

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
BABIŠTVO, 1. STOPNJA**

**Lucija Šerjak**

**DOŽIVLJANJE PSIHOSOCIALNIH, ČUSTVENIH IN  
PARTNERSKIH IZZIVOV PRI ŽENSKAH V  
NEPLODNIH ZVEZAH**

diplomsko delo

**THE EXPERIENCE OF PSYCHOSOCIAL,  
EMOTIONAL AND PARTNERSHIP CHALLENGES  
BY WOMEN IN INFERTILE RELATIONSHIPS**

diploma thesis

**Mentorica: pred. mag. Metka Skubic**

**Recenzentka: pred. Tita Stanek Zidarič**

**Ljubljana, 2019**



## ZAHVALA

V prvi vrsti bi se rada zahvalila moji družini – mami in oči, hvala vama za neskončno ljubezen in podporo, ki mi jo izkazujeta vsak dan znova ter me tako spodbujata k doseganju zastavljenih ciljev. Regina in Julija, hvala, da mi prav po sestrsko stojita ob strani v vsakem trenutku ter poskrbita za ogromno mero smeha. Vse vas imam neizmerno rada.

Iskrena zahvala gre tudi vsem ženskam, ki ste zbrale moč in voljo, da ste del svoje bitke z neplodnostjo delile z menoj ter tako pripomogle k boljšemu uvidu v doživljanje te preizkušnje. Brez vas tole diplomsko delo ne bi imelo prave vrednosti.

Najlepše se zahvaljujem tudi mentorici pred. mag. Metki Skubic za strokovno vodstvo in neprecenljive nasvete, ki so mi bili v veliko pomoč že med študijem ter ob oblikovanju in pisanju diplomskega dela. Zahvala gre tudi recenzentki pred. Titi Stanek Zidarič za ves vložen trud.

Prav na koncu pa hvala še mojim prijateljicam; Katji in Larisi ter ostalim babicam za vse neprecenljive skupne trenutke med študijem, Aniti za estonsko dogodivščino in iskreno prijateljstvo, ki sva ga spletli na drugem koncu Evrope, Alenki za stalno oporo in spodbudo. Vedite, da imate tudi ve v mojem srcu prav posebno mesto.



## IZVLEČEK

**Uvod:** Zmožnost reprodukcije je ena človekovih osnovnih nalog za ohranjanje vrste, vendar je hkrati starševstvo tudi duševno izpopolnjujoča izkušnja za par. Ko se ta neuspešno trudi spočeti otroka, to predstavlja čustvene in socialne pritiske za oba partnerja, saj je neplodnost edinstven medicinski ter širše gledano sociološki problem. Diagnoza neplodnosti hitro postane osrednji del posameznikove identitete, ob soočanju z njo ne trpi le posameznik, ampak so na preizkušnji tudi odnosi. **Namen:** Namen diplomskega dela je predstaviti vpliv neplodnosti na vsakodnevno življenje para ter ugotoviti, kateri so izzivi na socialnem, čustvenem in partnerskem področju, ki jih doživljajo ženske v neplodnih zvezah, ter kako so ženske občutile odnose zdravstvenih delavcev med zdravljenjem. **Metode dela:** V prvem delu je bila uporabljena kvalitativna paradigma z deskriptivno metodo dela, kjer je bila pregledana strokovna literatura v slovenskem in angleškem jeziku, iskana s pomočjo metaiskalnika DiKul ter podatkovnih baz PubMed, Cobiss, Science Direct in PubPsych. Tudi v drugem, empiričnem delu je bila uporabljena kvalitativna paradigma, kjer so bili izvedeni polstrukturirani intervjuji z ženskami v neplodnih partnerskih zvezah. Vzorec je bil izbran z namenskim vzorčenjem po metodi snežne kepe. **Rezultati:** V raziskavo je bilo vključenih 6 žensk iz različnih delov Slovenije, ki imajo izkušnjo neplodnosti v partnerski zvezi. V družbi ženske občutijo stigmatizacijo, ker je neplodnost še vedno tabuizirana tema. Poleg tega se soočajo z veliko različnimi negativnimi čustvenimi odzivi. Ker diagnoza neplodnosti prežema vsakodnevno življenje ženske, to večinoma negativno vpliva tudi na partnerski odnos. Z medicinsko obravnavo je večina zadovoljna, manjka le več psihološke in čustvene podpore. **Razprava in zaključek:** Neplodni pari se vsakodnevno srečujejo z najrazličnejšimi izzivi, ki izvirajo iz družbe, partnerskega odnosa ali osebnih občutkov. Od zdravstvenih delavcev pričakujejo bolj celostno obravnavo, ki bi vključevala tudi več čustvene opore in jim pomagala pri lažjem sprejemanju diagnoze.

**Ključne besede:** neplodnost, doživljanje ženske, vsakodnevni izzivi, obravnava neplodnih parov



## ABSTRACT

**Introduction:** Being able to reproduce is one of the basic tasks for the continuation of our species, but at the same time parenting also represents a mentally fulfilling experience for the couple. When a couple is trying to conceive a child unsuccessfully, they face enormous emotional and social pressure, since infertility represents a unique medical and sociological problem. The diagnosis of infertility can quickly become a central part of one's identity and facing it brings suffering not only to the individual, but it tests the relationships as well.

**Purpose:** The purpose of the diploma thesis is to present the impact of infertility on the daily life of the couple and to find out what are the challenges in the social, emotional and partnership fields experienced by women in infertile relationships and how they perceived the relationships of health professionals during their treatment. **Methods:** In the first part, a qualitative paradigm was used combined with a descriptive method of work, through which the professional literature in Slovenian and English language was searched with the help of the DiKul meta-analyser and the PubMed, Cobiss, Science Direct and PubPsych databases. In the second, empirical part, a qualitative paradigm was also used to perform a semi-structured interview with women in infertile relationships. The sample was selected through purposive sampling of the snowball method. **Results:** The study included six women from different parts of Slovenia experiencing infertility in partner relationships. In society, women feel stigmatized because infertility still represents a taboo topic. Moreover, they face many different negative emotional responses. Since the diagnosis of infertility is very much present in the daily life of a woman, it also negatively affects the partner relationship. **Discussion and conclusion:** Infertile couples face a variety of challenges arising from society, partnership, or personal feelings daily. Healthcare professionals are expected to give more comprehensive treatment, including more emotional support to help infertile couples embrace the diagnosis in an easier way.

**Keywords:** infertility, woman's experience, everyday struggles, infertile couples' treatment





# KAZALO VSEBINE

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 1       | UVOD.....                                   | 1  |
| 1.1     | Teoretična izhodišča .....                  | 2  |
| 1.1.1   | Opredelitev neplodnosti.....                | 2  |
| 1.1.2   | Psihosocialni vidiki neplodnosti.....       | 4  |
| 1.1.2.1 | Sociološki vidiki neplodnosti.....          | 5  |
| 1.1.2.2 | Čustveni vidiki neplodnosti.....            | 5  |
| 1.1.3   | Vpliv neplodnosti na partnerski odnos ..... | 8  |
| 1.1.3.1 | Spolnost pri neplodnih parih .....          | 9  |
| 1.1.3.2 | Soočanje z neplodnostjo.....                | 10 |
| 1.1.4   | Svetovanje in pomoč neplodnim parom .....   | 11 |
| 2       | NAMEN .....                                 | 14 |
| 2.1     | Cilji diplomskega dela .....                | 14 |
| 2.2     | Raziskovalna vprašanja.....                 | 14 |
| 3       | METODE DELA.....                            | 16 |
| 3.1     | Opis raziskovalnega instrumenta .....       | 16 |
| 3.2     | Opis vzorca .....                           | 17 |
| 3.3     | Analiza pridobljenih podatkov.....          | 18 |
| 4       | REZULTATI .....                             | 19 |
| 4.1     | Socialni izzivi .....                       | 20 |
| 4.1.1   | Pritiski družbenih norm .....               | 20 |
| 4.1.2   | Stigmatizacija .....                        | 21 |
| 4.1.3   | Tabu tema .....                             | 22 |
| 4.2     | Čustveni izzivi .....                       | 22 |
| 4.2.1   | Negativna čustva.....                       | 22 |
| 4.3     | Vpliv na vsakodnevno življenje.....         | 24 |
| 4.4     | Opora .....                                 | 25 |



|       |  |    |
|-------|--|----|
| 4.4.1 | Tolažba družine .....                              | 25 |
| 4.4.2 | Pripadnost neplodni skupnosti.....                 | 26 |
| 4.5   | Strategije spopadanja z diagnozo neplodnosti ..... | 27 |
| 4.5.1 | Samopomoč .....                                    | 27 |
| 4.5.2 | Strokovna pomoč.....                               | 28 |
| 4.6   | Partnerski odnos.....                              | 28 |
| 4.6.1 | Negativni in pozitivni vplivi.....                 | 28 |
| 4.6.2 | Vpliv na spolnost.....                             | 29 |
| 4.7   | Obravnava zdravstvenih delavcev .....              | 30 |
| 4.7.1 | Negativne in pozitivne izkušnje .....              | 30 |
| 4.8   | Prihodnost .....                                   | 31 |
| 5     | RAZPRAVA.....                                      | 33 |
| 6     | ZAKLJUČEK.....                                     | 39 |
| 7     | LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI.....            | 41 |
| 8     | PRILOGE .....                                      | 47 |
| 8.1   | Soglasje udeleženca za sodelovanje pri raziskavi   |    |
| 8.2   | Intervju za diplomsko delo – vprašanja             |    |



## KAZALO TABEL

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1: Razpredelnica kategorij in kod ..... | 19 |
|--|----|



## **SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV**

|              |   |
|--------------|---|
| <b>ASRM</b>  | American Society of Reproductive Medicine             |
| <b>CHSH</b>  | Centre for Studies on Human Stress                    |
| <b>ESHRE</b> | European Society of Human Reproduction and Embryology |





# 1 UVOD

Neplodnost je globalno razširjena zdravstvena in socialna problematika, s katero naj bi se spopadalo kar 15 % svetovnega prebivalstva. Kljub napredkom reproduktivne medicine, ki kar polovici neplodnih parov omogoča zdravljenje in velikemu deležu teh tudi izpolni željo po otroku, pa je neplodnost več kot le medicinska diagnoza in njena obravnava (Chachamovich et al., 2010), saj zahteva tudi vključevanje psihosocialnih, čustvenih in ekonomskih potreb vseh prizadetih (Cunningham, 2017).

Plodnost in zmožnost nadaljevanja potomstva je poleg biološke nujnosti tudi pomemben sociološki fenomen, ki je bil skozi preteklost podvržen mnogim spremembam. Od primarnega cilja reprodukcije in nadaljevanja vrste je starševstvo prešlo na določeno družbeno pričakovanje, ki prinaša socialni status. Odločitve, vezane na nosečnost in ustvarjanje družine, so močno vezane na družbeno okolje, v katerem živijo ljudje. Poleg osebne prepričanja o pomembnosti starševstva za posameznika ima vpliv na odločitev za nosečnost tudi socialno, kulturno, ekonomsko in politično stanje določenega okolja (Behjati-Ardakani et al., 2017).

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) navaja, da imeti otroka ni le družbeno zaželeno, temveč odsotnost otrok prinaša nekakšno družbeno etiketo z oznako odklonilnega vedenja, ne glede na to, ali je zanjo kriva prostovoljna odločitev ali neplodnost (ESHRE Capri Workshop Group, 2001). Nedoseganje zaželenega socialnega statusa ima tako veliko posledic, od stigme in izključenosti iz družbe do emocionalnega distresa in težav v partnerskem odnosu. Družbeno-kulturna pričakovanja so na sploh veliko bolj prisotna v državah vzhodnega sveta, vendar pa tudi v razvitih državah zahodnega sveta tako pojmovanje starševske vloge ostaja (Liamputtong, Benza, 2019). Kljub velikemu vplivu okolice pa psihoanalitiki željo po materinstvu vseeno povezujejo z razvojem ženske identitete, ki naj bi ženskam prinašala občutek izpopolnjenosti, sreče in doseganja zrele, odrasle identitete (ESHRE Capri Workshop Group, 2001). V primerih neplodnosti, ko pride do neželene odsotnosti otrok, je ogrožena tako osebna identiteta ter cilji in želje posameznika kot tudi socialna podoba ter odnosi med partnerjema in širšo družino. Vse to se manifestira v psihološkem distresu z velikim spektrom čustvenih reakcij, ki obremenjujejo vsakodnevno življenje ženske in para kot celote (Yao et al., 2017).

Zaradi obsežnosti problematike neplodnosti mora biti obravnava neplodnega para kompleksna in celostna ter tako vključevati mnoga življenjska področja, na katere vpliva diagnoza in zdravljenje neplodnosti. Za zdravstvene delavce je taka celostna obravnava velik izziv, ker se ne osredotoča le na najbolj izpostavljeni telesni vidik, temveč tudi na ostale, pogosto skrite vidike, na primer čustvene in socialne. Mnogi pari med obravnavo še niso sposobni deliti svojih občutij, zlasti ob pomanjkanju podpore družine in prijateljev, zato so zdravstveni delavci eni prvih ljudi, ki lahko neplodnim parom ob ustrezni medicinski obravnavi nudijo tudi oporo in razumevanje (Cunningham, Cunningham, 2013; Chachamovich et al., 2010).

Z diplomskim delom želimo identificirati psihosocialne, čustvene in partnerske izzive, s katerimi se srečujejo ženske v neplodnih zvezah, ugotoviti, katere so strategije soočanja z neplodnostjo ter poiskati učinkovite pristope zdravstvenih delavcev za pomoč neplodnim parom med njihovo obravnavo.

## **1.1 Teoretična izhodišča**

Zmožnost reprodukcije je ena od osnovnih nalog človeka, ki ni nujno potrebna le za nadaljevanje naše vrste, temveč je hkrati tudi izpopolnjujoča izkušnja za par na duševnem nivoju (Yao et al., 2017). Starševstvo predstavlja pomemben mejnik v psihoseksualnem ter socialnem razvoju mnogih žensk in moških, zato predstavlja pomemben življenjski cilj (Drosdzol, Skrzypulec, 2009). Ko se par neuspešno trudi spočeti otroka, to predstavlja velike čustvene in družbene pritiske za oba partnerja, saj je neplodnost edinstveni medicinski in širše gledano sociološki problem. Diagnostika in zdravljenje zahtevata sodelovanje obeh partnerjev za doseganje reproduktivnih ciljev para in izpolnitev želje po starševstvu (Pasch, Sullivan, 2017).

### **1.1.1 Opredelitev neplodnosti**

American Society of Reproductive Medicine (ASRM) navaja, da je neplodnost bolezensko stanje, definirano kot nezmožnost zanositve po 12 ali več mesecih časovno primernih in nezaščitenih spolnih odnosov ali umetne oploditve z donorskimi celicami (ASRM, 2013). Je kritična komponenta reproduktivnega zdravja, ki je bila vrsto let zanemarjena, vendar

postaja čedalje bolj vidna in obravnavana v zdravstveni stroki (Cunningham, 2017; Mascarenhas et al., 2012). V prvi vrsti so procesi oploditve in uspešne zanositve odvisni od genetske predispozicije partnerjev ter morebitnih pridruženih akutnih in kroničnih bolezenskih stanj ali drugih specifičnih (anatomskih) težav, ki neposredno vplivajo na nezmožnost spočetja, vendar pa na reprodukcijske sposobnosti vplivajo tudi drugi dejavniki, povezani z življenjskim slogom, socialnimi dejavniki in dejavniki okolja (Cunningham, 2017; Knez, Vlasisavljević, 2016). Kar 80 % parov v rodni dobi naj bi v enem letu rednih in nezaščitenih spolnih odnosov uspelo zanositi, od preostalih pa naj bi polovica zanosila v drugem letu (O'Flynn, 2014). Vendar pa lahko v razvitem svetu v zadnjih desetletjih opazujemo blag, a vztrajen upad plodnosti, ki ga lahko povezujemo s socialnimi in ekonomskimi razlogi ter spremembami v življenjskem stilu, kjer se nosečnost odlaga na vse kasnejše življenjsko obdobje (Knez, Vlasisavljević, 2016; Mascarenhas et al., 2012).

V grobem neplodnost delimo na primarno in sekundarno (Knez, Vlasisavljević, 2016). Primarna neplodnost pomeni, da ženska ni nikoli zanosila, moški pa nikoli oplodil partnerke, medtem ko sekundarna neplodnost označuje nezmožnost ponovne zanositve oziroma oploditve (Knez, Vlasisavljević, 2016), pri čemer Mascarenhas s sodelavci (2012) poudarja, da sta obravnavana moški in ženska v partnerski zvezi najmanj 5 let. Prevalenca neplodnosti naj bi se na splošno pri ženskah v rodni dobi (med 20. in 44. letom) gibala med 1,9 in 10,5 %, pri čemer Ying s sodelavci (2015) piše o variacijah glede na posamezno državo oziroma regijo. Drugačne odstotke pa navaja Boivin s sodelavci (2007), ki piše, da se prevalenca neplodnosti za ženske med 20. in 44. letom v razvitih državah gibata med 3,5 in 16,7 %, v manj razvitih državah pa med 6,9 in 9,3 %, pri čemer povprečna vrednost prevalence znaša 9 %.

Pri obravnavi neplodnega para lahko najdemo vzroke za neplodnost pri ženski, moškem ali pri obeh (Knez, Vlasisavljević, 2016). Pri ženskah je vzrok za neplodnost najden v 30 %, v enakem odstotku pri moških, v kombinaciji para pa v okoli 20–30 % primerov (Mayo Clinic Staff, 2018; Knez, Vlasisavljević, 2016). V nekaterih primerih (10–15 %) se vzroka neplodnosti ne da opredeliti, zato je ta poimenovana kot nepojasnjena (Knez, Vlasisavljević, 2016). Pri ženskah so velikokrat vzrok neplodnosti bolezenska stanja, najpogosteje so opaženi zapleti pri potovanju spolnih celic, disfunkcija jajčnikov in motnje v razvoju jajčnih celic, endometrioza in adenomioza ter nepravilnosti maternice. Drugi dejavniki, ki močno vplivajo na plodnost in niso bolezenska stanja, pa so še prekomerna telesna teža, starost,

kajenje in alkohol ter številni drugi škodljivi okoljski dejavniki (kemikalije, konzervansi in ionizirajoče sevanje) (Knez, Vlasisavljević, 2016; O'Flynn, 2014). Pri moških so znani vzroki za neplodnost običajno telesnega izvora – slabo spuščeno modo, varikokela ter stanja po vnetju, redko motnje erekcije in ejakulacije, pri nekaterih pa so odkriti genetski vzroki, ki prispevajo k motnjam v spermatogenezi, na kakovost semena pa lahko vplivajo tudi škodljivi dejavniki okolja (Zorn, 2016). Čeprav se stopnja neplodnosti v zadnjih letih ni drastično povečala, se je povečalo povpraševanje po njenem zdravljenju (Cunningham, 2017). V Sloveniji sta do njega upravičena moški in ženska oziroma par, ne posameznik, področje pa je urejeno z Zakonom o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo, Uradni list RS, št. 70/2000 (Pakiž, 2016). Praviloma se z diagnostiko neplodnega para začne po letu rednih in nezaščitnih spolnih odnosov, izjemoma po 6 mesecih, če je starost ženske nad 35 let ali pa so prisotni drugi pomembni dejavniki tveganja (Cunningham, 2017; O'Flynn, 2014). Namen celostne obravnave neplodnega para je seveda identifikacija in zdravljenje stanj, ki preprečujejo spočetje, ter ocena zmožnosti zanositve, naj bo ta spontana ali z medicinsko pomočjo (Knez, Vlasisavljević, 2016; Gameiro et al., 2015). Zdravljenje se zato prične s podrobno anamnezo in splošnim kliničnim pregledom, nadaljuje pa s primarnimi preiskavami, specifičnimi za diagnostiko neplodnosti (Knez, Vlasisavljević, 2016; O'Flynn, 2014). Cunninghamova (2017) poudarja, da sodelovanje s strokovnjaki za neplodnost parom prinese najboljšo možno oskrbo, tako na čustvenem kot tudi diagnostičnem področju, vendar pa naj bi se po navajanju Klemettijeve in sodelavcev (2010) za zdravljenje odločila le približno polovica neplodnih parov.

Zmotno bi bilo, da bi se neplodnost obravnavala zgolj kot telesni problem, saj se ob njeni diagnozi in zdravljenju pojavljajo mnogi izzivi, ki izvirajo bodisi iz posameznikovega socialnega okolja ali iz samega doživljanja neplodnosti. Zato bodo v nadaljevanju predstavljeni psihosocialni vidiki neplodnosti, ki imajo velik vpliv na vsakodnevno življenje posameznika in para.

### **1.1.2 Psihosocialni vidiki neplodnosti**

Diagnoza neplodnosti je eden izmed najtežjih situacij v življenju, s katerimi se soočajo pari (Read et al. 2013; Greil et al., 2010). Kljub temu da je primarno gledano medicinsko stanje, pa ima velik vpliv na socialno življenje posameznika in para (Greil et al, 2010). Neplodnost hitro postane osrednji del posameznikove identitete zaradi doživljanja široke palete

čustvenih stanj, od izolacije in socialne stigmatizacije pa do izgube kontrole in neizpolnjenosti (Read et al., 2013).

### **1.1.2.1 Sociološki vidiki neplodnosti**

Ne glede na to, da je neplodnost definirana kot bolezensko stanje, se pari za zdravljenje odločijo šele takrat, ko si starševstva želijo kot določene socialne vloge, zato lahko na neplodnost gledamo tudi s sociološkega vidika (Cunningham, Cunningham, 2013; Greil et al., 2010). Že v otroštvu in kasneje v adolescenci se v podzavest človeka zasidrajo socialna sporočila o pomembnosti starševstva, še posebej pri ženskah (Galhardo et al., 2011). Posebej pomembno je nadaljevanje družine v državah v razvoju, kjer ženska z materinstvom doseže določen socialni status in pridobi spoštovanje okolice (Behboodi-Moghadam et al., 2012; Greil et al., 2010). Prav zaradi tega so v primeru neplodnosti para v prvi vrsti ženske tiste, ki nosijo breme diagnoze, navaja Behboodi-Moghadam s sodelavci (2012). Stigmatizacija žensk v takem okolju je velika in povzroča psihološko stisko ter težave v odnosih, še posebej s partnerjem in družino, ki pogosto nad parom izvaja psihični pritisk (Behboodi-Moghadam et al., 2012; Greil et al., 2010). Kot navajata Cunninghamova in Cunningham (2013), socialna stigmatizacija razvrednoti posameznika in ima negativen vpliv na prihodnje dožemanje samega sebe in osebni razvoj. Tudi v razvitih državah ženske čutijo pritisk kulturnih norm, ki se začne že v otroštvu in slika idealno družinsko celico (Yao et al., 2017; Cunningham, Cunningham., 2013). Izguba socialne identitete in občutki nekompetentnosti v kombinaciji z nerazumevanjem družine in prijateljev lahko vodijo v razne čustvene stiske in psihološke težave (Read et al., 2013; Galhardo et al., 2011).

V različnih kulturnih okoljih se obravnava neplodnosti razlikuje, prav tako je tudi različen dostop do zdravljenja (Greil et al., 2010). V večini primerov prinaša tudi finančno breme, s katerim se morajo soočiti pari, ki si otroka močno želijo (Luk, Loke, 2015).

### **1.1.2.2 Čustveni vidiki neplodnosti**

Spopadanje z neplodnostjo je pogosto čustveni vrtiljak, kjer se izmenjujejo epizode upanja ter razočaranja in stiske (Read et al., 2013). Greil s sodelavci (2010) navaja nekaj čustvenih stanj, ki jih opisujejo pari, to so na primer negativna osebna identiteta, občutek

manjvrednosti, izguba kontrole, jeza in zamere, žalovanje in depresija, tesnoba in stres, manjše zadovoljstvo z življenjem, zavidanje ostalim parom z otroki, izguba sanj o soustvarjanju ter občutki izolacije, kar potrjujeta tudi Cunninghamova in Cunningham (2013). Pari pogosto niso ustrezno pripravljene in seznanjene s potekom zdravljenja, predvsem z njegovo dolgotrajnostjo in čustvenimi odzivi, ki zdravljenje običajno spremljajo (Gameiro et al., 2015; Read et al., 2013). Ne zavedajo se tudi fizičnih težav, ki nastopijo kot posledica zdravljenja, kamor spadajo bolečine, krči, napihnjenost, slabost ter utrujenost in nihanja razpoloženja (Cunningham, Cunningham, 2013).

Običajno so ženske tiste, ki so podvržene obsežnemu testiranju in iskanju vzrokov neplodnosti (Ying et al., 2015). Celoten proces zdravljenja vzbuja neprijetne občutke, ne glede na to, da so se za zdravljenje odločile same (Ying et al., 2015, Greil et al., 2010). Dodatno pa na čustvovanje vplivajo tudi hormoni in druga zdravila, uporabljena med zdravljenjem neplodnosti (Luk, Loke, 2015). Najpogosteje so pri ženskah izpostavljeni občutki izgube kontrole nad zdravljenjem zaradi neupoštevanja njihovih želja (Cunningham, Cunningham, 2013). Hkrati imajo ženske pogosto občutek, da jim zmanjkuje časa, da »odšteva biološka ura« (Greil et al., 2010). Dokazano je, da je neplodnost bolj stresen dogodek za ženske kot za moške (Sultan, Tahir, 2011; Greil et al., 2010), sploh v primeru, ko je želja po otroku zelo močna in je vzrok neplodnosti v ženski (Yao et al., 2017). To vpliva na vsakodnevno delovanje, zato ženske pogosteje iščejo pomoč okolice (Greil et al., 2010), hkrati pa tudi bolj odprto govorijo o svojih občutjih. Nasprotno pa se dogaja v drugih primerih, ki jih opisujeta Yao s sodelavci (2017) in Behboodi-Moghadam s sodelavci (2012), kjer se ženske zaradi psihičnega bremena neplodnosti še bolj zapirajo pred okolico, ker se počutijo izključene in nezadostne družbi. Občutek, da so bile oropane možnosti materinstva, občutek nezmožnosti izpolnitve poslanstva in občutek izgube ženskosti je mnogokrat prisoten pri neplodnih ženskah (Yao et al., 2017; Sultan, Tahir, 2011).

Neplodnost prizadene tudi moške, saj ogroža njihov občutek moškosti. Če pri ženskah diagnoza vpliva neposredno na njihovo samopodobo in identiteto v družbi, jo moški občutijo bolj posredno, preko težav partnerice (Greil et al., 2010). Še posebej takrat, ko je vzrok neplodnosti v ženski in ta prevzame odgovornost za nastalo situacijo, se moški počutijo nemočni in nezmožni pomagati, skrb jim povzročajo izguba kontrole nad situacijo in nepredvidljivi odzivi partnerice (Peloquin et al., 2018; Greil et al., 2010). Problemi se lahko pojavijo tudi v primerih, kjer je za neplodnost odgovoren moški, pogosto se čustveno

oddaljijo od partnerice ter se izogibajo pogovorom o plodnosti in otrocih, vendar pa v sebi nosijo veliko krivdo in sram (Peloquin et al., 2018). Na splošno naj bi moški v neplodnih razmerjih poročali o slabši kvaliteti življenja v primerjavi z moškimi v razmerjih, kjer so prisotni otroci (Klemetti et al., 2010).

Ob diagnozi neplodnosti se pri posamezniku in paru pojavijo določene psihološke spremembe, ki vplivajo na vsakodnevno življenje (Sultan, Tahir, 2011). Neizpolnjenost sanj o otrocih lahko vodi v psihološko stisko (Greil et al., 2010) in Yusuf (2016) navaja, da naj bi se ta pojavila pri 30 do 80 % neplodnih parov, odvisno od trajanja neplodnosti in poskusov njenega zdravljenja. Zaradi družbene stigmatizacije se neplodnost še vedno velikokrat povezuje z mentalnimi zdravstvenimi težavami, kar parom včasih prepreči iskanje psihosocialne pomoči v trenutkih, ko bi jo zares potrebovali (Read et al., 2013).

Na čustvenem področju diagnoza neplodnosti sproži najrazličnejše odzive pri posamezniku in paru, najpogosteje so to depresija, anksioznost, tesnoba in sram (Ying et al., 2015; Klemetti et al., 2010). Depresija se izraža kot slabo razpoloženje ter pomanjkanje volje in interesa (Ying et al., 2015) ter se pojavi kot odgovor na dolgotrajen stres in izgube, vezane na proces odkrivanja in zdravljenja neplodnosti (Sultan, Tahir, 2011). Spremljajo jo občutki neuspeha, izgube, razočaranja in izdanosti lastnega telesa ter žalovanje za izgubljenim idealom (Sultan, Tahir, 2011), hkrati pa je depresija globoko povezana tudi s samoobtoževanjem in občutki sramote ter slabo samopodobo (Galhardo et al., 2011; Drosdzol, Skrzypulec, 2009). Anksioznost, kot druga izmed pogostih čustvenih odzivov, vključuje občutke tesnobe in zaskrbljenosti (Ying et al., 2015), ki se pri ženskah pojavlja še posebej v obdobju pričakovanja izostanka menstruacije, pri paru pa med celotnim postopkom zdravljenja neplodnosti in pričakovanjem njegovega uspeha (Sultan, Tahir, 2011). Tudi sram je dokaj pogost odziv na neplodnost zaradi izgube kontrole, ker telo ne deluje po pričakovanju posameznika in družbe (Ying et al., 2015). Sram lahko izvira od zunaj, ko posameznika skrbi negativno mnenje družbe o njem samem, ali od znotraj, ko je prizadeta samopodoba človeka zaradi negativnega samovrednotenja (Galhardo et al., 2011). Prav slednji je velikokrat prisoten pri neplodnih osebah zaradi občutkov nezadostnosti in razočaranja nad samim seboj. Vsi ti občutki se lahko nalagajo in stopnjujejo do te mere, da nastopijo resne psihološke težave (Ying et al., 2015). Vendar pa Greil s sodelavci (2010) navaja, da ta psihološka stiska v veliki večini primerov ni patološka, je pa nivo stresa, depresije in tesnobe med neplodnimi pari in posamezniki višji od nivoja splošne, plodne

populacije, kar potrjujeta tudi Sultan in Tahir (2011). Še posebej je nivo teh psiholoških težav višji pri neplodnih ženskah v primerjavi z neplodnimi moški (Musa et al., 2014; Sultan, Tahir, 2011).

### **1.1.3 Vpliv neplodnosti na partnerski odnos**

Neplodnost v življenje prinese nepričakovano in nenadno krizo (Ozturk et al., 2017; Luk, Loke, 2015), ob soočanju z njo pa ne trpi le posameznik, ampak so na preizkušnji tudi odnosi (Ying et al., 2015). Diagnoza ima vpliv na družinske in prijateljske odnose, v prvi vrsti pa ima neplodnost vpliv na odnos med partnerjema (Read et al., 2013; Sultan, Tahir, 2011). Zaradi biomedicinskih razlogov moški in ženske neplodnost doživljajo drugače ter se nanjo odzovejo na različne načine (Ying et al., 2015, Greil et al., 2010). Vendar je vsem skupno to, da diagnoza neplodnosti ter njeno zdravljenje tako fizično kot tudi psihološko in čustveno obremenjuje par kot celoto (Ying et al., 2015; Mascarenhas et al., 2012; Dancet et al., 2011), ne glede na njen vzrok (Greil et al., 2010).

Ugotovitve o vplivih neplodnosti na partnerski odnos so ambivalentne in nihajo med dvema različnima poloma, kjer na eni strani opazujemo negativen vpliv diagnoze in spremljajočega stresa na odnos med partnerjema, ki se kaže v nezadovoljstvu in konfliktih, na drugi strani pa so primeri izboljšanja odnosa med diagnozo na račun medsebojnega zaupanja in čustvene podpore (Drosdzol, Skrzypulec, 2009). Na splošno pari, pri katerih je bilo razmerje že pred diagnosticirano neplodnostjo trdno in uspešno, lažje prenašajo bremena dane situacije in redkeje iščejo strokovno pomoč pri soočanju s stresom (Wilkes et al., 2009). Lahko so sami sebi zadostni z ustrezno in uspešno komunikacijo, ki je, kot poudarja Readova s sodelavci (2013), ključ do medsebojnega razumevanja. Greil s sodelavci (2010) navaja, da kljub težki situaciji nekatere pare izkušnja neplodnosti še bolj poveže in okrepi njihov partnerski odnos. Pari iščejo skupne cilje, ki bi nadomestili starševstvo, več časa posvetijo osebni rasti in negovanju partnerskega odnosa (Peters et al., 2015).

Težava se pojavi, ko pari iščejo krivca za nastalo situacijo, kar po navajanju Peloquinove in sodelavcev (2018) v njih vzbudi jezo in občutke nepravilnosti in nemoči, posledično se pojavijo prepiri, komunikacija slabi, vse to pa vodi do čustvene izolacije (Yao et al., 2017; Wilkes et al., 2009). Tako okolje nikakor ni vzpodbudno za intimnost, empatijo in medsebojno oporo v trenutkih, ko se par sooča s težavami, ki jih prinaša diagnoza



neplodnosti (Peloquin et al., 2018). Drugo skrajnost, ki je prav tako škodljiva, opisuje Ying s sodelavci (2015), kjer se par izolira od družbe in se zanaša izključno na podporo partnerja, kar pa sčasoma pogosto pripelje do trenj v partnerskem odnosu. V državah v razvoju, kjer je stigmatizacija neplodnosti še posebej močna, imajo težave, ki spremljajo neplodnost, še večji vpliv na partnersko zvezo, saj je kot ena izmed ključnih točk uspešnega zakona pojmovana reprodukcija in vzgoja otrok (Behboodi-Moghadam et al., 2012; Greil et al., 2010). V takem okolju je družbena izoliranost parov še posebej opazna, saj se pari težko odprejo družini in prijateljem zaradi nerazumevanja (Wilkes et al., 2009). Behboodi-Moghadam s sodelavci (2013) izpostavlja tudi prisotnost psihičnega in fizičnega nasilja v odnosu, pri čemer Ozturk s sodelavci (2017) še posebej izpostavlja verbalno in emocionalno obliko nasilja.

Najpogostejši problemi parov, ki se soočajo z neplodnostjo, so tako težave v komunikaciji, konflikti, nestrinjanje glede zdravljenja in pomanjkanje empatije (Sultan, Tahir, 2011). Po navajanju Drozdolove in Skrzypulecove (2009) naj bi pojavnost partnerskih konfliktov in s tem upadanje zadovoljstva v odnosu narastla po treh do šestih letih od postavljene diagnoze, najverjetneje zaradi vse večjega pritiska spodletelih poskusov zanositve. O slabši kakovosti partnerskega odnosa zaradi vpliva neplodnosti poročajo predvsem ženske, kar lahko razumemo kot drugačno doživljanje neplodnosti med spoloma. Ženske občutijo več krivde in odgovornosti, hkrati pa so običajno tudi bolj vpletene v procese diagnosticiranja in zdravljenja kot moški (Drozdol, Skrzypulec, 2009; Nelson et al., 2008).

### **1.1.3.1 Spolnost pri neplodnih parih**

Težave v spolnosti so pojav, ki ga lahko opazujemo v splošni populaciji, vzroki zanje pa so mnogi (Nelson et al., 2008). Tudi neplodnost je lahko eden od možnih vzrokov teh težav in občasno jih opazimo pri neplodnih parih. Težave na področju spolnosti so lahko psihološke narave ter nastanejo kot posledica diagnoze in zdravljenja neplodnosti, lahko pa so fizične narave, za kar je pogosto odgovorno hormonsko zdravljenje (Wishmann, 2010; Drozdol, Skrzypulec, 2008). Pogostejše so prve, psihološko pogojene težave v spolnosti, tako pri ženskah kot tudi pri moških (Shoji et al., 2014; Drozdol, Skrzypulec, 2008), vendar Wishmann (2010) navaja, da jih vendarle večkrat občutijo ženske. Pari poročajo o izgubi spontanosti in užitka zaradi obremenitve z načrtovanjem nosečnosti (Pasch, Sullivan, 2017; Wischmann et al., 2014), Drozdolova in Skrzypulecova (2009) pa pišeta še o pomanjkanju čustvene vpletenosti v akt. Pri dolgo vztrajajoči neplodnosti lahko spolni odnos za partnerja

predstavlja čustveni pritisk zaradi ponavljajočih se neuspešnih poskusov zanositve, ki lahko škodujejo posameznikovi samopodobi (Wishmann, 2010). Pri ženskah so pojavljajo težave v fazi vznburjenja (Wishmann, 2010), kjer je najpogosteje opazen upad želje po spolnosti, kasneje pa nezmožnost doseganja orgazma, disparevnija in vaginizem (Drosdzol, Skrzypulec, 2008; Nelson et al., 2008). Pri moških se, tako kot pri ženskah, beleži upad spolnega poželenja, pridružene pa so tudi erektilne disfunkcije in nezmožnost doseganja orgazma (Drosdzol, Skrzypulec 2009; Drosdzol, Skrzypulec, 2008), Wishmann (2010) pa izpostavlja še prezgodnjo ejakulacijo. Zaradi vseh težav pogosto upade raven zadovoljstva s spolnim življenjem, ker je še posebej izrazito pri moških (Shoji et al., 2014). Kljub vsemu navedenemu pa najpogosteje težave v spolnosti pri neplodnih parih niso klinično tako resne, da bi bile označene za seksualne disfunkcije in bi zato zahtevale posebno obravnavo terapevta ali seksologa (Wishmann, 2013).

### **1.1.3.2      Soočanje z neplodnostjo**

Upoštevač biopsihosocialno teorijo, sta način shajanja z neplodnostjo in podpora partnerja dva ključna faktorja, ki omogočata lažje spopadanje s težavami, ki jih neplodnost prinese v partnerski odnos (Luk, Loke, 2015; Ying et al., 2015). Nekatere raziskave so pokazale, da se partnerski odnos med zdravljenjem neplodnosti lahko celo okrepi na račun intimnega izkustva in medsebojne podpore med partnerjema (Luk, Loke, 2015; Peters et al., 2015), pri čemer Pasch in Sullivan (2017) še posebej izpostavljata pomen dobre komunikacije. Večina parov se poslužuje dobrih pristopov za spopadanje z neplodnostjo, vendar določen odstotek parov prevzame neprimerne vzorce, ki lahko poslabšajo odnos med partnerjema (Galhardo et al., 2011).

Ko se človek sooča s stresno situacijo, oceni grožnjo, ki jo stresna situacija predstavlja zanj, in svoje sposobnosti spopasti se z njo, glede na rezultat pa izbere primerno strategijo spopadanja s stresorjem oziroma obrambni mehanizem (Lazarus, Folkman, 1984, cit. po Pasch, Sullivan, 2017). Ker je neplodnost velik in nepričakovan stresni dogodek, se tudi z njo posameznik sooča na prej omenjeni način, vendar pa je izbira strategije spopadanja z njo lahko težavna zaradi pomanjkanja znanja in želje po čimprejšnji normalizaciji stanja (Peterson et al., 2008). Kot piše Center for Studies on Human Stress (CSHS), sta poznani dve glavni strategiji obvladovanja stresa, pri čemer je prva usmerjena v aktivno reševanje nastalega problema, druga pa je usmerjena v čustvovanje, ki ga posameznik občuti zaradi

problema (CSHS, 2017). Pri heteroseksualnih parih so razlike pri pristopu do spopadanja z neplodnostjo še posebej očitne, saj moški in ženske pri izpostavljenosti stresu izbirajo različne strategije in obrambne mehanizme (Pasch, Sullivan, 2017; Peterson et al., 2008). Ženske se ob soočanju z neplodnostjo pogosteje poslužujejo strategije, ki je osredotočena na čustvovanje – iščejo namreč podporo socialnega okolja, nase prevzemajo krivdo za nastalo situacijo, izogibajo se situacijam, ki bi jim povzročala dodaten stres in neprijetne občutke (Peterson et al., 2009; Peterson et al., 2008). Moški pa se pogosteje od problema distancirajo, situacijo analizirajo in se osredotočajo na reševanje neplodnosti kot problema (Musa et al., 2014; Peterson et al., 2009). Kljub temu da ženske običajno uporabljajo več različnih pristopov, jim neplodnost vseeno predstavlja višjo stopnjo stresa kot njihovim partnerjem (Peterson et al., 2008), za kar sta lahko dve pojasnili, piše Musa s sodelavci (2014). Zdravljenje neplodnosti je kljub vsemu v prvi vrsti usmerjeno na žensko, poleg tega pa je strategija spopadanja s stresom, ki se osredotoča predvsem na čustva (ang. »*emotional-focused coping*«) in jo pogosteje izbirajo ženske, povezana z višjo stopnjo psiholoških težav, kot sta depresija in tesnoba. Gameiro s sodelavci (2015) in Peterson s sodelavci (2008) omenjata še ang. »*meaning-based coping*«, kjer se o problemu razmišlja v pozitivni luči, išče se nove cilje, ki so prilagojeni trenutni situaciji in okoliščinam, tak način pa naj bi zmanjšal stres v razmerju in socialni stres, ki ga doživlja neplodni par.

Obstajajo pa tudi pari, ki se za zdravljenje neplodnosti ne odločijo ali pa ga po določenem času prekinejo, kar je težka odločitev. Kljub občutkom izgube in žalovanju za izgubljenim idealom si veliko parov postavi nove realne cilje, ki jim predstavljajo izziv ter imajo določen pomen in jim pomagajo pri soočanju z odsotnostjo otrok v vsakodnevem življenju (Peters et al., 2015).

Za celostno obravnavo neplodnega para je nujno zavedanje, kakšne pomoči si pari želijo. V nadaljevanju so opisane ugotovitve glede potreb neplodnih parov po svetovanju in pomoči, ki ju lahko zdravstveni delavci uspešno nudijo med obravnavo ženske oziroma para na klinikah za neplodnost.

#### **1.1.4 Svetovanje in pomoč neplodnim parom**

Pari, ki se soočajo z neplodnostjo, izražajo potrebe po svetovanju in pomoči, vendar je dejansko stanje drugačno (Greil et al., 2010). Le 10–34 % parov se med zdravljenjem

posluhuje svetovanja, še posebej med predstavniki moškega spola je do svetovanja opazno odklonilno vedenje (Read et al., 2013). Pari predvsem ne vedo, kje poiskati ustrezno pomoč, nekaj pa je takih, ki psihološkemu svetovanju niso naklonjeni ali pa ga povezujejo s psihopatologijo (Read et al., 2013). Načini iskanja nasvetov in pomoči so različni internetni forumi in spletne strani (Greil et al., 2010), ki pa po navajanju Readove s sodelavci (2013) nimajo vedno želenega učinka, predvsem zaradi pomanjkanja strokovnih informacij. Gameiro s sodelavci (2015) poudarja nudenje ustrezne psihosocialne pomoči usposobljenih strokovnjakov, kar naj bi pare opolnomočilo za spoprijemanje s psihološkimi in socialnimi težavami neplodnosti in njenega zdravljenja.

Seveda je od posameznega para odvisno, kakšno pomoč potrebuje in ali jo je pripravljen sprejeti. Ker zdravljenje neplodnosti vključuje tako predvidljive kot tudi nepredvidljive dogodke, je potrebna raznolika podpora parom. V določenih trenutkih bolj čustvena, sploh takrat, ko so prisotne stiske, spet drugič pa bolj tehnična, v smislu podajanja informacij in reševanja določenih težav (Read et al., 2013). Največji primanjkljaj na področju pomoči neplodnim parom je opazen na področju psihosocialne in čustvene podpore ter splošnih in praktičnih informacij o samem zdravljenju (Read et al., 2013; Dancet et al., 2011). Pari si želijo nekoga, ki je doživel izkušnjo neplodnosti ter bi jo bil pripravljen deliti in podati nasvete, hkrati pa je pripravljen pokazati iskreno sočutje in empatijo. Na ta način bi se partnerja počutila manj izolirana od družbe in bi bila vzpodbujena za nadaljnje spopadanje z diagnozo neplodnosti. Glede praktičnih informacij glede zdravljenja pa bi jim bila v veliko pomoč preprosta knjižica z jasnimi navodili o poteku zdravljenja (Read et al., 2013). Treba je torej uspešno prepoznati fizične in socialno-kulturne potrebe, ki jih izražajo neplodni pari (Cunningham, Cunningham, 2013), ter jim zagotoviti ustrezno psihosocialno pomoč (Gameiro et al., 2015).

Greil s sodelavci (2010) izpostavlja paradoksalnost trenutnega zdravljenja in pomoči neplodnim parom, kjer izgubo integritete in kontrole nad lastnim telesom rešujemo z nepredvidljivim zdravljenjem in nešteti grobimi posegi v telo posameznika, kar se v ničemer ne sklada s prej omenjenimi potrebami parov. Ker pari veliko časa preživijo v stiku s strokovnjaki za neplodnost na klinikah, si želijo na pacienta usmerjene individualne obravnave (Dancet et al., 2011; Wilkes et al., 2009). Seveda jim je kot pacientom izjemno pomembna klinična usposobljenost in kompetentnost zaposlenih, da znajo v njim razumljivem jeziku podati zadostno količino pomembnih informacij o zdravljenju (Dancet

et al., 2011; Greil et al., 2010). Tudi kontinuirana oskrba znanega osebja in odzivnost v kritičnih situacijah je pomembna lastnost dobre oskrbe, piše Dancet s sodelavci (2011). Nezanemarljive so tudi osebne lastnosti, ki jih pacienti iščejo pri zdravstvenemu osebju, ter njihov odnos. Cenijo prijaznost in empatijo, da si zaposleni znajo vzeti čas za iskren pogovor, tudi o čustvenih bremenih, ki jih zdravljenje prinaša (Dancet et al., 2011; Wilkes et al., 2009). Pomembna lastnost so tudi komunikacijske sposobnosti, da si strokovnjaki vzamejo čas za postavljena vprašanja para ter odgovorijo iskreno in realno (Cunningham, Cunningham, 2013; Dancet et al., 2011). Pari si želijo biti slišani in spoštovani v svojih željah ter vključeni v sprejemanje pomembnih odločitev glede njihovega zdravljenja, hkrati pa si želijo tudi ustrezne emocionalne podpore zdravnikov, babic in medicinskih sester (Gameiro et al., 2015; Cunningham, Cunningham, 2013; Dancet et al., 2011).

## **2 NAMEN**

Namen diplomskega dela je v prvem delu pregledati aktualno, na dokazih temelječo literaturo in predstaviti dognanja s področja neplodnosti, predvsem o vplivu diagnoze neplodnosti na vsakodnevno življenje ženske in para. Na podlagi rezultatov sistematičnega pregleda literature je drugi, empirični del usmerjen v pridobivanje vpogleda v doživljanje in razumevanje socialnih, čustvenih in partnerskih izzivov, ki jih ženske občutijo zaradi neplodnosti. Raziskati smo želeli tudi, kako med diagnosticiranjem in zdravljenjem neplodnosti ženske doživljajo odnose in obravnavo zdravstvenih delavcev. Pridobljene ugotovitve lahko nudijo možnost zavedanja pomena celostne obravnave neplodnih žensk in parov ne le z medicinskega vidika, temveč tudi z do sedaj bolj zanemarnjenih psiholoških, čustvenih in socialnih vidikov.

### **2.1 Cilji diplomskega dela**

- Predstaviti pojem neplodnosti ter njenih psihosocialnih in čustvenih vidikov, vpliva diagnoze in zdravljenja neplodnosti na partnerski odnos in dognanja na področju svetovanja in pomoči neplodnim parom.
- Ugotoviti, kateri so psihosocialni in čustveni izzivi žensk v neplodnih zvezah in kako jih doživljajo.
- Identificirati načine soočanja z diagnozo in zdravljenjem neplodnosti.
- Predstaviti izzive, ki jih soočanje z neplodnostjo prinese v partnerski odnos, predvsem na področju spolnosti.
- Ugotoviti, katere so prednosti in pomanjkljivosti trenutne medicinske obravnave neplodnosti na klinikah.

### **2.2 Raziskovalna vprašanja**

Na podlagi zastavljenih ciljev diplomskega dela so bila ob pregledu domače in tuje znanstvene literature oblikovana naslednja raziskovalna vprašanja:

- S katerimi psihosocialnimi izzivi se srečujejo ženske v obdobju zdravljenja neplodnosti?

- Kateri so najpogostejši čustveni izzivi žensk ob diagnozi in zdravljenju neplodnosti?
- Kateri so izzivi v partnerskem odnosu, s katerimi se soočajo ženske z diagnozo neplodnosti v partnerski zvezi ob nadaljnji obravnavi in zdravljenju?
- Kako bi ženske v neplodnih zvezah izpostavile želeno in učinkovito pomoč zdravstvenih delavcev med njihovo zdravstveno obravnavo neplodnosti?

### **3 METODE DELA**

V prvem delu diplomskega dela je bila uporabljena kvalitativna paradigma, v okviru katere je bila za sestavo teoretičnih izhodišč uporabljena opisna ali deskriptivna metoda dela. Pregledana in analizirana je bila strokovna in znanstvena literatura v slovenskem in angleškem jeziku ter večinoma ni bila starejša od 10 let. Pregledana strokovna literatura in ustrezni članki so bili iskani s pomočjo metaiskalnika DiKul ter z uporabo podatkovnih baz PubMed, Cobiss, Science Direct in PubPsych. Z namenom iskanja vsebinsko primernih virov v podatkovnih bazah so bile uporabljene naslednje ključne besede v slovenščini: neplodnost, psihosocial\*, čustva, partnerski odnos, oziroma v angleščini: infertility, couple, psychosocial\*, marital relation, sexual. Razmerja med njimi so bila določena z Boolovim operaterjem AND.

Tudi v drugem, empiričnem delu diplomskega dela je bila uporabljena kvalitativna oblika raziskovalnega dela. Izvedeni so bili intervjuji z ženskami v partnerskih zvezah, ki se spopadajo z diagnozo neplodnosti, z namenom dobiti vpogled v izkušnjo posameznika. Kot navaja tudi Bluffova (2006), je namen uporabe take oblike raziskovanja pridobiti globlji vpogled v izkušnje in doživljanje posameznika, v tem primeru ženske in para ob diagnozi in zdravljenju neplodnosti, ter boljše razumeti psihosocialne, čustvene in partnerske izzive, ki jih neplodnost prinese v vsakdanje življenje.

#### **3.1 Opis raziskovalnega instrumenta**

Raziskovalni instrument je bil oblikovan na podlagi teoretičnih ugotovitev v prvem delu diplomskega dela, pregleda ustrezne znanstvene in strokovne literature. Intervju je sestavljalo pet sklopov vprašanj. V prvem sklopu so se vprašanja nanašala na demografske podatke o intervjuvanki (starost, izobrazba, regija bivanja) ter podatke o dolžini partnerske zveze, vzroku in trajanju neplodnosti ter uspešnosti zdravljenja. V drugem sklopu so se vprašanja odprtega tipa dotikala socialnih izzivov, v tretjem psihičnih in čustvenih izzivov, v četrtem pa partnerskih izzivov, ki jih neplodnost prinaša v vsakodnevno življenje ženske in para. V zadnjem, petem sklopu vprašanj pa so ženske odgovarjale na vprašanja glede doživljanja odnosa in obravnave zdravstvenih delavcev med zdravljenjem neplodnosti. Vprašalnik, uporabljen za namen izvedbe intervjuja, je priložen kot priloga 2.



Intervju je v povprečju trajal 45 minut in je bil polstrukturiran. Na ta način smo pridobili največ informacij in najgloblji vpogled v preučevano tematiko. Ženske, ki so sodelovale v raziskavi, so imele možnost prostega govora, pri čemer so bile usmerjane s postavljanjem podvprašanj. Pogovor se je, kot je priporočeno za izvedbo intervjujev v živo (Bluff, 2006), opravljal v mirnih prostorih, kjer so se ženske počutile najbolj sproščene in so se bile pripravljene odpreti sogovornici, hkrati pa je tiho okolje omogočalo nemoteno zvočno snemanje intervjuja. Tako je večina intervjujev potekala v domačem okolju, eden pa v prostorih Zdravstvene fakultete Ljubljana.

Pred opravljanjem intervjuja so bile ženske seznanjene z namenom in predvidenim potekom raziskave. Podpisale so Soglasje udeleženca k sodelovanju v raziskavi (priloga 1), v katerem je bilo poudarjeno prostovoljno sodelovanje in možnost odstopa od sodelovanja brez kakršnih koli posledic ali navedbe razloga. Podpisano soglasje je udeleženkam zagotavljalo tudi anonimnost vseh podatkov, s tem namenom pa so vsa v nadaljevanju uporabljena imena intervjuvank izmišljena in izbrana popolnoma naključno. Poudarjeno je bilo tudi, da bodo vsi pridobljeni podatki tekom intervjuja uporabljeni izključno za namen raziskave, izvajane v okviru diplomskega dela. Pred začetkom intervjuja so imele ženske možnost za postavitev morebitnih vprašanj, vezanih na izvajanje raziskave. S tem so bila pred začetkom raziskave izpolnjena in upoštevana etična načela znanstvenega raziskovanja, kot jih opisuje Bluffova (2006).

### **3.2 Opis vzorca**

Izbira vzorca žensk za izvedbo raziskave je potekala z namenskim vzorčenjem po metodi snežne kepe. Dopis z informacijami o izvajanju raziskave je bil objavljen na socialnem omrežju Facebook. Edini in zelo pomemben kriterij za vključitev v raziskavo je bil ta, da so se v preteklosti ali med izvajanjem raziskave v partnerski zvezi spopadale z diagnozo neplodnosti.

Na povabilo za sodelovanje v raziskavi se je odzvalo 19 žensk. Vse so ustrezale kriterijem za vključitev v raziskavo. Nekatere se kasneje za sodelovanje niso odločile zaradi pomanjkanja časa, prevelike oddaljenosti ali pa razloga niso navedle. Intervjuje smo opravili s sedmimi kandidatkami, v raziskavo jih je bilo vključenih šest. En intervju je bilo treba zaradi slabšega zvočnega posnetka in nezmožnosti transkribiranja izločiti. Končni vzorec

raziskave je bil tako 6 žensk, kar je po pisanju Bluffove (2006) sprejemljiv vzorec pri izvajanju kvalitativne raziskave z uporabo intervjujev, katerih namen je pridobiti vpogled v doživljanje in razumevanje določenega fenomena in ne generaliziranje pridobljenih ugotovitev. Bolj natančna demografska predstavitev vzorca je zapisana v poglavju Rezultati.

### **3.3 Analiza pridobljenih podatkov**

Po opravljenih intervjujih smo na podlagi zvočnih posnetkov opravili dobesedno transkribiranje. Zvočni posnetki intervjujev in pridobljeni prepisi so hranjeni na varnem mestu in sicer na ločenem disku za shranjevanje, tako smo zadostili etičnim vidikom izvajanja raziskave glede zagotavljanja anonimnosti. Nadalje je bila opravljena kvalitativna tematska analiza podatkov, kjer se je na podlagi pridobljene transkripcije uporabilo odprto kodiranje in kategoriziranje besedila. Namen tega je bila identifikacija ponavljajočih se pojavov in vzorcev v besedilu, s postopkom konceptualizacije pa smo nato oblikovali pojme ter jih kasneje združevali v pomensko sorodne manjše množice oziroma kategorije, ki smo jih med seboj primerjali in uredili na smiseln način (Kordeš, Smrdu, 2015; Mesec, 1997). Pridobljeni rezultati so prikazani in opisani v naslednjem poglavju.

## 4 REZULTATI

Kvalitativna vsebinska analiza z uporabo odprtega kodiranja in kategoriziranja, ki je bila uporabljena v raziskavi in je natančneje opisana v prejšnjem poglavju, je prinesla nabor kategorij, podkategorij in kod, zbranih v tabeli 1.

*Tabela 1: Razpredelnica kategorij in kod*

| KATEGORIJE                                   | KODE  |
|--|---|
| Socialni izzivi                              | Pritisk družbenih norm<br>Stigmatizacija<br>Tabu tema             |
| Čustveni izzivi                              | Negativna čustva  |
| Vpliv na vsakodnevno življenje               | Vseprisotna prisotna diagnoza                                     |
| Opora  | Tolažba družine<br>Pripadnost neplodni skupnosti                  |
| Strategije spopadanja z diagnozo neplodnosti | Samopomoč<br>Strokovna pomoč                                      |
| Partnerski odnos                             | Negativni in pozitivni vplivi<br>Vpliv na spolnost                |
| Obravnava zdravstvenih delavcev              | Negativne in pozitivne izkušnje<br>Vključitev psihološkega vidika |
| Prihodnost                                   | Strah in upanje<br>Osebna rast                                    |

V raziskavi je sodelovalo šest žensk (100 %), ki imajo izkušnjo z diagnozo neplodnosti. Poimenovane so Lara, Anja, Petra, Nina, Tinkara in Andreja. Njihova starost je od 29 do 35 let, dosežena stopnja izobrazbe pa med 5. in 7. stopnjo. Polovica žensk je iz osrednjeslovenske regije, druge pa so iz pomurske, gorenjske in primorsko-notranjske regije. Vse udeleženske raziskave so v partnerski zvezi, najkrajša je v času izvajanja intervjuja trajala

3 in pol leta, najdaljša pa 11 let. Z diagnozo neplodnosti so se intervjuvane ženske soočale 2–8 let, pri vseh (100 %) pa je šlo za obravnavo primarne neplodnosti. Pri dveh ženskah (33,3 %) je bil vzrok neplodnosti neznan, pri eni (16,7 %) je bil vzrok neplodnosti pri partnerju, pri treh (50 %) pa je šlo za neplodnost ženske, katere vzrok je bil v dveh (33,3 %) primerih endometrioza, v enem (16,7 %) pa funkcionalne nepravilnosti rodil. Pri treh ženskah (50 %) je bilo zdravljenje uspešno in so bile v času opravljanja intervjuja noseče oziroma so že imele otroka, pri treh (50 %) pa je bilo zdravljenje neuspešno. Dve od teh žensk z zdravljenjem nadaljujeta, ena pa je s partnerjem v postopku posvojitve.

Med analizo intervjujev smo pridobili osem kategorij: socialni izzivi, čustveni izzivi, vpliv na vsakodnevno življenje, opora, strategije spopadanja z diagnozo neplodnosti, partnerski odnos, obravnava zdravstvenih delavcev in prihodnost. V naslednjih podpoglavjih bodo natančnejši rezultati predstavljeni po kategorijah s pomočjo bolj natančnih in podrobnih podkategorij in kod.

## **4.1 Socialni izzivi**

Razumevanje socialnih izzivov je bilo pri ženskah, vključenih v raziskavo, precej podobno. Vseh 6 intervjuvank je izpostavilo pritiske družbe zaradi uveljavljene vloge matere v našem socialnem okolju, zaradi česar je v družbi še vedno prisotna stigmatizacija žensk, ki otrok nimajo. Zaradi sramu in neznanja pa neplodnost po njihovem mnenju še vedno ostaja tabu tema, o kateri se ne govori dovolj pogosto in sproščeno.

### **4.1.1 Pritiski družbenih norm**

Da je socialna vloga materinstva v družbi še vedno zelo pomembna, so povedale vse ženske (6, 100 %), vključene v raziskavo. Lara in Anja si družine nista želeli od nekdaj, ta želja je prišla po tem, ko sta spoznali trenutna partnerja. Vendar je Lara izpostavila dejstvo, da je družba naravnana v smeri, ki ženski narekuje, da je vloga matere normalna in zaželena. Petra je povedala, da predvsem mediji podajajo neko idealno podobo družine, kar da neplodnim parom še dodaten občutek nesposobnosti. V družbi so na sploh prisotni mnogi normativi, odstopanje od katerih te označi za »nenormalnega«. Andreja in Tinkara sta govorili o družbeno sprejemljivem razvoju družine, ki vključuje rojstvo otrok. Vse intervjuvanke so

izpostavile tudi dejstvo, da okolica na neki točki pričakuje, da se bo par odločil za otroke. Če jih ni, se pojavi spraševanje prijateljev in znancev, s čimer so bile prav tako soočene vse ženske v raziskavi. Nekatere izmed njih se zaradi tega niso preveč obremenjevale in so vprašanja preslišale ali priredile odgovor sebi v prid, Nino pa so opazke in komentarji prizadeli.

*»Vprašanja so. Kaj še čakaš, leta grejo, zdaj je že čas. Ampak nihče se ne zaveda, da za tem nekaj stoji. V službi sem trenutno najmlajša zaposlena in rečejo, da še malo, pa sem na porodniški, mlade zaposlimo in takoj bodo meli otroke. Saj nič ne komentiram, ampak mislim pa si, bodi tiho, ne veš, kaj je za tem.« (Nina)*

Tako Petra kot Tinkara sta poudarili, da diagnoza ni obremenjujoča le zaradi družbe. Pomenila jima je tudi izgubo lastne identitete, ker nista bili zmožni izpolniti svojega primarnega ženskega poslanstva, roditi otroka in postati mati. Tinkara je neplodnost doživljala kot izgubo svojih sanj, ker je bila že od otroštva vzgajana v duhu, da je postati mati nekaj najlepšega v življenju ženske.

*»Od majhnega sem bila nekako pripravljena s to miselnostjo, da bo imeti otroke nekaj najlepšega. In sem se ful veselila, svojo identiteto sem vezala na to. Od majhnega že. Veliko sem razmišljala o tem in si delala načrte. In ko se ti to sesuje, izgubiš pomemben delček svoje identitete. Mislim, si jo moraš zamenjati, nekaj narediti. Spremeniti takih stvari pa se ne da čez noč.« (Tinkara)*

#### **4.1.2 Stigmatizacija**

Okoli tematike neplodnosti je še vedno veliko neznanja in stigme. Stvar, ki je najbolj zmotila Petro, Laro in Tinkaro, je, da jih okolica *pomiluje*. Ko par velja za neplodnega, mu družba hitro nadane etiketo, da je revež, ubogi. Andreja je na splošno opazila, da so ženske brez otrok označene za karieristke, ki jim je služba bolj pomembna od otrok. Le malo ljudi dejansko naravnost vpraša po razlogu, zakaj otrok ni. Čeprav Lara meni, da je načrtovanje družine osebna zadeva vsakega para, je večina intervjuvanih žensk povedala, da bi situacijo razložile, če bi imele primernega sogovornika in varno okolje.

### 4.1.3 Tabu tema

Vse ženske so povedale, da neplodnost ostaja tabu tema. Nobena izmed njih sicer svoje diagnoze javno ne razglša, so pa opazile, da se je ljudem o neplodnost neprijetno pogovarjati. Čeprav so Anja, Andreja in Nina opazile, da se je o temi lažje pogovarjati zdaj kot nekaj let nazaj, sploh v krogu znancev in prijateljev, ter da se miselnost počasi spreminja, ostale tega mnenja ne delijo. Petra je povedala, da so ljudje tudi takrat, ko je bila sama o neplodnosti pripravljena spregovoriti, videli samo injekcije in epruvete, ali pa se o temi niso prav zares želeli pogovarjati. Opazila je tudi, da je ljudi strah, da bi jo s svojimi vprašanji prizadeli. Lara je izpostavila, da niti ženske, ki se same borijo z neplodnostjo, ne vedo, koliko jih je z enakimi težavami, dokler se ne srečajo na kliniki. O tem, da že neplodne ženske ne vedo druga za drugo, je govorila tudi Tinkara, ki je ob tem izpostavila občutke jeze, saj sama ni imela nikogar, ki bi z njo delil podobno izkušnjo.

*»Jaz sem bila šokirana, ko sem bila že par let v tem in sem začela šele potem ugotavljati, koliko žensk je na istem in sploh nismo vedele druga za drugo. Pa sem si mislila, zakaj se že me ne moramo normalno pogovarjati. Takrat te nekdo, pa če je še tako dobra prijateljica, ne razume. Lahko je ob tebi, marsikatera od žensk, ki so bile takrat v mojem življenju, mi je bila lahko ful dobra opora. Ampak, da te pa v tem trpljenju nekdo razume, je pa to, da mora iti čez isti zos. In ker je to tak tabu, izgubiš veliko takih priložnosti.« (Tinkara)*

## 4.2 Čustveni izzivi

Na vprašanja o čustvenih izzivih je bilo pridobljenih veliko število različnih odgovorov, ki pa so si precej podobni. Ob postavitvi diagnoze gredo ženske skozi proces žalovanja, kjer opisujejo celo vrsto negativnih čustev. Pri nekaterih je prišlo tudi do resnejših psiholoških problemov – depresije in anksioznosti.

### 4.2.1 Negativna čustva

*»Dolgo maš še neko zanikanje. Ko pa dojameš, da je mogoče malo več tega, da je stvar obsežnejša, je pa groza. Panika. Tak vseobsegajoči obup. Zato, ker se ti sesuvajo neke ideje, ki si jih imela ful jasno načrtane v glavi. Tako da prav res tako depresivno stanje. To je bilo*

*najbolj grozno leto mojega življenja, ko sem samo jokala. Tako globoka žalost, res iz globin.» (Tinkara)*

Ob postavitvi diagnoze ženske občutijo ogromno paleto čustev, tako so to opisovale tudi ženske v raziskavi. Vsem je skupno to, da so čustva izrazito negativna. Petra, Andreja in Tinkara so na začetku doživele šok in zanikanje, saj niso pričakovale, da se to lahko zgodi prav njim. Pri večini je nato sledil strah, pri nekaterih pred zdravljenjem, pri ženskah, ki vzroka neplodnosti niso vedele, pa strah pred razlogom neplodnosti. Na splošno so ženske, pri katerih je bila diagnosticirana nepojasnjena neplodnost, poudarile, da jim je to povzročalo velik stres in so si želele izvedeti, kaj je vzrok, da bi ga lahko uspešno odpravile.

Poleg žalosti so ženske občutile tudi jezo. Anja in Andreja sta bili jezni, da se je situacija zgodila prav njima. Tinkara je izpostavila jezo na okolico, saj je opazila veliko nepravilnih situacij, kjer so otroci nastali »po nesreči« ali pa so živeli v slabih družinskih razmerah. Tudi Lara je povedala, da je na neki točki prišlo do zavidanja parom, ki imajo otroke brez težav. Ne tako redek pa je bil tudi občutek krivde. Nina se je krivila za to, da je z zdravljenjem odlašala in tako mogoče poslabšala svoje zdravstveno stanje, Anja pa se je krivila zaradi občutka, da svojega partnerja zadržuje ob sebi, čeprav mu ne bo mogla dati otrok. Enako je občutila tudi Petra. Andreja je povedala, da je po vsakem neuspelem postopku umetne oploditve čutila sram in krivdo za neuspeh.

Petra je izpostavila cikel pričakovanja, ki mu je pogosto sledilo razočaranje. In večje kot je bilo upanje, močnejše je občutila neuspehe. Prav to se ji je zdelo čustveno najbolj naporno, bolj kot sama bolečina ob postopkih umetne oploditve. Lara, ki je ob diagnozi čutila negotovost, je povedala, da je bila zelo previdna pri postavljanju pričakovanj, saj ni želela biti razočarana. Tako kot Petra je povedala, da jo je najbolj čustveno prizadel postopek, pri katerem so ji tudi na kliniki dali največ upanja za uspeh.

Tako Andreja kot tudi Tinkara sta omenili obdobje otopelosti, ko sta bili od stalnega boja utrujeni in sta se težko ukvarjali z občutki, ki so ju prevežali. Vendar sta obe povedali, da sta se na koncu nekako sprijaznili z diagnozo in jo sprejeli kot del življenja. Tudi Petra je na neki točki pomislila, da bo lahko normalno živela brez otrok. Kljub vsemu pa je Tinkara omenila, da se občutki iz preteklosti včasih še vedno vrnejo, odvisno od njenega razpoloženja. Andreja pa meni, da je po dolgi poti najrazličnejših čustvenih odzivov končno dosegla nekakšno notranjo harmonijo.

*»In zdaj, ta trenutek, lahko rečem, da sem čisto okej, da sem srečna in da je tako, kot mora biti. Iz tiste prve jeze, strahu, otopelosti zdaj lahko rečem, da sem okej.« (Andreja)*

Vse intervjuvanke so izpostavile, da so na neki točki žalovale. Petra in Anja sta izpostavili občutke žalovanja, ki so se pojavili po neuspešnih poskusih umetne oploditve. Čeprav ljudje to težko razumejo, ker so testi nosečnosti negativni, je zanj prenos zarodka pomenil nosečnost. Vsak neuspešni poskus je tako za sabo pustil praznino, žalovanje za nečem, kar bi lahko imeli, pa zaradi spleta okoliščin nimata. To jima je predstavljalo izgubo, na katero ju še sedaj spomnijo določeni datumi, ki jima ostajajo v spominu. O prelomnih trenutkih, ki ji ostajajo v spominu, je spregovorila tudi Andreja, ki pa je povedala, da se podoživljanju izogiba, da je ne bi občutki posrkali v začarani krog.

*»Saj še zdaj razmišljam. Takrat sva bila v postopku, 1. aprila bo obletnica. Potem se vsako leto decembra spomnim, zdaj bi pa imela dojenčka in počasi bi že šel v šolo. Na tak način. V bistvu žaluješ za nečem, cesar nisi imel. Ne moreš reči, da je bil spontani splav, ker ni prišlo do tega, nisem videla plusa na testu. Ampak nekaj je pa bilo v meni. In kar se mene tiče, jaz sem bila takrat noseča, ampak ostali niso nič videli. Za tem žaluješ.« (Anja)*

### **4.3 Vpliv na vsakodnevno življenje**

Neplodnost vpliva na vsakodnevno življenje žensk na vseh področjih. Najbolj stresno je to, da je diagnoza nenehno prisotna v glavi, mnogo vsakdanjih situacij lahko sproži razmišljanje in spraševanje, ki mu ni konca. Andreja je povedala, da se je bala, da bi jo nenehno razmišljanje o tem potegnilo v začarani krog, iz katerega se ne bi mogla rešiti. Tudi Tinkara je govorila o tem, da je v nekem časovnem obdobju razmišljala le še o zanositvi, obremenjevalo jo je vsakodnevno jemanje hormonske terapije, po kateri se je slabo počutila, in nenehna laboratorijska testiranja. Zato se je na določeni točki odločila za popoln premor od zdravljenja, za kar sta se odločili tudi Lara in Anja, saj so se zavedale, da se njihovo življenje vrti le še okoli zanositve.

*»Je vsakodnevno s tabo. Tudi če poskusiš ne razmišljati, ko si v družbi in v službi, vedno imaš nekje zadaj, nekaj te spomni, nekoga vidiš, pogovor nanese na to. In se mi zdi, da ko je to v glavi, je res, kar pravijo, in ne moreš odmisлити. Poskušaš čim manj o tem razmišljati. Če pa že pride to v glavo, pa poskušaš nekako spremeniti. Ne, bom potem.« (Andreja)*



Tudi samo zdravljenje je bilo za ženske fizično naporno, o čemer so prav tako govorile vse udeleženke raziskave. Lara in Petra sta poudarili, da je vedno v prvi vrsti ženska tista, ki doživlja večji stres, saj je medicinska obravnava osredotočena nanjo. Velik je tudi psihični pritisk, saj je ne glede na vzrok neplodnosti namreč ona tista, ki ne zanosi. Obremenjujoči so znaki nosečnosti, ki so lahko le namišljeni in posledica pričakovanj. Pri Andreji je bila večje breme fizična bolečina, ne le psihična bolečina ob vsakem neuspehu. Prav tako je trpljenje ob vseh postopkih zdravljenja izpostavila Petra.

*»Fizična bolečine je pri postopkih, je zoprno, punkcija ni luštna in res boli, težko je tudi obdobje po punkciji pa potem, ko te naročijo na transfer čez 3–5 dni, ko se drži fige, ali je bilo vse brez veze ali ne. Toliko enega trpljenja, injekcij in zdravlil vase vrže ženska, mogoče za brez veze.« (Petra)*

## **4.4 Opora**

Na vprašanja, ki so se nanašala na oporo med bojem z neplodnostjo, so bile ženske precej enotne. Vsem je bil v veliko oporo partner, večini tudi ožja družina in nekaterim prijatelji. Vse pa so tudi izpostavile vlogo skupin, ki združujejo ženske z diagnozo neplodnosti, ki poleg opore nudijo tudi informacije in občutek pripadnosti.

### **4.4.1 Tolažba družine**

Primarna opora v situaciji je bil vsem ženskam partner, ki jim je med zdravljenjem stal ob strani. Večina si brez te opore ne zna predstavljati boja z neplodnostjo. Lara in njen partner sta bila med postopkom umetne oploditve edina, ki sta za to vedela, saj sta tako lažje prenašala morebitne neuspehe. Ostale ženske so svoje zdravljenje delile z ožjo družino, ki je bila večini v oporo. Petra je povedala, da ji je največ pomenilo, da ji je družina prisluhnila, četudi nihče ni imel enake izkušnje. Samo Anja je opisovala neodobravanje svoje družine in namerno skrivanje zdravljenja pred družino partnerja zaradi drugačnih verskih prepričanj.

*»Nisva dala tega na veliki zvon, partnerjeva družina še zdaj ne ve, ker so bolj verni in ne odobravajo teh zadev. Moji so pa vedeli. Na primer me je zelo prizadelo, moj brat je zdravnik in je rekel takrat, veš, mogoče je pa prav, da ne moreš imeti otrok. Sej narava že ve, kaj dela. To me je takrat res prizadelo. Mama pa tudi ni bila najbolj navdušena.« (Anja)*

Poleg ožje družine so Anja, Nina in Andreja omenile podporo prijateljic, s katerimi si izkušnje sicer niso delile, so pa bile pripravljene poslušati. Vendar so izpostavile, da se je včasih težko odpreti nekemu, ki tvoje bolečine ne pozna. Tinkara je povedala, da je med spopadanjem z neplodnostjo izgubila marsikaterega prijatelja, ki ji ni pokazal razumevanja ter njej in partnerju ni bil pripravljen stati ob strani.

#### 4.4.2 Pripadnost neplodni skupnosti

*»Moje mnenje je, da če psiholog nima pojma o temi in ni dal sam tega skozi, bo veliko težje pomagal kot nekdo, ki ve. Zato so po mojem bolj uspešne podporne skupine, ker se ljudje razumejo. S tem ženske dvignejo ena drugo, ker vedo, kako je to, skozi kaj grejo. Jaz se nisem čutila, da bi mi strokovna pomoč bolj koristila kot pa pogovor z žensko, ki je že dala to skozi.« (Lara)*

Prav vse sodelujoče ženske so izpostavile pomen tega, da se pogovoriš z nekom, ki je že sam šel skozi podobno situacijo. Lari in Andreji se dragocene zdijo spletne podporne skupine, kjer se družijo ženske, ki jih povezujejo enaki problemi in si zato lahko pomagajo s konkretnimi nasveti so si v čustveno oporo. Večina žensk je kot največjo kakovost spletnih skupin za neplodnost izpostavila razumevanje. Nina in Tinkara sta veliko pomembnost namenili tudi temu, da skupnost da občutek, da nisi sam v situaciji, da so v tvojem okolju še ljudje, ki gredo skozi iste težave. Tinkara je sicer podporo skupnosti iskala v tujini, ker ji je bilo to bližje zaradi bolj odprte mentalitete. Žalostilo pa jo je to, da o podpornih skupinah ne izveš na klinikah, ampak jih moraš poiskati sam, česar mnogo žensk v najbolj ranljivem času ne zmore.

*»Ker nekaj časa sem se jaz počutila, da sem jaz tukaj edina in najbolj trpeča duša na svetu. In da sem najbolj boga in kaj se mi to zdaj dogaja. In prav to, da nimaš nekega sogovornika, ki bi šel skozi isto, da bi si lahko povedala in se drug drugemu zjokala in se počutila boljše, da nisi sam. Tega nisem imela. In ko sem prišla v skupino, je bilo to tudi zelo terapevtsko, da sem videla stotine žensk z enakimi izkušnjami. Nisem čudna, nisem edina. One so srečne, lahko sem tudi jaz.« (Tinkara)*

Čeprav so se ženske strinjale, da so spletne skupine dobre za pridobitev informacij in občutek, da nisi edini, ki gre čez izkušnjo neplodnosti, pa so Anja, Nina in Andreja povedale, da so v obdobju, ko jim je bilo najtežje, opustile branje forumov. Ti so bili pogosto zbirka

negativnih zgodb, je povedala Anja, kar lahko negativno vpliva tudi na doživljanje lastne situacije.

## **4.5 Strategije spopadanja z diagnozo neplodnosti**

Ženske, sodelujoče v raziskavi, so med bojem z neplodnostjo razvile različne načine in strategije, ki so jim pomagale prebroditi težke trenutke. Večina je bila uspešnih, dve pa sta se za dodatno pomoč obrnili na strokovnjake s področja psihoterapije.

### **4.5.1 Samopomoč**

Lara je do situacije pristopila na čim bolj realen način in si ni pustila, da bi se ukvarjala s tem, zakaj se je neplodnost zgodila prav pri njej in njenemu partnerju. Usmerila se je v iskanje rešitev in se izobraževala o različnih možnostih zdravljenja. Nasprotno je iskanje dodatnih informacij, povezanih z neplodnostjo, veliko čustveno bolečino povzročalo Andreji, ki se tega zato tudi ni posluževala in ni želela vedeti vsega v podrobnosti. Potrebovala je sprostitev in nekaj, da bi se zamotila, zato se je ukvarjala s stvarmi, ki so ji bile všeč. Večina žensk je navedla, da so si najbolje same pomagale tako, da so se zamotile in poskusile odmisлити nenehen boj z neplodnostjo. Tako sta se Tinkara in Petra odločili nadaljevati študij, Anjo je zaposlovala nova služba, Andreja se je ukvarjala s hobiji, ki so jo veselili.

S pozitivne strani se je na situacijo trudila gledati Petra. Povedala je, da se z diagnozo ni sprijaznila, je pa iskala neke dobre stvari, ki jih v dani situaciji lahko izlušči. Tudi Nina je izrazila prepričanje, da bo morda lahko ne glede na izid zdravljenja nekako izpolnila svoje poslanstvo, četudi to ne bo materinstvo. Tudi Tinkara je menila, da si je treba postaviti nove cilje, ki te bodo izpopolnjevali.

*»Stresno je, dokler ne začneš na življenje gledati kot na elastično in spremenljivo stvar. Ko ugotoviš, da nikoli ne boš mogel izpolniti sanj, to je res grozna stvar. Na neki točki ugotoviš, da lahko zamenjaš sanje in jih boš lahko izpolnil. Celó odkriješ mogoče druge strasti v življenju. To sigurno velja zame. Ne bi počela stvari, ki jih, če bi zanosila takrat, ko sem želela.« (Tinkara)*

## **4.5.2 Strokovna pomoč**

Večina žensk je menila, da so same uspešno premagovale čustvene težave, ki so nastale kot posledica neplodnosti. Lara in Andreja sta povedali, da sta na kliniki sicer dobili možnost, da se v morebitni stiski obrneta na pomoč tam zaposlenega psihologa. Za to možnost se nista odločili, ker sta težave uspešno premagovali sami. Ostalim pomoč ni bila ponujena. Nina, ki ji pomoč ni bila ponujena, je povedala, da je verjetno ne bi izkoristila, sej ni tip človeka, ki bi mu to pomagalo. Ostale pa bi pomoč z veseljem sprejele.

Dve ženski, ki sta sodelovali v raziskavi, pa sta med spopadanjem z diagnozo ocenili, da so čustvene težave preveliko breme, da bi jih rešili sami, brez strokovne pomoči. Tinkaro je na dejstvo, da sama ne zmore dobro razrešiti nastale situacije, opozoril mož, za kar mu je hvaležna, saj v tistem trenutku tega sama ni videla. Anja pa je depresijo in anksiozno motnjo že zdravila z antidepresivi, vendar je bil tudi pri njej partner tisti, ki ji je pomagal skozi krizo. Obe sta si poiskali psihoterapevtsko pomoč, kar je bila po njunih besedah ena od stvari, ki jima je pomagala prebroditi najtežja obdobja. Anja se je poleg tega udeležila še skupine za samopomoč na eni izmed klinik, za katero je povedala, da ji je bila v veliko pomoč. Predstavljala ji je sprostitev, odmik od vsakdanje rutine. Tako Anja kot tudi Tinkara pa sta bili razočarani, da jima strokovna psihološka pomoč ni bila ponujena na kliniki, kjer sta se zdravili.

## **4.6 Partnerski odnos**

Pri vseh ženskah, s katerimi je bil opravljen intervju, je imela izkušnja neplodnosti več pozitivnih kot negativnih vplivov na partnersko zvezo. Predvsem so vse izpostavile velik pomen prave komunikacije v odnosu, ki je rešitev za morebitne nastale težave.

### **4.6.1 Negativni in pozitivni vplivi**

Večina žensk je opisovala pozitivne vplive preizkušnje na partnerski odnos. Vendar so bile tudi nekatere negativne stvari, ki so povzročile trenja v odnosu. Nina je povedala, da sta se s partnerjem na začetku oddaljila, saj je ona razmišljala le še o zanositvi, kar ji je partner tudi očital. O konfliktih je spregovorila tudi Tinkara, ki je povedala, da je bila v nekem obdobju zelo naporna, sploh ob jemanju hormonske terapije. O stranskih učinkih pa je poročala tudi

Petra, ki je povedala, da je vse dojemala kot slabo. Tudi to, da je partner težave predeloval na drugačen način, ji je na začetku povzročalo težave. Polovica žensk je povedala tudi, da so se spraševale, kaj je sploh namen tega, da ostanejo skupaj s partnerjem, ker niso sposobne zanositi in roditi otroka. Anja in Petra sta se počutili, da je nepravilno, da obvezujeta partnerja, da ostane v neplodnem odnosu. Tudi Andreja se je spraševala, ali se bo partner nekoč odločil, da mu le zveza z njo brez otrok ne bo dovolj.

Kljub vsem negativnim stvarem, je preizkušnja prinesla tudi veliko dobrega. Andreja je izpostavila, da sta s partnerjem sproti, s pogovorom razčistila mnoge stvari. Tako ni imela nikoli občutka, da je zaradi neplodnosti manjvredna, saj je vedela, da jima je njun odnos na prvem mestu in bosta drug z drugim srečna, tudi če otrok ne bo. Petra pa to, da sta s partnerjem uspešno prebrodila situacijo z neplodnostjo, dojema kot potrditev odnosa. Ker nista poročena, ji to, da je kljub negotovemu izidu zdravljenja ostal z njo, veliko pomeni.

*»Gre sigurno za neko potrditev odnosa, da nekdo s tabo vztraja čez tako težko preizkušnjo. Ker je res naporno.« (Petra)*

Lara sicer na splošno ni ocenila, da bi se odnos zaradi neplodnosti kakor koli spremenil. Pri partnerju pa je vseeno cenila, da je bil pozitivno naravnani in se ni toliko obremenjeval z izidom zdravljenja. Kljub napornemu zdravljenju nista zanemarila medsebojnega odnosa. Ostale ženske pa so ocenile, da je odnos zaradi skupne preizkušnje bolj trden, da so s partnerjem bolj povezane. Večina si boja brez partnerjeve opore ni predstavljala.

*»Eno obdobje je bilo grozno težko. Tisto moje depresivno obdobje, ko nisem zmogla nič. Zdaj bi pa rekla, da sva iz tega potegnili največ, kar sva lahko. Čisto iskreno pa povem, da mislim, da je iz take situacije zelo težko potegniti nekaj dobrega. Veliko ljudi tega ne zmore. Ne bi upala reči, da vsak par, ki gre skozi to, da bo na koncu pogledal nazaj in rekel, koliko sva se naučila.« (Tinkara)*

#### **4.6.2 Vpliv na spolnost**

Pri vplivu na spolnost so bile ženske enotne – neplodnost ima izrazito negativen vpliv na spolno življenje para. Sploh v obdobju, ko se par trudi zanositi po naravni poti, se izgubi spontanost, ustvari se neka rutina. Petra, Tinkara in Nina pa so povedale, da so spolni odnosi postali načrtovano dejanje, izgubila se je čustvena vrednost, v njih ni bilo več užitka. Poleg

tega so se vse obremenjevale s plodnimi dnevi, spremljale izcedek, merile bazalno temperaturo in delale ovulacijske teste. Petra se spominja, da je tudi spontan odnos, v času ko zanositev ni bila možna, hitro prerasel v nekakšno načrtovanje nosečnosti. Tinkara je povedala, da v času, ko se je aktivno trudila zanositi, nikoli ni doživela orgazma, ker jo je to tako psihično obremenjevalo. Na določeni točki sta se tako Petra kot tudi Tinkara odločili, da bosta prekinili z načrtovanimi spolnimi odnosi, vendar sta poudarili, da je bilo potrebnega precej časa, da se je spolnost vrnila na zadovoljivo raven.

*»Tukaj postane vse tempirano na ovulacijo, na katere dneva ja in na katere dneve ne. Postane vse po urniku. Izgubi se vrednost, da se ima spolne odnose iz užitka. Postane eno načrtovano dejanje. Midva sva potem namenoma vse skupaj pustila, ker sva rekla, da tako pa ne želiva več, da se gleda na koledar, na uro, na razne gele, ki se jih vstavlja. Da to ni to. In sva potrebovala kar nekaj časa, da sva spet prišla na tisti nivo pred postopki.« (Petra)*

Pri parih, kjer je bila možnost za naravno zanositev minimalna, spolnost ni bila tako prizadeta. Anja je povedala, da sta se s partnerjem zanašala na umetno oploditev, tako da je bila njuna spolnost bolj sproščena. Tudi Lara je povedala, da sta po diagnozi vse doživljala veliko bolj sproščeno in brez pritiska. Andreja se je s partnerjem zavestno odločila, da se s časovnim usklajevanjem spolnih odnosov z ovulacijo ne bosta obremenjevala. Zato jima je uspelo ohraniti spolnost dobro in spontano.

## **4.7 Obravnava zdravstvenih delavcev**

Prav pri obravnavi na klinikah za zdravljenje neplodnosti so bila mnenja intervjuvank najbolj različna. Ženske so na vprašanje o doživljanju odnosa zdravstvenih delavcev do njih in partnerjev med obravnavo opisovale različno. Pri nekaterih je šlo za izrazito pozitivne izkušnje, pri eni izmed intervjuvank pa je bila izkušnja obravnave na kliniki izjemno negativna. Res je, da so ženske obiskovale različne klinike za zdravljenje neplodnosti, pa vendar so bile v ključnih točkah obravnave enotne.

### **4.7.1 Negativne in pozitivne izkušnje**

Nina je ob obravnavi v ambulanti za neplodnost čutila pozitivno okolje in optimizem, enako pa se spominja tudi Anja, ki so ji v spominu ostale predvsem babice in medicinske sestre kot

osebe z velikim srcem, ki znajo dvigniti v težkih trenutkih, potolažiti in spodbuditi. Tudi zdravnikov se večina spominja na dober način, saj so bili strokovni, pozitivni in prijazni.

Pa vseeno je to, kar po mnenju žensk manjka zdravstvenim delavcem, bolj oseben in topel odnos, saj so ženske čutile, da jih je preveč, da se na postopke dolgo čaka, ko pa so na vrsti, gre vse prehitro. Anja in Petra zato menita, da je tu še možnost za napredek, saj sta se med obravnavo počutili kot številki. Tinkara, ki je imela najslabšo izkušnjo od vseh intervjuvank, pa osebjem ni zaupala, saj ji niso dali občutka, da jo poslušajo in upoštevajo njene želje.

Kar je zmotilo tako Laro kot Nino, je bil tudi občutek, da je zdravstveno osebje pogosto premalo realno in daje lažno upanje oziroma prikriva stvari v dobro pacienta. Lara tudi poudarja, da delajo po ustaljenem in neprilagodljivem kalupu, ki je sicer uspešen, ni pa optimalen za ženske. Stvar, ki je zmotila vse ženske, vključene v raziskavo, je tudi ta, da so informacije zdravstvenih delavcev pogosto nerazumljive laikom, preveč je uporabe nerazumljivih medicinskih izrazov. Lara je povedala, da so sicer babice in medicinske sestre v podajanju razumljivih informacij boljše, vendar pogosto nimajo časa, ker so preobremenjene.

Stvar, ki najbolj manjka v ambulantah in klinikah za neplodnost, je po mnenju vseh udeleženk raziskave vključevanje čustvenega vidika neplodnosti ter nudenje čustvene opore ženskam in parom med zdravljenjem. Tinkara meni, da ni dovolj informacij, kam se par lahko obrne po pomoč. S tem sta se strinjali tudi Anja in Lara. Premalo je razumevanja za čustvene odzive, ki jih imajo ženske med zdravljenjem, kar je jezilo Tinkaro.

*»In pa to, da se te obravnava zgolj kot en skupek celic, da nimaš nobene druge sfere bitja, ki bi bila tudi potrebna pomoči. Zdaj ko gledam nazaj, mi je jasno, čez kaj sem šla, da so odzivi normalni. Žalovala si, bila si v takem stanju. Razumem. Zakaj takrat meni zdravnica, ki to dela že leta in se sooča s temi ženskami, zakaj mi ona ni rekla: »Gospa, pogledjte, vi se kar zjokajte, vem, kako je težko. To je faza, razumem vas.« In bi se počutila, da nisem čudna.«*  
(Tinkara)

## **4.8 Prihodnost**

Na prihodnost ženske gledajo različno, predvsem se razlikuje njihov pogled glede na uspešnost zdravljenja. Pri tistih, ki za sabo še nimajo uspešne zanositve in jim še ni uspelo

postati mati, je bil ob pogledu v prihodnost prisoten strah. Tinkara je izrazila skrb glede samega zdravljenja na kliniki, kjer je imela v preteklosti slabe izkušnje, hkrati pa se boji lastnega odziva na morebitne ponovne neuspehe. Vendar je ne glede na izid menila, da se bo v življenju znašla in si postavila nove cilje, ki jo bodo izpopolnjevali. Tudi Nino je skrbel potek zdravljenja, vendar je bila pozitivna in je upala na dober izid. Andreja, ki je z zdravljenjem zaključila, se je s partnerjem odločila za postopek posvojitve, kar jo navdaja z upanjem, ker vidi cilj. Vse sodelujoče ženske v raziskavi pa so menile, da jih je izkušnja naredila močnejše in so preko nje osebnostno zrasle. Petra je pri sebi opazila, da je bolj vztrajna. Ker je čutila odgovornost tudi do partnerja, si ni pustila obupati, kljub temu da je bilo v določenih trenutkih zelo težko in psihično naporno. Anja pa je pri sebi odkrila, da je bolj empatična in je spremenila prioritete, saj jo je izkušnja neplodnosti preoblikovala v boljšo osebo.

*»Glede mojega življenja v tem trenutku, bom lahko celostno živela in bila srečna tudi brez otrok. Ampak za to potrebujem skupnost, v katerem bo moj stil življenja sprejet. Če bom v okolju, kjer bom vedno malo manj vredna, ker nisem iz sebe porinila treh otrok, potem bom ali zamenjala okolje ali bom pa nesrečna. Mislím, da bom zamenjala okolje. Iskreno pa mislim, da bom lahko srečna, ne glede na vse. Se mi zdi, da imam en tak mind-set, da si želim zanositi in enkrat imeti svojega in partnerjevega otroka, ampak bolj od tega si pa želim biti srečna, ne glede na vse. Verjamem, da sem tudi lahko. Tri leta nazaj pa ne bi.« (Tinkara)*



## 5 RAZPRAVA

V nadaljevanju bodo glede na teoretični pregled obstoječe ustrezne znanstvene literature s področja neplodnosti in glede na raziskavo, ki smo jo izvedli v sklopu diplomskega dela, predstavljena določena spoznanja ter ugotovitve na področju psihosocialnih, čustvenih in partnerskih izzivov žensk v neplodnih zvezah. Za lažjo in bolj smiselno predstavitev novih spoznanj bo razprava razdeljena na podpoglavja glede na raziskovalna vprašanja.

### **Socialni izzivi neplodnosti**

Glavne točke, ki so v izziv ženskam v neplodnih zvezah na področju družbe glede na izvedeno raziskavo, so pritiski družbenih norm, stigmatizacija, povezana z neplodnostjo, in tabuiziranost teme v socialnem okolju.

Raziskava, ki sta jo izvajala Cunninghamova in Cunningham (2013), je pokazala, da se ženske za zdravljenje neplodnosti odločijo zaradi pritiskov slike idealne družine, ki jih družba ustvarja s svojimi normami že od časa zgodnjega otroštva dalje. Sploh za ženske je pritisk družbe večji kot za moške, piše tudi Ying s sodelavci (2015), zato se pri njih večkrat pojavi kriza identitete. Ženske v naši raziskavi so sicer omenile vplive okolja, ki jim narekuje primeren razvoj odnosa in družine, ki seveda vključuje otroke, vendar pa ni bilo okolje tisto glavno, zaradi katerega so se odločile za družino. Šlo je za njihovo osebno željo. So pa nekatere povedale, da se zaradi neplodnosti soočajo z mislijo, da ne bodo mogle izpolniti svojega primarnega poslanstva, postati mati. To ima negativen vpliv na njihovo identiteto, saj se počutijo nesposobne na enem od glavnih področij življenja. Močan občutek nezadostnosti pa so imele tudi neplodne ženske v raziskavi, opravljeni na Kitajskem, katerim je nezmožnost postati mati pomenila izgubo ženskosti, navajajo Yao in sodelavci (2017). O negativnem vplivu na samopodobo neplodne ženske pa so v svoji študiji poročali tudi Wischmann in sodelavci (2014).

Stigmatizacija, ki jo ženske zaradi neplodnosti občutijo v slovenskem družbenem okolju, se po navajanju Cunninghamove in Cunninghama (2013) pojavlja tudi drugod po svetu in ima prav tako negativen vpliv na osebno identiteto. Nerazumevanje so občutile tudi intervjuvanke v naši raziskavi, ki so menile, da so neplodne ženske pogosto označene za karieristke ali pa jih družba pomiluje zaradi odsotnosti otrok. Kot poroča Ying s sodelavci

(2015), so še vedno ženske tiste, ki so podvržene večji stigmati in v očeh drugih odgovorne za odsotnost otrok. Tako mišljenje pogosto potencira stres za ženske, saj je v družbi pokazanega premalo razumevanja in podpore.

Da je neplodnost še vedno tabuizirana tema v slovenski družbi, so se strinjale intervjuvane ženske, vključene v raziskavo. Kljub temu pa so jim bila v domačem okolju neredko zastavljena vprašanja v širši družini, med prijatelji in znanci, kdaj se bodo odločile za otroke. Taka vprašanja so jih prizadela in spravljala v neprijeten položaj. O enakem fenomenu, ki ga kot ang. »*open-person treatment*« opisujeta tudi Sternkejevva in Abrahamsonova (2015), so poročale tudi druge ženske. Na podlagi takih vprašanj so dobile občutek, da so zaradi tega, ker niso matere, drugačne, nesprejete in stigmatizirane.

## Čustveni izzivi neplodnosti

Neplodnost v ženskah prebudi veliko različnih čustev, prva čustva so predvsem negativna, kot so povedale intervjuvane ženske. Od prvega šoka in zanikanja so čustva prešla v žalost, strah in jezo. Pri nekaterih so je pojavilo ljubosumje do parov, ki otroke imajo. Čustva ljubosumja in težkega sprejemanja novic o nosečnosti pri znancih so doživljale tudi ženske, vključene v raziskave Hasanpoor-Azghdya in sodelavcev (2014) ter Sternkejeve in Abrahamsonove (2015). Slednji sta omenili, da so bile tudi nekatere družbene situacije za neplodne ženske čustveno breme in so se zato od njih distancirale. Pri neplodnih ženskah je pogost tudi občutek krivde, izpostavile so ga tudi intervjuvanke, predvsem zaradi ponavljajočih se neuspehov, odlašanja z zdravljenjem ali zaradi občutka odgovornosti do partnerja. Zadnje je bilo krivo za občutek krivde tudi v raziskavi Hasanpoor-Azghdya in sodelavcev (2014).

Ženske med zdravljenjem in postopkom umetne oploditve gojijo upe, da bodo postopki uspešni in prinesli zelene rezultate. V primeru, ko zdravljenje ne uspe, sledi veliko razočaranje, ki so ga opisovale tudi ženske v naši raziskavi. Občutke brezupa po dolgotrajni obravnavi ali številnih neuspešnih poskusih nosečnosti so opisovali tudi Hasanpoor-Azghdy in sodelavci (2014). Sternkejeva in Abrahamsonova (2015) sta ugotovili, da neplodne ženske svoje stanje dojemajo kot čustveno izjemno naporno prav zaradi mesečnega opomnika, da je z njimi nekaj narobe, da ne morejo zanositi. Ta vsakomesečna razočaranja so zanje

predstavljala izjemen stres, enako pa so ponavljajoče se cikle upanja in razočaranja opisovale tudi intervjuvane ženske.

Da je neplodnost diagnoza, ki žensko in par spremlja na vsakem koraku, so potrdile ženske, vključene v raziskavo v okviru diplomskega dela. Povedale so, da se je težko sprostiti in diagnozo odmisлити, zato se je večina na neki točki odločila za odmor ali prekinitve zdravljenja. Nezadovoljstvo s kvaliteto življenja so neplodni pari izrazili tudi v raziskavi, ki so jo izvajali Drosdzolova in Skrzypulecova (2008) ter Klemetti in sodelavci (2010). Slednji so ugotovili tudi, da imajo neplodne ženske trikrat večjo možnost za razvoj anksioznih in depresivnih motenj. Podobno so ugotovili tudi Galhardo in sodelavci (2011), ki pa so navedli še povezanost depresije s samoobtoževanjem pri neplodnih posameznikih. Vse to naj bi izhajalo iz njihove nezmožnosti izpolnjevanja osebnih in družbenih pričakovanj, kot tudi pritiskov zdravljenja neplodnosti, ki je pogosto boleče, zlasti za ženske. V vzorcu naše raziskave, ki je bil sicer majhen, se je z anksiozno motnjo med obravnavo neplodnosti spopadala ena intervjuvanka, še ena pa je strokovno pomoč iskala zaradi depresije.

Čustveno oporo pri soočanju z neplodnostjo so vse ženske v naši raziskavi iskale in našle pri partnerju. Nekaj jih je omenilo, da so oporo dobile tudi pri družini, le ena je povedala, da je družina zdravljenju nasprotovala, pri eni pa je bila družina namerno izključena. Wilkes s sodelavci (2009) je ugotovil, da je družina eden izmed glavnih opornih stebrov, ki lahko pozitivno vpliva na neploden par in njegovo vsakdanje spopadanje z neplodnostjo. V nasprotnem primeru pa je vpliv lahko negativen, kar je bilo razvidno tudi v naši raziskavi, kjer se je ženska čutila prizadeto ob nasprotovanju svoje družine.

## **Izzivi v partnerskem odnosu**

Wilkes in sodelavci (2009) so ugotovili, da povezanost para že pred postopkom zdravljenja neplodnosti pozitivno vpliva na premagovanje in spopadanje z nevšečnostmi, ki jih prinese zdravljenje. Da mora biti odnos že pred začetkom klinične obravnave neplodnosti trden, so se strinjale tudi ženske, vključene v našo raziskavo. Vse so ocenile, da se je njihov odnos s časom skozi skupno izkušnjo neplodnosti kljub vzponom in padcem ojačal ter postal bolj trden. Nekatere so celo izrazile določeno mero hvaležnosti, saj so kljub težki situaciji dobile potrditev svojega partnerskega odnosa. Da se partnerski odnos med spopadanjem z neplodnostjo lahko izboljša, sta v svoji raziskavi ugotovili tudi Drosdzolova in

Skrzypulecova (2009), ki sta opisali boljšo kakovost partnerske zveze pri neplodnih parih kot pri parih kontrolne skupine, na kar bi lahko vplivala pozitivna komunikacija, medsebojna čustvena opora ter čustva zvestobe in predanosti.

Čeprav so v raziskavi, ki so jo izvajali Yao in sodelavci (2017) na Kitajskem, ženske povedale, da so otroci nujni za harmonijo in srečo v zakonu ter da je brez njih stabilnost partnerske zveze ogrožena, se zdi, da je v slovenskem prostoru mišljenje drugačno. V okviru raziskave diplomskega dela so ženske, udeležene v raziskavi, povedale, da bodo ali bi lahko bile srečne v zvezi tudi brez otrok. Sicer je bil vzorec intervjuvank majhen in ga ne moremo posplošiti na celotno populacijo, pa vendar bi lahko rekli, da je odsotnost otrok v zakonu v zahodnih kulturah bolj sprejemljiva kot v vzhodnih kulturah.

V študiji Yaa in sodelavcev (2017) so ženske povedale, da se je med dolgotrajnim bojem z neplodnostjo pojavilo več konfliktov in nestrinjanj v odnosu, komunikacija med partnerjema pa je slabela, česar pa rezultati raziskave tega diplomskega ne potrjujejo. Kvečjemu so se odnosi in komunikacija izboljšali na račun skupnega soočanja s situacijo.

Da ima neplodnost velik vpliv tudi na spolno življenje para, dokazujejo prav vse do sedaj opravljene raziskave. Večina opisuje negativne vplive, kjer so pari manj zadovoljni s spolnostjo, kar je pokazala tudi raziskava, ki sta jo izvajala Sultan in Tahir (2011). Nezadovoljstvo s spolnostjo ob diagnozi neplodnosti je pokazala tudi japonska študija, ki so jo izvedli Shoji in sodelavci (2014), saj naj bi bilo pri moških dejansko povezano s fizičnimi težavami, na primer v spolni funkciji, medtem ko je bilo nezadovoljstvo pri ženskah povezano tudi z drugimi faktorji, na primer ne dovolj pogostimi odnosi, slabo komunikacijo med partnerjema in izgubo čustvene vrednosti. O slednji so poročale tudi ženske, vključene v našo raziskavo, saj so izpostavile časovno načrtovano spolnost z namenom uspešne zanositve, ki je povzročila izgubo spontanosti in čustvene vrednosti, ki jo imajo spolni odnosi za par. O izgubi spontanosti in odnosov v obdobju obravnave neplodnosti so glede na rezultate svoje študije poročali tudi Wischmann in sodelavci (2014). Po poročanju raziskave Nelsona in sodelavcev (2008) naj bi bila približno četrtnina neplodnih žensk prizadeta zaradi problemov v spolnosti, najpogosteje zaradi manjše spolne sle, vzburjenja, nezmožnosti doseganja orgazma in splošnega nezadovoljstva. V naši raziskavi žensk nismo specifično spraševali, katere težave so se pojavile v spolnosti v obdobju obravnave neplodnosti, le ena od njih je navedla, da v tistem času ni bila zmožna doseči orgazma. Tudi Nelson in sodelavci (2008) so poudarili, da je področje težko za raziskovanje in so posledično rezultati manj

nezanesljivi, saj se težave v spolnosti pojavljajo tudi pri neplodnih parih in niso nujno povezane z dejstvom, da je par neploden. Vendar pa rezultati sovpadajo s prej omenjeno japonsko raziskavo Shojia in sodelavcev (2014), ki je pri ženskah ugotovila večji vpliv psiholoških aspektov spolnosti na zadovoljstvo.

## **Zaželena pomoč zdravstvenih delavcev**

Največja pomanjkljivost, ki so jo izpostavile ženske, vključene v raziskavo, ki se je izvajala v okviru diplomskega dela, je bila ta, da je med obravnavo neplodnosti na kliniki premalo vključevanja psihološkega in čustvenega vidika doživljanja neplodnosti. Željo po večji čustveni podpori so izrazile tudi udeleženke raziskave Danceta in sodelavcev (2011), ki jo preprosto opisujejo že kot boljšo pozornost na čustveno stanje ženske in para ter pogovor o čustvenih težavah, ki nastanejo kot posledica diagnoze neplodnosti. Kljub temu da si pari tega večinoma želijo, pa si samoiniciativno pomoči ne bodo poiskali, razen v primerih, ko je ta zelo potrebna. V raziskavi, ki jo je izvajala Readova s sodelavci (2014), so ugotovili, da se kljub izraženi želji po boljši psihološki podpori le malo parov odloči za iskanje pomoči strokovnjakov. To naj bi se dogajalo predvsem zaradi pomanjkanja informacij, ki bi jih lahko dobili od zdravstvenih delavcev, kje tako pomoč iskati, na kar so opozorile tudi ženske, vključene v našo raziskavo. Psihološka pomoč je pogosto stereotipizirana in obravnavana kot pomoč za ljudi z resnimi težavami.

Ženske in pari potrebujejo nekoga, ki se je spopadal z enako izkušnjo in razume, kaj doživljajo v najtežjih trenutkih. Readova in sodelavci (2014) so ugotovili, da se ženske zato velikokrat obrnejo po nasvete na spletne skupine in forume, ki sicer do neke mere zadovoljijo potrebo po psihosocialni podpori, a jim manjka osebnega stika. Tudi ženske, ki so bile vključene v našo raziskavo, so informacije in potrditev, da niso edine v taki situaciji, iskale na spletu. Pomoč so ocenile kot zelo uporabno in zaželjeno.

Tako v raziskavi Danceta in sodelavcev (2011) kot tudi raziskavi Readove in sodelavcev (2014) so ženske izrazile željo po konkretnih informacijah glede zdravljenja, ki bi bile zbrane v obliki knjižic oziroma spletnega gradiva. Po tej dotični stvari ženske, vključene v našo raziskavo, niso bile povprašane, so pa povedale, da si želijo, da bi jim bile informacije na klinikah podane na njim razumljiv način, brez uporabe medicinskega žargona. Poleg tega so imele občutek, da jim določene stvari niso predstavljene natančno, da so jim bile določene

stvari zamolčane. Tudi v raziskavi Readove in sodelavcev (2014) so ženske navedle, da niso bile pripravljene na dolgotrajnost in napornost zdravljenja, v raziskavi Cunninghamove in Cunninghama (2013) pa je bilo ugotovljeno, da ženske niso imele kontrole nad zdravljenjem in so imele občutek, da je prihodnost prepuščena zdravstvenemu osebju, ki je bilo vključeno v njihovo obravnavo. Da ima občutek možnosti lastnega odločanja o zdravljenju pozitiven vpliv na doživljanje zdravstvenih delavcev, pa so pisali tudi Wilkes in sodelavci (2009), ki so navedli, da si pari želijo biti vključeni in skupaj z zdravstvenimi delavci sprejemati odločitve o nadaljevanju lastne obravnave. Tudi Dancet (2011) je s sodelavci ugotovil, da sta avtonomija in soodločanje o zdravljenju za pare pomembna dejavnika, ker dajeta občutek personalizirane zdravstvene oskrbe. Sicer pa so ženske v vseh, tudi naši, raziskavah poudarile, da jim je zelo pomembna strokovnost in kompetentnost zdravstvenih delavcev, ki jih v okviru obravnave srečujejo na klinikah za zdravljenje neplodnosti.

Kot pomanjkljivosti zdravstva ob obravnavi neplodnih parov na klinikah so ženske navedle dolgotrajne čakalne dobe in prehitro obravnavo v ambulanti. Tudi Wilkes (2009) s sodelavci in Dancet s sodelavci (2011) sta prišla do podobnih zaključkov, dodala pa sta še nekontinuirano obravnavo, ki pa jo intervjuvane ženske niso izpostavile. V vseh treh raziskavah je bil kot moteč omenjen neosebni odnos zdravstvenih delavcev.

## 6 ZAKLJUČEK

Neplodnost je velik izziv v življenju para. Velikokrat njeno problematiko vidimo le z medicinskega vidika, kjer želimo doseči čim boljši možni izid za obravnavani par, torej priti do pozitivnega nosečniškega testa. Pa vendar je velikokrat pozabljeno, da imata diagnoza in zdravljenje neplodnosti ogromen vpliv na vsakodnevno življenje, ki se izraža v mnogih stiskah, s katerimi se je primorana soočiti neplodna ženska oziroma par.

S pomočjo kvalitativne raziskave, opravljene v okviru diplomskega dela, je bil pridobljen uvid v doživljanje žensk v neplodnih partnerskih zvezah. Glavni poudarki glede na ugotovitve so, da se pari vsakodnevno srečujejo z najrazličnejšimi pritiski, od pravih, ki jih narekuje družba, do čustvenih izzivov ob soočanju z eno izmed težjih življenjskih kriz, ki ima lahko vpliv tudi na partnersko zvezo. Pari si želijo bolj celostne obravnave zdravstvenega osebja, ki bo vključevala vse vidike neplodnosti, tudi socialne in psihološke, in ne le medicinskega.

Izvedena raziskava predstavlja nove možnosti za kakovostnejšo obravnavo žensk med zdravljenjem neplodnosti, kjer eno od pomembnih vlog igrajo tudi babice, ki se srečujejo z ženskami in pari na klinikah za zdravljenje neplodnosti. Ker so babice ene izmed prvih zdravstvenih profesionalcev, s katerimi se ženska sreča, je zares pomembno, da obvladajo večšine uspešne komunikacije in znajo biti ženskam oziroma parom dobra čustvena opora ter svetovalke na področju plodnosti in zanositve. Diplomsko delo ponuja tudi priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo na tem področju. Zanimivo bi bilo raziskati doživljanje moških ob soočanju z neplodnostjo v partnerski zvezi ali pa razlike med občutji moškega in ženske. Ena od stvari, ki ji pozornost ni dovolj posvečena, je tudi spremljanje psihološkega stanja ženske po uspešnem zdravljenju neplodnosti, med nosečnostjo in porodom. Tudi na tem področju bi lahko babice igrale ključno vlogo, predvsem tiste, zaposlene v ginekoloških ambulantah in porodnem bloku, saj se ob napredku reproduktivne medicine vse pogosteje srečujejo z ženskami po uspešnih postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo. Pogosto nosečnost, kljub temu da je bila zelo zaželena, ženskam predstavlja velik stres, prav tako izziv predstavljata porod in poporodno obdobje. Babice bi lahko s svojim znanjem pripomogle k boljši izobraženosti žensk na področju nosečnosti in poroda po oploditvi z biomedicinsko pomočjo in poporodnega obdobja, ki sledi taki nosečnosti. Poleg tega bi bilo smiselno raziskati tudi obravnavo neplodnih parov z vidika babic v ambulantah za

neplođnost, kako one vidijo trenutno obravnavo in na katerih področjih vidijo priložnosti za izboljšanje.



## 7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

American Society of Reproductive Medicine (2013). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril* 99(1): 63.

doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.09.023

Behboodi-Moghadam Z, Salsali M, Eftekhari-Ardabili H, Vaismoradi M, Ramezanzadeh F (2012). Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study. *Jpn J Nurs Sci* 10(1): 41–6.

doi: 10.1111/j.1742-7924.2012.00208.x

Behjati-Ardakani Z, Navabakhsh M, Hosseini SH (2017). Sociological Study on the Transformation of Fertility and Childbearing Concept in Iran. *J Reprod Infertil* 18(1): 153–61.

Bluff R (2006). Interviewing in qualitative research. In: Cluett ER, Bluff R, eds. *Principles and Practice of Research in Midwifery*: 2nd edition. London: Churchill Livingstone, 221–43.

Boivin J, Bunting L, Collis JA, Nygren KG (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* 22(6): 1506–12.

doi: 10.1093/humrep/dem046

Centre for Studies on Human Stress – CSHS (2017). Coping strategies.

Dostopno na: <https://humanstress.ca/stress/trick-your-stress/steps-to-instant-stress-management/>

<4. 3. 2019>

Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth DR, Passos EP (2010). Agreement on perceptions of quality of life in couples dealing with infertility. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 39(5): 557–65.

doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01168.x

Cunningham J (2017) Infertility: a primer for primary care providers. *JAAPA* 30(9): 19–25.

Cunningham N, Cunningham T (2013). Women's experiences of infertility – towards a relational model of care. *J Clin Nurs* 22(23-24): 3428–37.  
doi: doi: 10.1111/jocn.12338

Dancet EAF, Van Empel IWH, Rober P, Nelen WLDM, Kremer JAM, D'Hooghe TMD (2011). Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Hum Reprod* 26(4): 827–33.  
doi: 10.1093/humrep/der022

Drosdzol A, Skrzypulec V (2009). Evaluation of Marital and Sexual Interactions of Polish Infertile Couples. *J Sex Med* 6(12): 3335–46.  
doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01355.x

Drosdzol A, Skrzypulec V (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 13(3): 271–81.  
doi: 10.1080/13625180802049187

ESHRE Capri Workshop Group (2001). Social determinants of human reproduction. *Hum Reprod* 16(7): 1518–26.  
doi: 10.1093/humrep/16.7.1518

Galhardo A, Pinto-Gouveia J, Cunha M, Matos M (2011). The Impact of shame and self-judgement on psychopathology in infertile patients. *Hum Reprod* 26(9): 2408–14.  
doi: 10.1093/humrep/der209

Gameiro S, Boivin J, Dancet E et al. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for infertility staff. *Hum Reprod* 30(11): 2476–85.  
doi: 10.1093/humrep/dev177

Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn* 32(1): 140–62.

doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x

Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A (2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iran J Reprod Med* 12(2): 131–8.

Knez J, Vlaisavljević V (2016). Ženska neplodnosti. In: Tekáč I, Geršak K, eds. *Ginekologija in perinatologija*. Maribor: Medicinska fakulteta, 170–9.

Klemetti R, Raitanen J, Sihvo S, Saarni S, Koponen P (2010). Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 89(5): 677–82.

doi: 10.3109/00016341003623746

Kordeš U, Smrdu M (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem: 51–61.

Liamputtong P, Benza S (2019). Being able to bear a child: Insight from Zimbabwean women in Melbourne. *Women Birth* 32(2): 216–22.

doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.002

Luk BH, Loke AY (2015). The Impact of Infertility on the Psychosocial Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, And Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther* 41(6): 610–25.

doi: 10.1080/0092623X.2014.958789

Mayo Clinic Staff (2018). Infertility - Symptoms & causes. Mayo Clinic.

Dostopno na: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/infertility/symptoms-causes/syc-20354317>

<15.2.2019>

Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis

of 277 Health Surveys. PLoS Med 9(12): e1001356.

doi: 10.1371/journal.pmed.1001356

Mesec B (1997). Metodologija raziskovanja v socialnem delu II. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za socialno delo: 2–28.

Musa R, Ramli R, Yazmie AWA et al. (2014). A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. Compr Psychiatry 55(1): 65–9.

doi: 10.1016/j.comppsy.2013.01.001

Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP (2008). Prevalence and Predictors of Sexual Problems, Relationship Stress, and Depression in Female Partners of Infertile Couples. J Sex Med 5(8): 1907–14.

doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00880.x

O'Flynn N (2014). Assessment and treatment for people with infertility problems: NICE guideline. Br J Gen Pract 64(618): 50–1.

doi: 10.3399/bjgp14X676609

Ozturk R, Taner A, Guneri ES, Yilmaz B (2017). Another face of violence against women: Infertility. Pak J Med Sci 33(4): 909–914.

doi: 10.12669/pjms.334.12862

Pakiž M (2016). Zakonodaja in predpisi s področja varovanja reproduktivnega zdravja. In: Tekaç I, Geršak K, eds. Ginekologija in perinatologija. Maribor: Medicinska fakulteta, 158–60.

Pasch LA, Sullivan KT (2017). Stress and coping in couples facing infertility. Curr Opin Psychol 13: 131–5.

doi: 10.1016/j.copsyc.2016.07.004

Peloquin K, Brassard A, Arpin V, Sabourin S, Wright J (2018). Whose fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. J Psychosom Obstet Gynaecol 39(1): 64–72.

Peters K, Jackson D, Rudge T (2015). Surviving the adversity of childlessness: Fostering resilience in couples. *Contemp Nurse* 40(1): 130–40.

Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, Schmidt L (2009). The longitudinal impact of partner coping in couple following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Hum Reprod* 24(7): 1656–64.  
doi: 10.1093/humrep/dep061

Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Hum Reprod* 23(5): 1128–37.  
doi: 10.1093/humrep/den067

Read SC, Carrier ME, Boucher ME, Whitley R, Bond S, Zelkowitz P (2013). Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? *Patient Educ Couns* 94(3): 390–5.  
doi: 10.1016/j.pec.2013.10.025

Shoji M, Hamatani T, Ishikawa S et al. (2014). Sexual Satisfaction of infertile couples assessed using the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Sci Rep* 6(4): 5203–7.  
doi: 10.1038/srep05203

Sternke EA, Abrahamson K (2015). Perceptions of Women with Infertility on Stigma and Disability. *Sex Disabil* 33(1): 3–17.  
doi: 10.1007/s11195-014-9348-6

Sultan S, Tahir A (2011). Psychological consequences of infertility. *Hellenic J Psychol* 8(2): 229–47.

Wilkes S, Hall N, Crosland A, Murdoch A, Rubin G (2009). Patient experience of infertility management in primary care: an in-depth interview study. *Fam Pract* 26(4): 309–16.  
doi: 10.1093/fampra/cmp039

Wishmann T (2013). Sexual disorders in infertile couples: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 25(3): 220–2.

Wishmann TH (2010). Sexual Disorders In Infertile Couples. *J Sex Med* 7(5): 1868–76.  
doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x

Wischmann T, Schilling K, Toth B et al. (2014). Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. *Geburtsh Frauenheilk* 74(8): 759–63.  
doi: 10.1055/s-0034-1368461

Yao H, Chan CHY, Chan CLW (2017). Childbearing importance: A qualitative study of women with infertility in China. *Res Nurs Health*: 1–9.  
doi: 10.1002/nur.21846

Ying LY, Wu LH, Loke AY (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *Int J Nurs Stud* 52(10): 1640–52.  
doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004

Yusuf L (2016). Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pak J Med Sci* 32(6): 1340–3.  
doi: 10.12669/pjms.326.10828

Zorn B (2016). Moška neplodnost. In: Tekáč I, Geršak K, eds. *Ginekologija in perinatologija*. Maribor: Medicinska fakulteta, 206–16.

## 8 PRILOGE

### 8.1 Soglasje udeleženca za sodelovanje pri raziskavi

Univerza v Ljubljani  
Zdravstvena fakulteta



Univerza v Ljubljani

Zdravstvena fakulteta

Zdravstvena pot 5

1000 Ljubljana

#### SOGLASJE UDELEŽENKE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Naslov raziskave: Doživljanje psihosocialnih, čustvenih in partnerskih izzivov s strani neplodnih žensk

Vabljeni ste k sodelovanju v raziskavi, ki jo ob zaključku študija babištva na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani izvajam absolventka babištva Lucija Šerjak pod strokovnim vodstvom mentorice pred. mag. Metke Skubic.

Namen raziskave je prepoznati težave žensk in parov, ki se spopadajo z diagnozo neplodnosti, in sicer na socialnem in čustvenem področju, nadalje ugotoviti, kakšen vpliv imajo le te na partnerski odnos ter kakšna je pomoč s strani zdravstvenih delavcev, ki si jo tekom medicinske obravnave neplodnosti ženske in pari želijo.

Podatke bom zbirala s pomočjo polstrukturiranega vodenega intervjuja, ki bo trajal približno 45 minut ter bo zvočno sneman. Izvajal se bo v živo ali na daljavo s pomočjo aplikacije Skype. Sodelovanje je povsem prostovoljno, na kateri koli točki lahko intervju tudi prekinete in brez posledic odstopite od sodelovanja v raziskavi, ne glede na razlog.

Storila bom vse, da zaščitim vašo zasebnost. Intervju je zato anonimen. Javno objavljeni in dostopni bodo le skupinski rezultati, zapisi vaših izkušenj pa bodo v primeru uporabe navedeni pod lažnimi imeni, z namenom zaščite vaše identitete. Zagotavljam vam, da bodo vaši podatki uporabljeni zgolj in izključno za pedagoški in znanstveno-raziskovalni namen diplomskega dela.

S svojim podpisom jamčim, da sem izjavo prebrala in sem dobila priložnost za postavitve vprašanj v zvezi z opisano raziskavo. Potrjujem svojo privolitev za sodelovanje ter dovoljujem uporabo pridobljenih rezultatov v pedagoške in znanstveno raziskovalne namene.

Datum: \_\_\_\_\_

Ime in priimek udeleženke: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_



## 8.2 Intervju za diplomsko delo – vprašanja

*Intervju: Doživljanje psihosocialnih, čustvenih in partnerskih izzivov pri ženskah v neplodnih zvezah*

### **Socio-demografski podatki**

Ime:

Starost:

Stopnja izobrazbe:

Regija bivanja:

Dolžina partnerske zveze:

### **Podatki o obravnavi neplodnosti**

Obdobje zdravljenja:

Vzrok neplodnosti:

Primarna/sekundarna neplodnost:

Uspešnost zdravljenja:

### **Socialni izzivi neplodnosti**

Kako pomembna se vam zdi socialna vloga materinstva oz. starševstvo?

Ali se zaradi neplodnosti čutite socialno stigmatizirani?

Ali se zaradi neplodnosti čutite družbeno izolirane?

Kako občutite pritiske družbe zaradi neplodnosti?

### **Čustveni in psihološki izzivi neplodnosti**

Katere občutke ste doživljali ob diagnozi neplodnosti?

Kaj diagnozo in zdravljenje neplodnosti naredi stresno?

Ali je neplodnost vplivala na vaše vsakodnevno delovanje?

Ste doživljali tesnobo, depresijo, sram?

Na kakšen način ste se spopadali z diagnozo?

### **Vpliv neplodnosti na partnersko zvezo**

Kako je neplodnost vplivala na vaš partnerski odnos?

Je bil vpliv pozitiven ali negativen?

Ste opazili spremembe na področju spolnosti? Katere?

## **Pomoč zdravstvenih delavcev tekom obravnave neplodnosti**

Kako ste doživljali odnos zdravstvenih delavcev tekom vaše obravnave neplodnosti?

Kaj se pogrešali in česa bi si želeli tekom obravnave neplodnosti?

Kaj je bilo dobro, kaj bi pohvalili?

Katere kvalitete in osebne karakteristike bi si želeli pri zdravstvenem delavcu, vključenem v vašo obravnavo?