Čeprav so v številnih ekonomsko razvitih državah stroški postopkov OBMP nižji in s tem finančno dostopni, številni posamezniki in posameznice reproduktivno pomoč iščejo v tujini. To iskanje pomoči se imenuje tudi »reproduktivni turizem« in je del fenomena vse večjega medicinskega turizma (Inhorn, Shrivastav 2010: 68S, Chambers *et al.* 2009: 2288, 2291). Izraz »čezmejna reproduktivna pomoč« je primernejši, saj ne stigmatizira tistih, ki svoje iskanje pomoči ne vidijo kot turizem, ampak prisiljeno nujo (Shenfield *et al.* 2010: 1361). Na odločitve za iskanje reproduktivne pomoči v tujini vplivajo številni dejavniki, kot so nezadovoljstvo s storitvami doma, dolge čakalne dobe za darovane spolne celice (predvsem za ženske spolne celice), zakonske omejitve (omejitev dostopa na podlagi previsoke starosti, spolne usmerjenosti ali partnerskega statusa; prepoved določenih postopkov), nedostopnost postopkov OBMP (pomanjkanje reproduktivnih klinik, specifični postopki OBMP, ki se ne izvajajo), visoke stopnje uspeha v tujini, iskanje anonimnih darovalcev spolnih celic ter nižji stroški reproduktivnih postopkov zunaj matične države (Mladovsky 2006: 5, Shenfield *et al.* 2010: 1363, 1366–1367, Poslovno poročilo ZZZS 2014: 75, ESHRE 2010: 2, Inhorn, Patrizio 2015: 2, Cui 2010: 882). Najpogostejši uporabniki reproduktivne pomoči v tujini so starejše ženske ali ljudje, ki potrebujejo darovano spolno celico (Pennings 2004: 2690, ESHRE 2010: 2). V lastni državi kar 160 milijonov Evropejcev ne more dostopati do postopkov OBMP z darovano spolno celico (ESHRE 2010: 2). Tudi Slovenija se srečuje z majhnim številom darovanih spolnih celic (predvsem ženskih) in torej dolgimi čakalnimi dobami, ki Slovence motivirajo za iskanje reproduktivne pomoči zunaj matične države (pogosta destinacija je Češka) (Zaviršek 2013: 380, Bregar 2012: 18–19, 58–59).

Čeprav je obseg čezmejne reproduktivne pomoči težko oceniti, se zdi, da se v svetu povečuje (Pennings *et al.* 2009: 3108, Inhorn, Patrizio 2015: 12). Kljub razširjenosti čezmejne reproduk-

tivne pomoči ta ni brez nevarnosti. Posamezniki in posameznice se srečujejo s pomanjkljivimi standardi, multiplimi nosečnostmi, nevarnostmi pri sporazumevanju zaradi tujega jezika in nevarnostmi zavajajočih informacij pri iskanju informacij na internetu in v drugih medijih (ESHRE 2010: 3, Blyth 2010: 14, Shenfield *et al.* 2011: 2–3).

(So)financiranje postopkov OBMP

Postavlja se vprašanje, ali je uporaba reproduktivnih tehnologij privilegij le tistih, ki si lahko stroške postopkov OBMP krijejo sami. Ena izmed najpomembnejših ovir dostopa do postopkov OBMP so namreč visoki stroški (Lunenfeld, van Steirteghem 2004: 317). (So)financiranje postopkov OBMP je tako ključna rešitev, saj omogoča univerzalen dostop do postopkov OBMP. Tudi tu države določajo različne omejitve glede upravičenosti do (so)financiranja postopkov OBMP v domači državi in tujini. Te omejitve se nanašajo na starost (moških in predvsem žensk) in število izvedenih postopkov OBMP. Prav tako so pogosto do (so)financiranja upravičeni le tisti, ki imajo zdravstvene razloge za uporabo postopkov OBMP (Brigham *et al.* 2013: 670).

V Franciji so tako do povračila stroškov upravičene ženske do 43. leta starosti, v Združenem kraljestvu, Belgiji in na Danskem do 40. leta, na Nizozemskem do 45. leta in v Grčiji do 50. leta. Nemčija in Avstrija pri (so)financiranju IVF starostno omejitev določata tudi moškimi (ženske do 40. leta, moški do 50. leta) (*op. cit.*: 670). Povezava med (so)financiranjem in uporabo postopkov OBMP je razvidna tudi na primeru Nemčije: leta 2004 je določila dodatno omejitev in s tem določila, da morajo pacienti plačati polovico stroškov MRT (pred tem jih je v celoti krila vlada). To je povzročilo dramatično zmanjšanje števila izvedenih letnih postopkov OBMP (ESHRE 2010: 2). Belgija, Francija, Nizozemska, Švedska in Izrael v celoti krijejo stroške postopkov OBMP (Brigham *et al.* 2013: 670). Tu izstopa Izrael, saj krije neomejeno število ciklov do rojstva dveh otrok (Sperling 2010: 365–367). Tudi Slovenija ima zelo dobro urejeno kritje stroškov, saj so postopki OBMP v Sloveniji brezplačni. Do njih so upravičene ženske do 43. leta starosti v primeru zdravstvenih težav (največ šest ciklusov do rojstva prvega otroka, potem še štiri za drugega otroka) (ZZZS 2014, 37. člen). V Sloveniji Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije prav tako omogoča vračilo stroškov (do višine cene te storitve v naši državi) za opravljene postopke OBMP z darovano celico v tujini (v primeru dolgih čakalnih dob) (Poslovno poročilo ZZZS 2014: 75).

S številnimi študijami so raziskovali, zakaj kupci oziroma države nerade financirajo postopke OBMP. Njihova nenaklonjenost temelji na stališču, da neplodnost ni bolezen, temveč izbira življenjskega sloga (posledica poznejšega načrtovanja družine, čezmerne teže, kajenja) (Hoorens *et al.* 2008: xxi, 21). Tako je pomembno, ali je uporaba postopkov OBMP videna kot medicinska intervencija, kot podpora za uresničitev pravice do otrok ali kot privilegij premožnih parov (*op. cit.*: 66). Kaže, da so države s klasifikacijo neplodnosti kot boleznii pogosteje financirale zdravljenje neplodnosti (*op. cit.*: 40, 59–60, 66). Tej klasifikaciji se pridružuje tudi Svetovna zdravstvena organizacija, saj pravi, da je neplodnost tako bolezen kot tudi hud globalni zdravstveni problem (ESHRE 2010: 4). Ko je uporaba postopkov OBMP obravnavana kot medicinska intervencija in ne podpora za uresničitev pravice do otrok, do postopkov in (so)financiranja niso upravičeni istospolni pari (Hoorens *et al.* 2008: xix, 13, 19). Tudi v Sloveniji je neplodnost definirana kot bolezen in tudi tu do postopkov OBMP niso upravičeni istospolni pari (Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo 2000, 5. in 3. člen). Drugi razlog za nenaklonjenost financiranja postopkov OBMP je preprost: reproduktivne tehnologije so pač predrage (Hoorens *et al.* 2008: 75).

Pomanjkanje storitev MRT kot oblika populacijskega nadzora

Postavlja se vprašanje, zakaj države z visokimi stopnjami neplodnosti te ne rešujejo, saj je neplodnost v večini primerov preprečljiva z zgodnjim odkrivanjem in ustreznimi antibiotiki

(Allahbadia 2013: 291, Inhorn, Patrizio 2015: 4). Kljub regionalni tragediji neplodnosti v ekonomsko manj razvitih državah ta pri vprašanih javnega zdravja zaradi populacijskega pritiska in nizkih dohodkov države ostaja zanemarjena ali izjemno neprioritetna (Inhorn, Patrizio 2015: 3–4, Cui 2010: 881). V ekonomsko manj razvitih državah se tako srečujejo s tremi etičnimi skrbmi: prenaseljenostjo, omejenimi viri in slabo usposobljenimi praktiki, ki ponujajo svoje storitve nič hudega slutečim in nepoučenim posameznikom in parom, ki se spoprijemajo z neplodnostjo (Allahbadia 2013: 291).

Pomanjkanje storitev MRT in preprečevanja neplodnosti je pogosto upravičeno kot oblika populacijskega nadzora – še posebej na področjih z visoko stopnjo rodnosti – na primer v pod-saharski Afriki (Inhorn, Patrizio 2015: 4, Nachtigall 2006: 874). Visoka stopnja neplodnosti s pomanjkanjem preprečevanja in zdravljenja neplodnosti je lahko utemeljena kot naravna rešitev za doseganje gospodarske dividende. Manjša rodnost lahko pripomore k spremembam v starostni strukturi, to pa koristi gospodarskemu razvoju (predvsem) ekonomsko najmanj razvitih držav. Povečanje deleža delovno sposobnega prebivalstva (in zmanjšanje deleža otrok in starejšega prebivalstva) državam omogoča višjo gospodarsko rast oziroma izkoriščanje demografske dividende. Taki argumenti podpirajo tiho evgenično stališče, da si ljudje iz ekonomsko manj razvitih držav ne zaslužijo zdravljenja neplodnosti. Prav tako premagovanje težav z neplodnostjo in zagotavljanje storitev MRT lahko nasprotujeta zahodnim interesom nadzora prebivalstva (Inhorn, Patrizio 2015: 5, Statistični urad RS 2014).

Morda to pojasnjuje, zakaj mednarodne organizacije tako redko namenjajo pozornost neplodnosti. Svetovna zdravstvena organizacija je pri tem izjema, saj ima že več let neplodnost za ključno vprašanje globalnega zdravja, zbira podatke o razširjenosti neplodnosti, izdala pa je tudi mednarodne standarde za laboratorijsko testiranje in diagnosticiranje neplodnosti (Inhorn, Patrizio 2015: 5). Kljub temu je zunaj Svetovne zdravstvene organizacije neplodnost redko priznana kot ključna prioriteta reproduktivnega zdravja (*ibid.*).

Oblikovalci politik na področju zdravstva so tako vse bolj pozvani, da integrirajo strategije za preprečevanje neplodnosti (Cui 2010: 881). Leta 2008 je Evropski parlament pozval države članice, naj parom zagotovijo pravico univerzalnega dostopa do postopkov zdravljenja neplodnosti. Parlament je prav tako pozval komisijo, naj upošteva občutljivo temo neplodnosti, zagotovi parom pravico univerzalnega dostopa do postopkov zdravljenja neplodnosti, pa tudi, naj zdravstvene in psihološke stroške zdravljenja neplodnosti pokrijejo sistemi socialne varnosti (ESHRE 2010: 3). Posameznikom mora biti tako na voljo psihološko-socialno svetovanje, ki jim zagotovi čustveno oporo, pomaga razumeti posledice zdravljenja neplodnosti in kako se spoprijeti z njimi. (Boivin *et al.* 2001: 1304).

Sklep

Glede na globalno zmanjšanje rodnosti in milijone ljudi, ki se srečujejo z neplodnostjo, je uporaba postopkov OBMP pomembna rešitev (ESHRE 2010: 2, Allahbadia 2013: 291). Posamezniki in posameznice se ob stiski, ki jo doživljajo zaradi neplodnosti, in ob uporabi postopkov OBMP srečujejo z obširnimi in dolgotrajnimi psihičnimi, fizičnimi in socialnimi obremenitvami (Cousineau, Domar 2007: 293–294). Kljub temu neplodnost globalno ostaja predvsem socialno breme žensk (Akizuki, Kai 2008: 2840, Inhorn, Patrizio 2015: 1, Cui 2010: 881, Petok 2006: 37). Tako v ekonomsko manj razvitih državah kot tudi v ekonomsko razvitih državah se številne ženske srečujejo s stigmatizacijo, socialno izolacijo in negativni odzivi iz okolice (Callan, Hennessey 1988: 292–293, Imeson, McMurray 1996: 1018–1019, Verhaak 2003: 128, Akizuki, Kai 2008: 2737, Cui 2010: 881, Allahbadia 2013: 293, ESHRE 2009: 1008).

V številnih družbah ostajata poroka in starševstvo ekskluzivni poti do odraslosti, zato je treba spodbujati alternative, kot so posvojitev, rejništvo, samsko življenje in življenje brez otroka (Inhorn, Patrizio 2015: 13). Zato sta ključna destigmatiziranje neplodnosti in podpora moškim in predvsem ženskam, ki so bili zaradi neplodnosti stigmatizirani, izolirani, preganjani ali celo

izgnani (Inhorn, Patrizio 2015: 13, Cui 2010: 881, Lunenfeld, van Steirteghem 2004: 321).

Dejavniki, ki pripomorejo k visokim stopnjam neplodnosti, so v razvitih državah drugačni kot v ekonomsko manj razvitih državah (Nachtigall 2006: 871–872, Cui 2010: 881, Šircej, Žnidaršič 2005: 40, Statistični urad RS 2013 b, Convington, Burns 2006: 414, ESHRE 2001: 1519, Rothman *et al.* 2013: 1963). Čeprav je v številnih ekonomsko razvitih državah primarna neplodnost posledica poznejšega načrtovanja rojstva otrok, številne longitudinalne študije dokazujejo, da poznejše načrtovanje pripomore tudi k večji družinski stabilnosti, boljšemu družinskemu funkcioniranju in stabilnejšemu ekonomskemu položaju staršev (Mills *et al.* 2011: 849, Convington, Burns 2006: 414, Rothman *et al.* 2013: 1963).

Poznejše načrtovanje rojstva otrok pozitivno vpliva na poklicno pot ženske in višino njene plače (Mills *et al.* 2011: 849). Tudi otroci imajo večje možnosti, da jih bodo starši vzgajali v spodbudnem in stabilnem okolju (*op. cit.*: 849). Čeprav pari v ekonomsko manj razvitih državah hitreje sklepajo zakonske zveze in tudi hitreje načrtujejo rojstvo otrok, se še vedno srečujejo z visoko stopnjo sekundarne neplodnosti (Lunenfeld, van Steirteghem 2004: 318). Ta je posledica zelo razširjenih spolno prenosljivih okužb, ki so v ekonomsko manj razvitih državah posledica pomanjkljivih ali odsotnih diagnoz kot tudi nepopolnih, neprimernih ali popolnoma odsotnih intervencij (Ombelet *et al.* 2008: 608).

Čeprav sta preprečevanje neplodnosti in uporaba postopkov OBMP v ekonomsko manj razvitih državah ključna, tu izrazito primanjkuje reproduktivnih klinik (Miall 1994: 194–395, Oakley 2000: 57, 169, 202, ESHRE 2009: 1009). V afriških državah pari lahko dostopajo le do redkih zasebnih klinik v večjih mestih, ki ponujajo izjemno drage storitve reproduktivnih tehnologij (ESHRE 2009: 1009, Cui 2010: 882). S tem je uporaba reproduktivnih tehnologij pogosto privilegij tistih, ki si lahko postopke OBMP krijejo sami (ESHRE 2009: 1009, Lunenfeld, van Steirteghem 2004: 317). Vidimo, da je neplodnost najtežje obvladljiva v ekonomsko razvijajočih se državah, saj velika večina ljudi nima skoraj nobene možnosti dostopa do učinkovitih postopkov OBMP (Allahbadia 2013: 291). Tudi v nekaterih razvitih državah postopki OBMP ostajajo predragi, zakonsko nedovoljeni ali drugače nedostopni (Mladovsky 2006: 5, Shenfield *et al.* 2010: 1363, 1366–1367, Poslovno poročilo ZZZS 2014: 75, ESHRE 2010: 2, Inhorn, Patrizio 2015: 2, 5, Cui 2010: 882, Zaviršek 2013: 378). Kljub vse večjemu številu reproduktivnih klinik so številni prisiljeni iskati reproduktivno pomoč v tujini (Shenfield *et al.* 2010: 1361, ESHRE 2010: 2). Čeprav čezmejna reproduktivna pomoč ponuja številne možnosti uporabe postopkov OBMP, je še vedno omejena na tiste, ki si to potovanje lahko privoščijo.

Čeprav so reproduktivne tehnologije na voljo že skoraj 30 let, globalna zagotovitev varne, cenovno dostopne in zanesljive storitve v 21. stoletju še zdaleč ni realizirana (Allahbadia 2013: 291, Inhorn, Patrizio 2015: 8, 12).

Viri

- Akizuki, Y., Kai, I. (2008), Infertile Japanese women's perception of positive and negative social interactions within their social networks. *Human Reproduction*, 23, 12: 2737–2743. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/23/12/2737.full.pdf> (26. 5. 2013).
- Allahbadia, G., N. (2013), IVF in developing economies and low resource countries: an overview. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 63, 5: 291–294. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3798433/> (30. 4. 2015).
- Allison, J. (2011), Conceiving silence: infertility as discursive contradiction in Ireland. *Medical Anthropology Quarterly*, 25, 1: 1–21. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21495491> (2. 7. 2015).
- Blyth, E. (2010), Fertility patients' experiences of cross-border reproductive care. *Fertility & Sterility*, 94, 1: e11–e15.
- Bregar, S. (2012), Oploditev z biomedicinsko pomočjo – med stisko in upanjem. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomska naloga).
- Brigham, K., B., Cadier, B., Chevreul, K. (2013), The diversity of regulation and public financing of IVF in Europe and its impact on utilization. *Human reproduction*, 28, 3: 666–675. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

- gov/pubmed/23223400 (13. 4. 2013).
- Boivin, J., Appleton, T. C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Corrigan, E., Daniels, K. R., Darwish, J., Guerra-Diaz, D., Hammar, M., McWhinnie, A., Strauss, B., Thorn, P., Wischmann, T., Kantenich H. (2001), Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Human Reproduction*, 16, 6: 1301–1304. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/16/6/1301.full.pdf+html> (20. 2. 2013).
- Callan, V. J., Hennessey, J. F. (1988), Emotional aspects and support in in vitro fertilization and embryo transfer programs. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 5, 5: 290–295.
- Chambers, G. M., Sullivan, E. A., Ishihara, O., Chapman, M. G., Adamson, G. A. (2009), The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. *Fertility and Sterility*, 91, 6: 2281–2294. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19481642> (20. 5. 2015).
- Chattopadhyay, M. K., Mehta, R. (2013), The episode of test-tube baby. *Science India*, 16, 10: 4–7. Dostopno na: http://www.researchgate.net/publication/256109546_Pelican_antiquity (8. 4. 2015).
- Convington, S., Burns, L. H. (ur.) (2006), *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. New York: Cambridge University Press (2. izdaja).
- Cousineau, T. M., Domar, A. D. (2007), Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 2: 293–308. Dostopno na: <http://www.sciencedirect.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/science/article/pii/S1521693406001611#> (26. 5. 2013).
- Cui, W. (2010), Mother or nothing: the agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, 88: 881–882. Dostopno na: <http://cdrwww.who.int/bulletin/volumes/88/12/10.011210.pdf> (29.4.2015).
- Culley, L., Hudson, N., Rapport, F., Blyth, E., Norton, W., Pacey, A. A. (2011), Crossing borders for fertility treatment: motivations, destinations and outcomes of UK fertility travellers. *Human Reproduction*, 26, 9: 2373–2381. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournals.org.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/26/9/2373.full.pdf+html?sid=29f63508-8382-4993-867f-5c358d653be2> (20. 9. 2014).
- ESHRE (2001), *Social determinants of human reproduction. The ESHRE Capri Workshop Group. Human Reproduction*, 16(7): 1518–1526. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/16/7/1518.full.pdf+html?sid=94582b32-6000-4661-bdba-3652e06498b2> (Zadnji dostop 10.12.2012, 16:35)
- (2009), Task force on ethics and law. Pennings, G., de Wert, G., Shenfield, F., Cohen, J., Tarlatzis, B., Devroey, P. (2009), Providing infertility treatment in resource-poor countries. *Human Reproduction*, 24, 5: 1008–10011. Dostopno na: <http://www.eshre.eu/-/media/emagic%20files/SIGs/Ethics%20and%20Law/Task%20Forces/Task%20Force%2016.pdf> (18. 5. 2015).
- (2010), *Workshop report. Personalised medicine: individual choices in reproductive health*. Gastein: European Health Forum. Dostopno na: <http://www.eshre.eu/-/media/emagic%20files/Publications/Newsletter/gastein%20report.pdf> (28. 4. 2015).
- (2014), *ART fact sheet*. Dostopno na: <http://www.eshre.eu/guidelines-and-legal/art-fact-sheet.aspx> (19. 9. 2014).
- European Commission on sexual orientation law (2014), *Constitutional Court turns down insemination-ban for lesbian couples – Austria*. Dostopno na: <http://www.sexualorientationlaw.eu/11-constitutional-court-turns-down-insemination-ban-for-lesbian-couples> (25. 5. 2015).
- Evropski parlament (2014), *Public health in the EU: state-of-play and key policy challenges*. Dostopno na: http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2014/536286/IPOL_IDA%282014%29536286_EN.pdf (9. 4. 2015).
- Gnoth, C., Godehardt, E., Frank-Herrmann, P., Friol, K., Tigges, J., Freundl, G. (2005), Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Human Reproduction*, 20, 5: 1144–1147. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/20/5/1144.full> (20. 5. 2015).
- Gobbi, E. P. (2013), A model of voluntary childlessness. *Journal of Population Economics*, 26: 963–982.
- HCCH (2014), *A study of legal parentage and the issues arising from international surrogacy arrangements*. Dostopno na: http://hcch.net/upload/wop/gap2014pd03c_en.pdf (20. 9. 2014).
- Hoerbst, V. (2009), In the making: assisted reproductive technologies in Mali, West Africa. *Anthropology news*, 50, 2: 4–5. Dostopno na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1556-3502.2009.50204.x/pdf> (13. 5. 2015).
- Hoorens, S., Conklin, A., Tiessen, J. (2008), Between politics and clinics – the many faces of biomedical policy in Europe: analysis of drivers and outcomes of assisted reproductive technologies policy. *Volume I: Synthesis report*. Cambridge: RAND Corporation. Dostopno na: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR644.pdf (26. 5. 2015).
- Hudson, N., Culley, L., Rapport, F., Johnson, M., Bharadwaj, A. (2009), »Public« perceptions of gamete donation: a research review. *Public Understanding of Science*, 18, 1: 61–77. Dostopno na: <http://pus.sagepub.com/>

- content/18/1/61 (20. 5. 2015).
- Imeson, M., McMurray, A. (1996), Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 5: 1014–1022. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8933262> (26. 5. 2013).
- Inhorn, M., C., Patrizio, P. (2015), Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 0, 0: 1–16.
- Inhorn, M., C., Shrivastav, P. (2010), Globalization and reproductive tourism in the United Arab Emirates. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 22, 3: 68S–74S. Dostopno na: http://aph.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/22/3_suppl/68S.full.pdf+html (26. 5. 2013).
- Keržan, D. (2008), *Spočetje novih oblik sorodstva*. Novo mesto: Goga.
- Klinični oddelek za reprodukcijo (2014 a), *Neplodnost*. Dostopno na: <http://www.reprodukcija.si/neplodnost/> (20. 5. 2015).
- (2014 b), *Neplodnost: endimetrioza*. Dostopno na: <http://www.reprodukcija.si/neplodnost/endometrioza/> (30. 6. 2014).
- (2014 c), *Neplodnost: sindrom policističnih jajčnikov*. Dostopno na: <http://www.reprodukcija.si/neplodnost/sindrom-policisticnih-jajcnikov> (30. 6. 2014).
- (2014 č), *Zunajtelesna oploditev, cenik 2014*. Dostopno na: <http://www.reprodukcija.si/zunajtelesna-oploditev/cenik/> (11. 5. 2015).
- Kupka, M. S., Ferraretti, A. P., de Mouzon, J., Erb, K., D'Hooghe, T., Castilla, J. A., Calhaz-Jorge, C., De Geyter, C., Goossens, V., The European IVF-monitoring (EIM) Consortium (2014), Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 29, 10: 2099–2113. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/29/10/2099.full.pdf+html> (10. 4. 2015).
- Legge, M., Fitzgerald, R., Frank, N. (2007), A retrospective study of New Zealand case law involving assisted reproduction technology and the social recognition of 'new' family. *Human Reproduction*, 22, 1: 17–25. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/1/17.full.pdf+html?sid=94582b32-6000-4661-bdba-3652e06498b2> (26. 5. 2013).
- Leke, R. J., Oduma, J. A., Bassol-Mayagoitia, S., Bacha, A. M., Grigor, K. M. (1993), Regional and geographical variations in infertility: effects on environmental, cultural, and socioeconomic factors. *Environmental Health Perspectives Supplements*, 101, 2: 73–80. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1519926/pdf/envhper00379-0077.pdf> (24. 5. 2015).
- Lunenfeld, B., van Steirteghem, A. (2004), Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society: condensed meeting report from the Bertarelli Foundation's second global conference. *Human Reproduction Update*, 10, 4: 317–326. Dostopno na: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/10/4/317.short> (13. 5. 2015).
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., Stevens, G. A. (2012), National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, 9, 12: 1–12. Dostopno na: <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.1001356&representation=PDF> (20. 5. 2015).
- Meyer, M. N. (2009), *States' regulation of assisted reproductive technologies: what does the U.S. Constitution allow?* New York: The Nelson A. Rockefeller Institute of Government. Dostopno na: <http://www.policyarchive.org/handle/10207/bitstreams/20311.pdf> (17. 4. 2013).
- Miall, C. (1994), Community constructs of involuntary childlessness: sympathy, stigma and social support. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 31, 4: 392–421. Dostopno na: <http://ehis.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/detail?vid=4&csid=6119059f-bb12-4836-8b4b-8362aac255df%40sessionmgr104&hid=101&bddata=jmxhbm9c2wmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=sih&AN=9412213068> (26. 5. 2013).
- Mills, M., Rindfuss, R. R., McDonald, P., Velde, E. (2011), Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human Reproduction Update*, 17, 6: 848–860. Dostopno na: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/17/6/848.full.pdf+html> (26. 8. 2014).
- Mladovsky, P. (2006), IVF and reproductive tourism. *Euro Observer: The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 8, 4: 5–8. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/80371/EuroObserver8_4.pdf (26. 5. 2013).
- Nachtigall, R. D. (2006), International disparities in access to infertility services. *Fertility and Sterility*, 85, 4: 871–875. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16580367> (26. 5. 2013).
- Oakley, A. (2000), *Gospodinja*. Ljubljana: Založba / *cf.
- Ombelet, W., Cooke, I., Dyer, S., Serour, G., Devroey, P., (2008), Infertility and the provision of infertility medical

- services in developing countries. *Human Reproduction Update*, 14, 6: 605–621. Dostopno na: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/14/6/605.full.pdf+html?sid=7b2a05ab-6c8c-4f59-b47c-35bc100145cd> (17. 4. 2015).
- Pennings, G. (2004), Legal harmonization and reproductive tourism in Europe. *Human Reproduction*, 19, 12: 2689–94. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/19/12/2689.full> (6. 5. 2015).
- Pennings, G., Autin, C., Decler, W., Delbaere, A., Delbeke, L., Delvigne, A., De Neubourg, D., Devroey, P., Dhont, M., D'Hooghe, T., Gordts, S., Lejeune, B., Nijs, M., Pauwels, P., Perrad, B., Pirard, C., Vandekerckhove, F. (2009), Cross border reproductive care in Belgium. *Human Reproduction*, 24, 12: 3108–3118. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/12/3108.full.pdf+html> (20. 5. 2015).
- Petok, W. (2006), The psychology of gender-specific infertility diagnoses. V: Covington, S., Burns, L. H. (ur.), *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians*. New York: Cambridge University Press (27–60).
- Rothman, K. J., Wise, L. A., Sørensen, H. T., Riis, A. H., Hatch, E. E. (2013), Volitional determinants and age-related decline in fecundability: a general population prospective cohort study in Denmark. *Fertility & Sterility*, 99, 7: 1958–1964. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23517858> (30. 7. 2014).
- Rothmayr, C., Varone, F., Serdült, U., Timmermans, A., Bleiklie, I. (2004), Comparing policy design across countries: what accounts for variation in ART policy? V: Bleiklie, I., Goggin, M. L., Rothmayr, C. (ur.), *Comperative biomedical policy: governing assisted reproductive technologies*. London, New York: Routledge (228–253).
- Rutstein, S. O., Shah, I. H. (2004), *Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries: DHS comparative reports No. 9*. Ženeva: ORC Macro and the World Health Organization.
- Shenfield, F., de Mouzon, J., Pennings, G., Ferraretti, A. P., Nyboe Andersen, A., de Wert, G., Goossens, V. (2010), Cross border reproductive care in six European countries. *Human Reproduction*, 25, 6: 1361–1368. Dostopno na: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/25/6/1361.full.pdf> (26. 5. 2013).
- Shenfield, F., Pennings, G., De Mouzon, J., Ferraretti, A. P., Goossens, V. (2011), ESHRE's good practice guide for cross-border reproductive care for centers and practitioners. *Human Reproduction*, 26, 7: 1625–1627. Dostopno na: 10.1093/humrep/der090 (20. 5. 2015).
- Sorenson, C. (2006), ART in the European Union. *Euro Observer: The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 8, 4: 1–4. Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/80371/EuroObserver8_4.pdf (26. 5. 2013).
- Sperling, D. (2010), Commanding the 'be fruitful and multiply' directive: reproductive ethics, law, and policy in Israel. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 19: 363–371. Dostopno na: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1625699 (20. 5. 2015).
- Statistični urad RS (2013 a), Rojeni, Slovenija. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=6337 (23. 8. 2014).
- (2013 b), Umrli, Slovenija. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=6315 (30. 6. 2014).
- (2014), Svetovni dan prebivalstva. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6376 (11. 8. 2014).
- (2010), Živorojeni otroci, Slovenija. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4015 (30. 6. 2014).
- Šircelj, M. (2006), *Rodnost v Sloveniji od 18. do 21. stoletja*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: <http://www.stat.si/doc/pub/rodnostvsloveniji.pdf> (24. 5. 2015).
- Šircej, M., Žnidaršič, T. (2005), Otroci in mladina z demografskega vidika. V: Črnak-Meglič, A. (ur.), *Otroci in mladina v prehodni družbi: analiza položaja v Sloveniji*. Maribor: Aristej (39–76).
- Ule, M., Kuhar, M. (2003), *Mladi, družina, starševstvo: spremembe življenjskih procesov v pozni moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Verhaak, C. M. (2003), *Emotional impact of unsuccessful fertility treatment in women*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen (doktorska disertacija). Dostopno na: http://repository.uibn.ru.nl/bitstream/2066/19378/1/19378%20_emotimofu.pdf (26. 5. 2013).
- Wischmann, T. (2013), "Your count is zero" – counselling the infertile man. *Human Fertility*, 16, 1: 35–39. Dostopno na: <http://web.b.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b8cd800f-6644-4039-acbf-54382e32be25%40sessionmgr114&vid=0&hid=115> (13. 5. 2015).
- Younglai, E. V., Holloway, A. C., Foster, W. G. (2005), Environmental and occupational factors affecting fertility and IVF success. *Human Reproduction Update*, 11, 1: 43–57. Dostopno na: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/11/1/43.full.pdf+html?sid=7b2a05ab-6c8c-4f59-b47c-35bc100145cd> (13. 5. 2015).
- Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (2000), *Ur. l. RS*, št. 70-3307/2000: 8666. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200070&cestvilka=3307> (26. 5. 2013).
- Zaviršek, D. (2012), *Od krvi do skrbi: socialno starševstvo v globalnem svetu*. Maribor: Aristej.

- (2013), Folikli, transferji, zamrznjenčki: reproduktivne izbire in nove etilne dileme. *ANNALES Series Historia et sociologia*, 23, 2: 377–388.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., Vanderpoel, S. (2009), International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92, 5: 1520-1524. Dostopno na: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2.pdf?ua=1 (9. 4. 2015).
- ZZZS (2014), *Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Dostopno na: <http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/0/5580D0555F5A1FEAC1256CFB003BB45C?OpenDocument> (20. 9. 2014).



Ta članek je rezultat doktorske raziskave in je bil delno financiran s strani Evropske Unije, Evropskega socialnega sklada in Republike Slovenije, Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport. Sofinanciranje se izvaja v okviru Operativnega programa razvoja človeških virov za obdobje 2007–2013.