

FOLIKLI, TRANSFERJI, ZAMRZNJENČKI: REPRODUKTIVNE IZBIRE IN NOVE ETIČNE DILEME

Darja ZAVIRŠEK

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo, Topniška 31, 1000 Ljubljana, Slovenija
e-mail: darja.zavirsek@fsd.uni-lj.si

IZVLEČEK

Človeška reprodukcija je bila v Sloveniji še do nedavnega povezana bodisi s kolektivno prisilo bodisi z osebno izbiro utemeljeno na čustvih ali vrednotah posameznice. Danes pa je vse pogosteje odvisna od medicinske reproduktivne tehnologije, finančnih transakcij, genetike in od odločitev med številnimi izbirami v obdobju pred spočetjem otroka. Rojevanje se spreminja v natančen in racionalen proces, ki vsebuje številne postopke izločanja, vstavljanja, selekcije, spodbujanja in zaustavljanja, merjenja in opazovanja, ki potekajo pod pojmom medicinska reproduktivna tehnologija. Primerjalna analiza omenjenih procesov pokaže, da se ne povečuje le število medicinsko reproduktivnih posegov in število odraslih, ki biološko ali socialno sodelujejo pri rojstvu otroka tako v Sloveniji, kot v Evropi in po svetu, kar ustvarja nove oblike socialnega starševstva, temveč tudi število izbir in etičnih dilem.

Ključne besede: medicinska reproduktivna tehnologija, reproduktivne izbire, socialno starševstvo, etične dileme, bio-oblast, biosocialnost, otrokova pravica vedeti.

FOLLICOLI, TRANSFER, EMBRIONI CONGELATI: SCELTE RIPRODUTTIVE E NUOVI DILEMMI ETICI

SINTESI

La riproduzione umana è stata legata in Slovenia sino a tempi ancora recenti sia ad una costrizione di natura collettiva che a scelte personali fondate su sentimenti o valori del singolo individuo. Oggi, tuttavia, tutto ciò dipende sempre più spesso dalla tecnologia medica riproduttiva, dalle transazioni finanziarie, dalla genetica e dalle decisioni tra le numerose scelte che precedono il concepimento del bambino. La procreazione si sta trasformando in un processo preciso e razionale, che contempla numerosi procedimenti di separazione, innesto, selezione, stimoli e interruzioni, misurazioni e osservazioni, che si svolgono sotto il termine di tecnologia medica riproduttiva. L'analisi comparativa dei citati processi mostra come siano in aumento non solo il numero degli interventi di medicina riproduttiva e il numero di adulti che partecipano biologicamente o socialmente alla nascita del bambino, così in Slovenia come in Europa e nel mondo, producendo nuove forme di genitorialità sociale, ma anche il numero di scelte e di dilemmi etici.

Parole chiave: tecnologia medica riproduttiva, scelte riproduttive, genitorialità sociale, dilemmi etici, bio-potere, biosocialità, diritto del minore

Najina darovalka je pridelala 9 celic, od teh se jih je potem osem oplodilo. Mož je moral dati kri za testiranje na SPB, jaz ne. Kljub dobri kvaliteti semena so delali ICSI postopek. Embriolog dr. Hlynka je potem imel zarodke pod kontinuiranim monitoringom. V bistvu gre za to, da snema razvoj vseh zarodkov in nato zjutraj na dan transferja pogleda vse te posnetke in na osnovi značilnosti razvoja določi kvaliteto zarodkov. Tri je določil za transfer in pet jih je določil za zamrzovanje. Noben zarodek ni bil tako slab, da bi ne bil za zamrznit. No, potem smo se na dan transferja po posvetu z zdravnico dr. Lazarovsko odločili, da bomo naredili transfer dveh zarodkov, ostalih šest so pa zamrznili [...] Medtem ko so na kliniki celice rastle, sva se preganjala po Pragi, vsak dan okrog devete zjutraj pa naju je poklicala koordinatorka Mirna in nama povedala, kaj se dogaja in kaj se predvideva za prihodnje dni. Tako da sva potem prišla na kliniko še drugič, to je za transfer, na četrty dan. [...] Zdravnica in Mirna govorita hrvaško, drugo osebo je češko in angleško, a smo se čisto fajn vse zmenili (Zaviršek, 2012, 131)

Veste, so bile pa tako grde (spolne celice, op. D.Z), da smo jih kar stran vrgli!

Osebe v laboratoriju tekom postopka medicinske reprodukcije na UKC Ljubljana (Bregar, 2012, 148).

UVOD

Mnogi starši niso še nikoli v zgodovini tako natančno kot danes vedeli, katere spolne celice so kakovostne in katere so slabe, in samoumevno ponotranjili poimenovanja, ki imajo manj opraviti s procesom rojevanja kot s kulturo dela. »Pridelati celice« ali pa »opraviti transfer« je govorica, ki daje slutiti, da se je človeška reprodukcija spremenila v racionalen proces. Ta poteka s pomočjo medicinske reproduktivne tehnologije (MRT), utemeljena pa je na ideji reproduktivne avtonomije, ki je pravica vsakega človeka, da sprejema reproduktivne odločitve brez zunanjih pritiskov, razen če so njegove odločitve v nasprotju s pravicami drugih (Blyth, Auffrey, 2008). Število medicinsko reproduktivnih posegov, uspešnih postopkov, število bolnišnic, kjer se izvajajo postopki in število medicinskih ustanov, ki posredujejo podatke, narašča iz leta v leto. Ko je po letu 2004 število otrok, rojenih s pomočjo umetne oploditve, darovanih spolnih celic, surogatskih in gestacijskih mater¹ začelo naraščati, je hkrati upadlo visoko število meddržavnih in transnacionalnih posvojitvev otrok po vsem svetu (Zaviršek, 2012a).

Če je bila torej reprodukcija še do nedavnega povezana bodisi s kolektivno prisilo (dogovorjene poroke,

serijsko rojevanje) bodisi z osebno izbiro, temelječo na čustvih ali vrednotah (ljubezen, žrtvovanje, poslanstvo, predanost), je danes naraščajoče povezana z biologijo, medicinsko tehnologijo, finančnimi transakcijami, genetskim testiranjem, etičnimi odločitvami v pred-spočetvenem obdobju, in z novimi oblikami starševstva. Socialno starševstvo postaja vse pogostejši odnos med otrokom in odraslim, med katerima ne obstaja biološka vez, temveč ekonomska, socialna in čustvena povezava v daljšem časovnem obdobju ter odnos navezanosti (Zaviršek, 2012, 31). Medicinska reproduktivna tehnologija je tako dodobra spremenila človekov odnos do biologije, reprodukcije in starševstva. Povečala je število reproduktivnih izbir in odločitev, pa tudi etičnih dilem.

REPRODUKTIVNA NAČRTOVANJA, BIO-OBLAST IN REPRODUKTIVNA POTROŠNJA

Ocenjuje se, da ima 12 do 15 odstotkov parov po Evropi izkušnjo neplodnosti in da je bilo do leta 2012 uradno v svetu z uporabo MRT rojenih približno 5 milijonov otrok (beleženje velja od osemdesetih let 20. stoletja naprej; Blyth, Landau, 2004; Zegers-Hochschild *et al.*, 2009; ESHRE 2012);². Za severnoevropske države velja, da je okoli tri odstotke otrok rojenih z uporabo reproduktivne medicine, medtem ko se v večini zahodnih držav njihovo število giblje od enega do manj kot dveh odstotkov (de Mouzon *et al.*, 2010). V Italiji je z uporabo medicinske reprodukcije rojen en odstotek otrok, medtem ko jih je na Danskem štiri odstotke. Vseeno je bilo leta 2006 največ reproduktivnih klinik prav v Italiji (202), sledile pa so ji Španija (182), Nemčija (122) in Francija (102).

Po Evropi je zaslediti tudi pogostejše darovanje ženskih spolnih celic, ki je bilo leta 2006 najvišje v Španiji (6.547), sledile so Velika Britanija (1.763), Rusija (1.100), Francija (573) in Češka (511) (de Mouzon *et al.*, 2010). Sistematično zbiranje podatkov po evropskih državah dokazuje, da se je med letoma 2004 in 2006 število vseh znanih bolnišnic, kjer opravljajo postopke MRT, povečalo z 1.121 na 1.160, število ženskih reproduktivnih ciklusov, tekom katerih so potekali posegi, pa se je v istem obdobju povečalo s 367.966 na 458.759 (ibid.). Leta 2008 je bila MRT v 36 evropskih državah uporabljena v 532.260 ženskih reproduktivnih ciklusih (kar je bilo 7,9 odstotno povečanje od leta 2007), leta 2009 pa že v 537.287 reproduktivnih ciklusih (Ferraretti *et al.*, 2012; ESHRE, 2012).

Zadnji podatki dokazujejo, da se Slovenija uvršča med države z visokim številom uporabe MRT na milijon prebivalcev. Tako je na Danskem letno opravljenih

1 V besedilu ločimo surogatsko in gestacijsko materinstvo. Prvo označuje situacijo, ko ženske spolne celice lahko pripadajo ženski, ki otroka rodi za drugo osebo ali par ali pa ne. Drugo pa označuje situacijo, ko je genetski material v celoti bodisi od para, ki bo privzela starševsko skrb za otroka ali od tretje osebe.

2 Številke vsebujejo otroke, ki so rojeni z IVF in ICSI (vnos semenčice v citoplazmo jajčne celice) z vsemi pripadajočimi postopki. Najpreprostejši postopek, to je intrauterina oploditev s tujo spolno celico, ki pomeni vnos sperme bodisi moža ali partnerja (v medicini označena z IUI-H) bodisi znanega ali neznanega darovalca (označena z IUI-D) v maternico, danes ne sodi več med medicinsko reproduktivno tehnologijo. Po mednarodni klasifikaciji International Committee for Monitoring ART – World Health Organisation (ICMART-WHO) gre zgoraj za mehanski postopek (vnos sveže ali zmrznjene sperme s katetrom v maternico) (Blyth, Landau, 2004; Zegers-Hochschild *et al.*, 2009).

2.726 reproduktivnih ciklusov, v Belgiji 2.562, na Češkem 1.851, v Sloveniji 1.840, na Švedskem 1.800, na Norveškem 1.780 in na Finskem 1.701 (ESHRE, 2012). Manj reproduktivni ciklusov pri katerih je bila uporabljena MRT pa imajo v Veliki Britaniji, kjer je letno na milijon prebivalcev opravljenih 879 reproduktivnih ciklusov, v Italiji 863, v Nemčiji 830 in v Avstriji 747 reproduktivnih ciklusov (ibid.).

Medicinska reproduktivna tehnologija ne blaži le tistega, čemur nekateri hudomušno pravijo »babyblues«, temveč proizvaja tudi nove definicije bolezni. V diskurzu bio-oblasti je postala neplodnost »bolezen« in ljudje, ki si želijo otroka z uporabo medicinske reproduktivne tehnologije, »bolniki«. Foucault (1990 [1976], 1981) je opredelil bio-oblast kot vrsto strategij, znanj in diskurzov, povezanih z zdravjem, boleznimi, hendikepom, in vrsto praks poseganja v telo. Bio-oblast zdravi bolezni in konstruira nove in je tako specifična oblika upravljanja življenja in discipliniranja teles (z diagnostičnimi postopki, tehnikami zdravljenj, zdravili, ipd.).

Spomnimo se samo, da je bil v letih 2000 in 2001 eden od ideoloških argumentov nasprotnikov pravice samskih žensk do uporabe medicinske reproduktivne tehnologije v Sloveniji prav ta, da samska ženska pač ni »bolnica« in je potemtakem medicina ne bo »zdravila« (Keržan 2008, Klampfer 2010). Prav ta argument pa je doživel zdrs leta 2013, ko je samska ženska na ustavno sodišče posredovala pobudo za oceno ustavnosti Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (2000), ki je nastal na temelju tovrstnih argumentov. Dokazovala je, da je sicer samska, a po medicinski indikaciji ginekologov potrebna pomoči medicinske reproduktivne tehnologije, če hoče roditi otroka. Ta pa ji s strani nosilcev biopolitike³ (centra za OBMP in Državne komisije za OBMP), sklicujoč se na ta zakon, ni bila odobrena. Prizadeta je argumentirala, da gre za še en dokaz, da je zdravstvena pravica, ki jo ženski zagotavlja omenjeni zakon, vezana na zakonski stan in ne na zdravstveno indikacijo osebe, saj bi v primeru, ko bi bila poročena ali živela v zunajzakonski skupnosti, možnost uporabe plačane medicinske reproduktivne tehnologije dobila (Dnevnik, Objektiv 02. 03. 2013)⁴.

Če je bila torej neplodnost nekoč stvar usode ali božje kazni, je postala v dobi medicinizacije družb stvar bio-oblasti in biopolitike. Za Foucaulta je bio-oblast medicinska dominacija nad telesom drugega in poskus, da se intervenira v človeški obstoj. Maternica, zaradi katere so bile ženske nekoč patologizirane, kot posebej nagnjene k hysteriji (cf. Zaviršek 1994), tudi danes mobilizira nove podobe »ženskih bolnic«.

Medicinska reproduktivna tehnologija, ki telesa deli na reproduktivno sposobna in nesposobna, tako vpliva na nova medicinska pa tudi pravna normiranja, nove paradokse in nove ambivalentne situacije. Ljudi spreminja v proizvajalce in potrošnike človeških celic ali celo življenj. Na hodniku bolnišničnega oddelka za medicinsko reprodukcijo kjerkoli na svetu lahko čakata na medicinske posege ženska iz revne vasi in urbana ženska iz bogate države, ki ne moreta imeti otrok. Na istem hodniku se lahko srečata revna Vzhodnoevropejka, ki za plačilo dovoli ekstrakcijo svojih spolnih celic (punkcijo) in ženska, ki ji bodo čez nekaj ur ali dni proti plačilu v telo vstavili prav to celico oz. zarodek (transfer). V isti bolnišnici se lahko znajdetta revna Azijka iz tradicionalne agrarne skupnosti, ki bo kot gestacijska mama donosila otroka za tuje ljudi, in beli par, ki bo čez devet mesecev od nje prevzel svojega biološkega potomca. »Kot zapiše Rožman (2013, 407) »biomedicina pri zdravstveni obravnavi žensk praviloma ne upošteva vzrokov in posledic za negativne reproduktivne izide, ki izhajajo iz njihovih nezaželenih sociokulturnih matrik – etnična pripadnost, zakonski stan, starost, veroizpoved, izobrazba, kraj bivanja, partnerski odnos, osebna stališča in vrednote«. Ti ljudje so si med seboj hkrati povsem tuji in obenem povezani, saj nosi nadomestna mati v sebi genski material para. Medicinska reproduktivna tehnologija povezuje ljudi po vsem svetu, pa naj bo zanje značilen moderni ali predmoderni način razmišljanja in stil vsakdanjega življenja.

Nezmožnost reprodukcije proizvaja torej nove bolnike, osebne konflikte in včasih stigmo. A kar je bilo pred časom »nenormalno«, se normalizirana. To se odraža v velikanski ponudbi reprodukcijskih »proizvodov«. V danskem Cryosu, največji semenski banki na svetu, ki na naslove bolnišnic ali posameznic dobavlja spermo več kot 70 državam po vsem svetu, je največ darovalcev Dancev in Skandinavcev, med njimi pa so tudi romunski študentje, Poljaki in Tamilec.⁵ V primeru bolezni otrok in mladih, ki povzročajo neplodnost v odraslosti, omogočajo tudi shranjevanje spolnih celic (do deset let) in zarodkov. Tako lahko med oploditvijo in dejanskim rojstvom otroka preteče več let. V oglasu neke druge organizacije za posredovanje spolnih celih in gestacijskih mater pa je napisano: »Naši donatorji in donatorke iz Gruzije, Ukrajine, Indije in Tajske so vam pripravljene pomagati pri družinskih začetkih. Pripravljene so potovati tja, kjer živite.«⁶

Danski Cryos je zaradi velikega povpraševanja po skandinavskih darovalcih na ameriškem trgu ustanovil tudi nekaj svetovnih podružnic, kot je na primer Cryos New York. Leta 2002 so odprli podružnico v Seattlu

3 Z biopolitiko v foucaultovskem smislu označujemo sistem vednosti in postopkov, ki se tičejo reguliranja človekovega zdravja vključno z natalitetnimi politikami.

4 Ustanovno sodišče RS je njeno pobudo zavrglo. Na to se je odzvala skupina parlamentarnih poslank, ki je vprašanje ponovno poslala v presojo ustavnemu sodišču. Do julija 2013 njegova odločitev še ni znana.

5 Cryos Denmark <http://dk.cryosinternational.com/private-customers.aspx> (25.06. 2013).

6 New Life Thailand. http://www.newlifethailand.net/Egg_Donation (20. 06. 2013).

(Scandinavian Cryobank), s sloganom: »Vikingi so zasekli Seattle« (*The Vikings are invading Seattle*)⁷. V tržnih strategijah so podobne tudi druge velike semenske banke, kot recimo Xytex Corporation⁸ in California Cryobank⁹. Dansko seme je cenjeno zaradi skandinavskega genotipa in zato, ker ima država od leta 2006 (pravno pa od 2008) enega uporabnikom najbolj prijaznih sistemov, kar pomeni, da si družina ali posameznica lahko izbereta spolno celico bodisi znanega ali neznanega darovalca. A tudi Xytex Corporation na primer med novostmi objavlja, da lahko klient in klientka dobita ime ali vzdevek darovalca ali darovalke, kar naj bi v kontekstu anonimnosti zbuvalo vtis večje bližine med darovalcem/darovalko in prejemnico spolne celice¹⁰. Če pa darovalec podpiše, da se njegovo ime lahko posreduje bodočemu otroku, ga ta s polnoletnostjo lahko dobi. California Cryobank po novem omogoča tudi ogled darovalčevih fotografij iz otroštva.

S številom reprodukcijskih postopkov postajajo ta vse bolj javna, donedavna absolutna anonimnost darovalcev pa se spreminja v odprt odnos med dajalci in sprejemalci, med biološkimi in socialnimi starši in otrokom¹¹. Številne skupine in organizacije odraslih otrok, ki so bili spočeti s pomočjo medicinske reproduktivne tehnologije, delujejo danes kot globalne mreže ljudi, ki jih družijo podobna izkušnja (Blyth *et al.*, 2010; Parent Link, 2011). Donor Conception Network iz Velike Britanije povezuje več kot 1600 družin, katerih člani so otroci in odrasli, ki so bili spočeti s pomočjo darovalcev spolne celice¹².

Ameriški par Deb in Kevin McCrea, ki jima je po uspešnih postopkih medicinske reproduktivne tehnologije ostalo še 18 zarodkov, pa se je odločil, da jih ne bo podaril bolnišnici, temveč neposredno bodočim staršem. Oglas o darovanju embrijev sta objavila kar na enem od globalnih oglaševalskih portalov Craigslist¹³ (Bioedget, 12. 05. 2012). Zainteresirani bodoči starši so se našli takoj. Vse zarodke sta podarila dvema paroma,

vsakemu po devet. V ekonomskem smislu je šlo za darežljivo gesto, saj nakup »zamrznjenčkov« sicer stane veliko denarja¹⁴. Zanimivo pa je, da sta zakonca McCrea želela ostati v stiku z ljudmi, ki bodo postali starši nujnim biološkim otrokom, saj sta hotela spremljati njihov razvoj. V Združenih državah Amerike se tovrstni odnosi med genetskimi in gestacijskimi starši imenujejo kar »posvojitev zarodka« (Zaviršek, 2012a, 100). Gre namreč za podoben odnos kot pri tim. odprti posvojitvi, kjer biološki starši poznajo socialne starše in kjer tudi otrok pozna praviloma mater, ki ga je rodila. Starši, ki oddajo zarodke, ki jih ne potrebujejo več, pa se pogosto srečajo s podobnimi občutki izgube in tesnobe v zvezi s tem, kako gre njihovem potencialnemu otroku kot tisti, ki so v posvojitev oddali že rojenega otroka.

REPRODUKTIVNE IZBIRE IN IZKUŠNJE BIO-OBLASTI V SLOVENIJI

V Sloveniji naj bi imel težave z zanositvijo vsak šesti do sedmi par, kar je 15 odstotkov slovenskih parov¹⁵. Kljub vsemu je to vprašanje zavito v molk. Ta se izraža deloma v tem, da imamo majhno število darovalcev in še manjše število darovalk. Med leti 2004 in 2006 je bilo na primer darovanih le 37 ženskih spolnih celic, zato so uporabniki, ki čakajo na darovane spolne celice, leta 2011 organizirali veliko kampanjo z naslovom »Daruj spolne celice in izpolni veliko željo!« Kljub že tretjemu letu kampanje danes na darovano seme čaka 40 parov, 25 parov pa na darovane jajčne celice¹⁶. Na drugi strani pa se reproduktivni molk izraža v negotovosti staršev, ali naj okolici in predvsem otrokom povedo o njihovi predspočetni zgodovini ali ne.

Od leta 2007 do 2012 se je vztrajno zviševalo tudi število prošenj za sofinanciranje oploditve z darovano spolno celico v tujini, tako da jih je v zadnjih treh letih letno med 45 do 47¹⁷. Od leta 2009 do leta 2012 je Za-

7 Seattle Post-Intelligencer Reporter, 21. 11. 2002.

8 Xytex Cryo International Sperm Bank <http://xytex.com/> (25. 06. 2013).

9 California Cryobank <http://www.cryobank.com/> (25.06. 2013).

10 Xytex Cryo International Sperm Bank <http://xytex.com/> (25. 06. 2013).

11 A stigma še ni izginila. Zato poskušajo starši »sramoto« neplodnosti skriti pred seboj, okolico in pred bodočim otrokom. Izraelski zdravniki na primer pomagajo neplodnim moškim, da se ne počutijo stigmatizirane, saj velikokrat moževa spermatozoida zmešajo s tujo spermatozoidi, če vedo, da je mož neploden (Birenbaum-Carmeli *et al.*, 2008). Mešanje sperme dveh moških, ki je pri nas prepovedano, utemeljujejo s tem, da obstaja pri takšnem mešanju večja verjetnost, da prav moževa ali partnerjeva sperma oplodi jajčece ženske. Vitalnejša in hitrejša sperma naj bi utirala pot počasnejši, ob tem pa bi prav počasnejša (moževa) penetrirala jajčece ženske. Raziskovalci opisujejo, da je v intervjuju eden od zdravnikov priznal, da vsaki ženski po opravljenem reproduktivnem postopku in po zanositvi reče: »Vaš mož me je imel za norca. Mislil sem, da bo dojenček iz sperme, ki sem vam jo dal, a zdaj vidim, da je od vašega moža!« (2008, 433). Mešanje sperme naj bi torej razbremenilo zakonski par ali moškega in ohranilo fantazijo, da so otroci »njihovi«. Bolj ko je država moško-centrična, večja je verjetnost, da bodo tako moški kot ženske svoje identitetne fantazije oblikovali okoli vprašanja ali so genetsko-biološki starši ali ne. Pri tem je ključno tudi zdravnikovo »zagotovilo«, da je sperma »očetova« (Zaviršek, 2012, 140).

12 Donor Conception Network. <http://www.dcnetwork.org/> (12.06.2013).

13 Craigslist je spletni portal, ki oglašuje lokalne dogodke, menjavo uslug, storitev, predmetov v državah širom sveta. Samo v ZDA ima Craigslist 49 milijonov obiskov mesečno. (20. 06. 2013).

14 Cena je od države do države zelo različna in odvisna od povpraševanja, cen privatnih medicinskih storitev in od števila potrebnih medicinskih preiskav in postopkov tekom enega reprodukcijskega ciklusa in se giblje od 3.000 do 25.000 dolarjev za zamrznjenčka.

15 »Daruj spolne celice« <http://www.neplodnost.net/> (16. 11. 2012).

16 Spregovorimo o neplodnosti! <http://neplodnost.net/> (12.06. 2013).

17 Podatki o številu prošenj se uradno zbirajo šele od leta 2007.

vod za zdravstveno zavarovanje Slovenije letno odobril med 20 do 41 prošenj, nekaj pa jih je tudi zavrnil¹⁸.

Med letoma 2007 in 2009 je raziskava na primeru šestih parov, ki so bili vprašani, ali bodo otroku povedali, da so bili spočeti s pomočjo darovane spolne celice, ugotovila, da starši otrokom praviloma ne želijo razkriti zgodbe o spočetju (*»Nimava namena, da bi mu razlagala.«*; *»Naša okolica je grozna. Tradicionalna, biološko osredotočena. Rekli bi, ta pa ni njihov!«*; *»Nobenemu ne poveva.«*; *»Ker nihče ne ve, poteka naše življenje normalno, saj sta otroka kot drugi otroci.«*) Le ženska, ki je živela v istospolni partnerski skupnosti, je odgovorila, da bo otroku povedala (*»V smislu, da je oče zelo zelo prijazen gospod, ki je daroval del sebe mamici, da je lahko nastal on, ki ga drugače nikoli ne bi bilo. Da niti jaz ne vem, kdo je, ampak da mora biti že v redu človek, če si je vzela čas, da pomaga ostalim«*; Urh, 2009, 116–117).

Diskurzivna analiza pogovorov na spletnih forumih, ki je bila opravljena v letu 2011, pa že daje slutiti, da tudi pri nas prihaja do destigmatizacije uporabe MRT. Večina bodočih mater se je strinjala, da je otrokova pravica vedeti o lastni genetski predporodni zgodovini (*»Pri dveh, treh letih bi mu ob kakšnih slikicah razlagala, kako je rasel v mojem trebuščku, mimogrede pa bi povedala, da je pikico, iz katere se je razvil, v trebušček vstavil zdravnik, saj je mamica ni imela.«*; Zaviršek, 2012, 143). Nekateri ženske so imele pripravljene tudi besede, s katerimi bi otroku na prijazen način posredovale resnico o njegovi genetski zgodovini (*»Midva sva se odločila, da bova o postopku spregovorila takoj in ne bova skrivala. Tako sva že sedaj povedala domačim in prijateljem in tudi otroček bo vedel za prijazno in dobro tetico, ki bo darovala jajčeca, od prvega trenutka dalje. To je, po moji oceni, tudi njegova pravica.«*; Zaviršek, 2012, 144).

Na Ginekološki kliniki v Ljubljani opravijo letno približno 1.200 postopkov zunajtelesne oploditve (deloma kot IVF in deloma kot ICSI), 500 postopkov intrauterine inseminacije, in 300 postopkov odmrzovanja zarodkov. Tudi v UKC v Mariboru opravijo letno okoli 1.000 tovrstnih posegov¹⁹. Na Univerzitetnem kliničnem centru Maribor se je s pomočjo reproduktivne medicine rodilo 5.000 otrok, trenutno pa je samo v tej bolnišnici v medicinske reproduktivne postopke vključenih 2.000 ljudi (TV Maribor, 17. 03. 2012). Med letoma 2001 in 2011 je 423 parov zaprosilo za reproduktivne postopke z daro-

vano spolno celico (295 parov za postopke z darovanim semenom in 128 parov za postopke z darovanimi jajčnimi celicami). Statistika Ginekološke klinike v Ljubljani pa priča, da je bilo med leti 2001 in 2012, le 125 domačih darovalcev in 50 darovalk, ki so omogočili, da se je s pomočjo darovane moške spolne celice rodilo 160 otrok, in s pomočjo ženske celice 15 otrok²⁰.

Ker pa zakonodajne omejitve, kot na primer prepoved hkratne uporabe spolnih celic dveh darovalcev, in prepoved medicinske reprodukcije v primeru samskih žensk in istospolnih parov, spodbujajo »reproduktivna potovanja« (na Hrvaško, Češko, v zahodne države, v Izrael itd.), je dejansko število otrok, rojenih z uporabo MRT, neznan. O reproduktivnih potovanjih zgovorno pričajo spletni forumi s povsem nedvoumnimi naslovi, kot so »Po darovanju jajčece na Češko«, ali pa »Posvojitve zarodka« (kar je ljudsko poimenovanje pridobitve obeh tujih spolnih celic). Gre za simbolno povezavo med mednarodnimi posvojitvami, kjer starši pripeljejo otroka iz druge države, in postopkom, v katerem zdravnik v maternico vstavi tuje jajčece, oplojeno s tujo spermom, in ki se skupaj z žensko ali parom v trebuhu pripelje domov.

Nacionalne zakonodaje, temelječe na različnih zgodovinskih spominih, vladajoči morali, političnem kompromisarstvu in specifičnem razumevanju človekovih pravic, posegajo v reproduktivno avtonomijo posameznic in posameznikov in določajo, kdo si mora medicinsko reprodukcijo plačati sam, komu jo pa plača država. V državni statistiki ostajajo velike sive lise, saj ZZZS beleži le podatke o tistih posameznikih in parih, ki so formalno oproščeni plačevanja reproduktivnih postopkov v tujini (ker v Sloveniji primanjkuje spolnih celic, uvoz pa je zakonodajno prepovedan). Uradna statistika pa ne beleži ljudi, ki so reproduktivno pomoč poiskali v tujini bodisi zato, ker so njihova osebna razmerja označena kot zakonsko neprimerna za prejem medicinske reproduktivne pomoči (samske ženske in istospolni pari), ali pa potrebujejo obe, moško in žensko spolno celico, kar slovenska zakonodaja prepoveduje (ZZNPOB, člen 8).

Srečamo se z zanimivim paradoksom. Po eni strani imajo ljudje načelno možnost in dostopnost do uporabe visoke tehnologije, ki oblikuje reproduktivne biografije ljudi in njihovih potomcev, po drugi strani pa normativno prevladuje predmoderno razumevanje starševstva²¹. Intenca slednjega je ohraniti tradicionalne družine in

18 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovna poročila 2002-2012. http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/poslovno_poro_cilo_slo?OpenView&count=1000 (27. 06. 2013).

19 UKC Maribor (2013): Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo. <http://www.ukc-mb.si/oddelki-sluzbe-enote/klinika-za-ginekologijo-in-perinatologijo/oddelek-za-reproduktivno-medicino-in-ginekolosko-endokrinologijo/> (16. 07. 2013).

20 UKC, Ginekološka klinika Ljubljana (2012): Klinični oddelek za reprodukcijo. <http://www.reprodukcija.si/o-nas/> (16.07.2013).

21 Primer zanimivega soobstoja različnih ali celo nasprotujočih si vrednot najdemo v Izraelu. Po eni strani je država utemeljila pronatalizem kot nacionalno dogmo in je natalitetna politika del državnega načrta za širitev nacionalne države, čemur je zavezana tudi reproduktivna medicina (Birenbaum-Carmeli et al., 2008). Po drugi strani pa je oploditev z eno ali dvema spolnima celicama tujega darovalca ali darovalke omogočena vsakomur, ne glede na zakonski status in spolno usmerjenost. V državi, kjer umetne oploditve opravljajo že od konca 70. let, imajo tudi največje število bolnišnic za medicinsko reprodukcijo na število prebivalcev in so na vrhu lestvice uporabnikov medicinske reproduktivne posegov. Ti v javnem diskurzu niso prvenstveno stvar moralnih diskusij, temveč manifestacije dosežkov in napredka medicinske znanosti in uspešnosti izraelskih zdravnikov. Ideja v ozadju je, da lahko rodi vsakdo, ki si to želi, če le ima država od tega tudi nekaj natalitetne koristi.

podobo neprekinjene biološke povezanosti med starši in otroci, ob neupoštevanju nove biosocialnosti, ki jo je medicinska reproduktivna tehnologija omogočila.

Bio-oblast pa se manifestira tudi tekom samih postopkov medicinske reprodukcije. V edini znani kvalitativni raziskavi v Sloveniji o zadovoljstvu ljudi, ki majo izkušnjo s postopki MRT, je leta 2012 večina izmed 19 parov izjavila, da niso bili zadovoljni z dostopnostjo informacij in postopkov, ki so jih dobili od medicinskega osebja, in s pridobljeno podporo med hormonskimi terapijami ter prejemanjem injekcij, punkcij, histeroskopij, ultrazvokov in vstavljanj spolnih celih ali zarodkov (Bregar, 2012).²² Ženske so najpogosteje poudarjale bolečine ob postopkih in prepričlo uporabo substanc za blaženje bolečine; pomanjkanje informacij v smislu, da si ljudje niso mogli ustvariti celotne podobe o tem, kako poteka postopek (*»vedno povedo samo do naslednjega koraka, tako da ne veš, kaj te čaka«*); pomanjkanje časa za pogovor z zdravnikom; nedostopnost zdravnikov (večurni poskusi telefonskega stika, da se pridobi informacija) in stiske, ko so informacije o možnostih reproduktivne medicine v tujini pridobili na neformalen način in/ali slučajno (s strani medicinskih sester na primer).

Tako se ustvarjajo odvisna in krotka telesa: *»Še preden ti vstavijo, pa moraš hoditi gor na ultrazvok, da vidijo koliko se jajčeca razvijajo, in ko oni vidijo, da so »bum«, potem sledi punkcija«* (Bregar, 2012, 138). Bolj ko je bio-oblast učinkovita, bolj deluje na neviden način, in sicer tako, da posameznice in posamezniki ponotranjijo njeno discipliniranje: *»V bistvu ti ne povedo, ker to nočejo, ampak, ker se bojijo, da se boš preveč sekiral!«* (ibid., 133). Racionalizacija in opravičevanje ohranja razmerja odvisnosti in reproducira dominacijo. Tu in tam omogoča tudi *»prostoročje svobode«*, ki pa so ostro uokvirjeni v model medicinske intervencije: *»Še vesela sem bila, da ne bom rabila punkcije čez dati, bom kot kraljica, samo prišla, pa not mi bodo dali!«* (Bregar, 2012, 154).

Bio-oblast pomeni tudi posedovanje specifičnega znanja, ki si ga med seboj delijo le posvečeni. Nekatere uporabnice so pripovedovale, da so leta in leta opravljale postopke umetne oploditve in čakale na darovalce spolnih celic, dokler niso končno izvedele, da je spolno celico mogoče pridobiti tudi v tujini. Nosilci vednosti konstruirajo tudi normalnost in hendikep, znanje pa se zdi nezmotljivo: *»Takole so se mi roke tresle, ko sem kuverto odpirala. Ampak itak če je vse v redu je čist na kratko, samo piše plod a, plod b BP, V glavnem...in sva se stisnila pa zjokala, to je, da veš, da imaš zdrave otroke«* (Bregar, 2012, 130).

Bio-oblast nadzoruje tudi duševno zdravje ljudi. V Sloveniji morajo pari, ki v postopkih medicinske reproduktivne tehnologije potrebujejo tujo spolno celico,

opraviti obvezno psihosocialno svetovanje²³, le-to pa ni obvezno, če so bile za reprodukcijo uporabljene lastne spolne celice. Zakon reflektira večinska razmišljanja, da je umanjkanje lastnega genetskega materiala nekaj »nenormalnega«. Svetovanje ni pravica posameznika ali posameznice glede na morebitno potrebo, temveč posledica vnaprejšnje predpostavke, da je *»ne imeti svojega otroka«* posebna patologija, kateri se vnaprej pripisujejo prihodnje težave: človek ne bo sprejel otroka, ki *»ni njegov«*; žalovanje za *»svojim«* otrokom, ki ga ne bo; pričakovanje čustvenih zapletov, ko bo otrok že na svetu ipd.

SOCIALNO STARŠEVSTVO : OD BIO-OBLASTI K BIOSOCIALNOSTI

Razvoj medicinskih reproduktivnih tehnologij med ljudmi omogoča nova razmerja in nove socialne vezi. Za njihovo razumevanje lahko uporabimo pojem biosocialnost, ki ga je razvil ameriški antropolog Paul Rabinow (1992, 1996). Biosocialnost je koncept, ki implicira preseženo binarno opozicijo narava/kultura, premikanje meje med njima in novo razumevanje biološkega in socialnega. Rabinow s pojmom biosocialnost zaobseže učinek genetskih raziskav, testiranje in drugih medicinskih postopkov, ki bodo oblikovali nove tipe socialnih interakcij tudi tako, da se bodo v prihodnosti ljudje združevali tudi glede na biološke posebnosti. Biosocialnost vsebuje nove oblike socialnosti, ki so posledica sprememb na področju biologije, kot na primer nove oblike sorodstva, medčloveških vezi in starševstva.

Pri oploditvi s spolno celico tretje osebe nastanejo družinske formacije, ki so povezane prav z zaznamim novim premikanjem meje med biologijo in socialnim. Pravnoformalni oče s svojim otrokom ni več genetsko povezan in je v resnici njegov socialni oče. Z otrokom je genetsko povezan darovalec, ki ga slovenska zakonodaja opredeljuje kot moškega, *»katerega semenske celice se uporabijo za oploditev ženske«* (ZZNPOB, člen 9). Enako velja za žensko, ki za spočetje potrebuje jajčece darovalke in postane otrokova socialna mama, saj z otrokom ni genetsko povezana. Rojeni otroci imajo v biološko socialnem smislu tri starše. Za spočetje otroka sta fizično sicer potrebna dva odrasla, v socialno pravnem smislu pa trije.

Pri osebah, ki v tujini pridobijo obe potrebni spolni celici, ima otrok štiri starše, dva socialna in dva biološka. Če pa genetska mati in/ali oče potrebujeta še gestacijsko mater, ki bo otroka donosila, v procesu spočetja sodeluje pet odraslih: dva socialna starša, darovalec sperme, darovalka jajčeca in gestacijska mati.

Z novimi oblikami biosocialnosti, ki jo omogoča medicinska reproduktivna tehnologija, biološko-genet-

22 Od 19 intervjuvanih parov je v 10 primerih ženska prejela darovano bodisi moško bodisi žensko spolno celico, v 9 primerih pa je prejela partnerjevo spolno celico. Od desetih parov, ki so prejeli darovano spolno celico, jih je šest prejelo darovano žensko spolno celico v tujini, vsi na Češkem (Bregar, 2012).

23 ZZNPOBP, Ur.l. RS, št. 70/2000, člen 12.

ski starši in socialni starši niso več iste osebe, večje pa jih razmerja, ki brez medicinske tehnologije ne bi bila mogoča. V zadnjem času so ti odrasli in otroci vse pogosteje med seboj tako pravno-formalno kot tudi neformalno povezani (otrok lahko spozna darovalca; genetski starši ostanejo v stiku s starši, katerim so darovali zmrznjen embrio, si z njimi dopisujejo, spoznajo otroka ipd.). V tujini pa že obstajajo tudi sodne odločitve, kjer je sodišče prisodilo pravno-formalni status staršev trem odraslim osebam (Zaviršek, 2009).

Čeprav obstoj medicinsko reproduktivne tehnologije ljudi pri ustvarjanju potomstva vedno bolj osvobaja bioloških omejitev (neplodnosti, kroničnih bolezni, ki povzročajo neplodnost, višja postaja starostna meja žensk ob rojstvu otroka ipd.) in pomeni v nekem smislu osvoboditev od biološkosti in prepričan, da je pravo ali dobro starševstvo le biološko, pa ljudje s pomočjo medicinske reprodukcije pogosto želijo ohraniti navidezno biološkega starševstva ali ga mimikrirati. Te težnje se manifestirajo npr. v željah, da bi bili darovalci enakega ali podobnega fenotipa kot starši ali v izraelskem primeru »mešanja spolnih tekočin«. Ženska iz Slovenije, ki je po spolne celice odšla na Češko, je opisovala, kako so potencialni starši vključeni v fenotipske »izbire« (»Po navadi iščejo donatorko, ki ima isti fenotip (fizične karakteristike) kot ti. Lahko pa se prilagodijo vajinim željam. Jaz sem o svoji donatorki izvedela vse podatke, ki jih je naštel, razen hobijev. [...] Ponudijo ti samo eno donatorko, če z opisom nisi zadovoljen, počakaš na drugo«; Zaviršek, 2012, 141).

Moški v istospolnih skupnostih, ki za rojstvo otroka potrebujejo gestacijsko mater, radi pomešajo spolne celice obeh, da ustvarijo fantazijo, da je »otrok njun skupni«, kar reproducira mit biološkega starševstva. Nekateri ljudje se namesto za posvojitev otroka odločijo za gestacijsko materinstvo zgolj zato, ker jim to zagotavlja genetsko nasledstvo. V Izraelu so si ženske poleg fenotipa, ki je bil podoben partnerjevemu, najpogosteje izbrale darovalca, ki je bil višji, bolj vitek in bolj izobražen kot povprečni Izraelec (Birenbaum-Carmeli *et al.*, 2008, 435). Tudi samske ženske so v Izraelu iskale spermo visokega, slokega moškega, svetlo rjavih las in svetlih oči. Dejansko je bilo v registru največ takšnih moških, kar pomeni, da so zdravniki, ki so bdeli nad postopki darovanja, tudi sami preferirali prav takšne darovalce (*ibid.*).

Nova biosocialnost, temelječa na medicinski reprodukcijski tehnologiji, je torej polna paradoksov. Na eni strani premika in zabrisuje meje biološkega in socialnega, na drugi pa ohranja dominacijo biologije, pa tudi nekatere družbene neenakosti. Včasih se medicinska reprodukcijska tehnologija uporablja znotraj nacionalističnih in pronatalističnih zakonodaj, spet drugje zakonodaje, ki jo regulirajo vztrajajo, da se na takšen način lahko reproducirajo le ljudje, ki živijo v specifičnih in-

timnih razmerjih (heterospolni, poročeni), včasih očitno ohranja ekonomska razmerja neenakosti. Ob tem pa se odpira vse več etičnih dilem.

NOVA VPRAŠANJA IN ETIČNE DILEME

Zaustaviti se je mogoče že pri vprašanju, ali je pravica odraslega, da ima otroka, zares temeljna človekova pravica, in ali naj ima potemtakem vsak človek brez-pogojno pravico do biološkega ali nebiološkega otroka, ne glede na različne okoliščine (biološke, politične, socialne)? Peter Singer je junija 2013 znanstveno javnost razburil s tezo, da je morda prišel čas, ko bo zaradi vzdržnostnega razvoja potrebno omejiti pravico posameznika ali posameznice do tega, da imata lahko toliko otrok, kot si jih želita (Bioedget, 08. 06. 2013)²⁴.

Nadalje se je mogoče vprašati, ali naj imajo vsi ljudje pravico do uporabe medicinske reproduktivne tehnologije, ali samo nekateri (npr. ljudje brez gibalne in drugih oviranosti, premožni). V Veliki Britaniji je vse več mladih, ki jim bo zaradi napredujoče bolezni onemogočeno imeti biološke otroke. Socialne delavke poskrbijo za shranjevanje sperme že pri 14-letnih dečkih, kar zagotovi, da ima človek pravico do reprodukcije »z zamikom« in v obdobju, ko bo iz bolezenskih razlogov že neploden. Ob tem se nekateri sprašujejo, ali ta pravica ne ogroža nekaterih drugih pravic, kot na primer telesne integritete in zaščite pred spolnimi zlorabami (v primeru vodene ejakulacije, ki takega otroka spremeni v proizvajalca sperme, ki jo bodo zamrznili).

Nekateri ljudje danes zaradi ekonomskih razlogov ne morejo biti udeleženi pri postopkih umetnih oploditev, ali pa si jih lahko privoščijo le na račun velikanskih predspločetvenih odpovedovanj. Roberts (2008) govori o »predpordnem žrtvovanju« in finančnih »investicijah v otroka« bodočih staršev v Ekvadorju, še preden je ta rojen. Urbane ženske in pari srednjega sloja se morajo odpovedati številnim dobrinam, da bi privarčevali za reproduktivne postopke. Težko si je predstavljati, da bodo revni starši prišli do postopka mitohondrijskega transferja, kjer se pri ugotovljeni genski okvari v jajčni celici mitohondrijski material biološke matere zamenja z darovalkinim in kjer je zgodnji zarodek produkt treh spolnih celih ali treh genetskih staršev (postopek ki je bil pred kratkim uspešno opravljen v Veliki Britaniji) (Guardian, 28. 06. 2013).

Eno izmed etičnih vprašanj je tudi, ali ima otrok pravico izvedeti o svoji reproduktivni zgodovini in o biološkem darovalcu/darovalki, in ali imajo starši, ali pa nacionalne zakonodaje, pravico, da mu to vedenje odrečejo ali zamolčijo? Omenili smo že, da je danes večina zahodnih držav že spremenila nacionalne zakonodaje, ki v zadnjih letih dovoljujejo darovanje le tistim ljudem, ki so pripravljeni biti potomstvu, h kateremu prispevajo z biomaterialom, poznani (Blyth, Frith, 2009). A do teh

24 Izjava je bila nenavadna, saj jo je izrekel ugledni libertarni bioetik, a je spomnila na avtoritarno »politiko enega otroka« izpred desetletij na Kitajskem.

sprememb je prišlo postopoma šele po letu 2006, zato danes številni otroci, spočeti in donošeni z biomedicinsko intervencijo, nimajo možnosti identifikacije svojih genetskih staršev/darovalcev. V Sloveniji znani darovalci niso dovoljeni in zakonodaja določa, da morajo biti in ostati anonimni²⁵. Nobenega dvoma ni, da je sprejete takšne zakonodaje ustrezalo družbi, ki je starševstvo utemeljevala na biologiji, in da se je anonimiziranje podatkov zdelo najboljša opcija predvsem staršem, ki so tako otroku lažje prikrili svojo genetsko tujost, pa tudi darovalcem, ki se niso hoteli razkriti.

Zato se starši upravičeno sprašujejo, kako naj otroku pomagajo, da se bo sprijaznil s tem, da biološkega starša/darovalca ne bo nikoli poznal. (*»Najhujši dvom, ki ga imam, ali povedati okolici in potem otroku. Ponavadi je tako, da posvojeni otroci, ko zvejo, si želijo spoznati svoje prave starše. Kako naj otroku v tem primeru razložim, da svojega „biološkega“ očeta ne more spoznati?«*; *»Tudi sama razmišljam, da bi otroku povedala, da je iz donirane celice (pri nas bo to možka). Vendar se bojim, da bo otrok enkrat hotel poiskati biološkega očeta, jaz pa mu ne bom mogla pomagat, ker so podatki varovana skrivnost«*; Zaviršek, 2012, 143-45). Gornje izjave pričajo o tem, da bodoči slovenski starši genetske starše/darovalce še vedno poimenujejo »prave«, kar kaže na normativno biološko pojmovanje starševstva. Socialni starši so potemtakem »ne-pravi« ali drugotni.

Podobna razmišljanja najdemo na področju posvojitve. Zato prevladujejo zaprte posvojitve: odrasli, ki so bili kot otroci posvojeni, še danes od pristojnih služb ne morejo dobiti podatkov o bioloških starših. Socialni starši in socialne delavke se namreč bojijo, da bi to negativno vplivalo na odnos med socialnimi starši in otroki (Zaviršek, 2012a). Tako gre razumeti tudi tesnobo tistih, ki se zavestno odločijo, da otroku ne bodo povedali o predspočetveni ali posvojitveni zgodovini, ker se bojijo, da jih otrok ne bi več imel za »prave« starše (*»Odločila sva se, da ne bova nikomur povedala, da gre za darovano celico. Ker ljudem bi bilo to zanimivo, en bi kot zanimivost to povedal drugemu, vse skupaj bi se malo okrog obrnilo, in rezultat bi lahko bil, da bi kdaj čez leta morda kak drug otrok najinemu v kakšnem otroškem prepiru zabrusil, da njegova mama pa ni njegova prava mama. Tega pa otroku nikakor ne želiva.«* Zaviršek, 2012, 145).

V tovrstnih razmišljanjih so starši v Sloveniji v marsičem podobni staršem po svetu. Eric Blyth, ugledni avtor s tega področja, navaja nekaj najpogostejših razlogov, zaradi katerih starši otroku oploditev s tujo spolno celico zamolčijo (Blyth, Frith, 2009). Molke je lahko posledica nasvetov zdravnikov, socialnih delavcev in delavk in psihologov in psihologinj, naj otroku ne povedo (*cf.* Zaviršek, 2012; Bregar, 2012). Včasih je starše strah stigme npr. zaradi očetovih oploditvenih težav. Bojijo se, da se jim bo otrok čustveno odtujil, če bo vedel, da starši

niso biološki. Starše je lahko strah reakcije širše rodbine in poslabšanja odnosov z njimi, pa tudi učinka takega razkritja na otrokovo samopodobo. Molke lahko pomeni stisko staršev, ker ne morejo odgovoriti na vprašanja o anonimnem darovalcu, saj tudi sami ne vedo o njem ali njej prav nič, in ne vedo, kako otrokom povedati. Včasih pa jih je strah, da bi okolica otroka in družino stigmatizirala. Raziskovalci poudarjajo, da je le malo dokazov, da se strahovi staršev uresničijo, saj so intervjuji z otroki po vsem svetu dokazali, da razkritje o otrokovem spočetju utrdi družinske vezi (Blyth *et al.*, 2010). Zato naj otrok o tem izve čim bolj zgodaj, sicer postane zgodba nepotrebno breme molke in zanikanja v družinskih odnosih.

Etično vprašanje je tudi, ali bi bilo potrebno pravico do reproduktivne medicine omejiti samo na »dobre starše«? Najprej se zastavlja vprašanje, kdo je »dober starš« in kdo je tisti, ki ima pravico definirati dobro starševstvo? Za nekatere so starši lahko »dobri« zaradi ekonomske blaginje, ki otroka varuje pred pomanjkanjem (socialne delavce in delavke na področju posvojitve v Sloveniji najpogosteje zanima ekonomski položaj staršev; ali imajo sobo za otroka, kaj mu bodo lahko materialno nudili, ipd.). Za druge je kriterij »dobrega starša« psihosocialna zrelost, ki zagotavlja, da se bo otrok ob staršu lahko razvijal v avtonomen subjekt. Za tretje pa je lahko kriterij »dobrega starša« to, ali je nosilec dobrih genov, ki zagotavljajo otroku dobro zdravje in dolgo življenje, in torej to kategorijo razumejo striktno v okvirih biologije.

Zato nekateri danes tudi poudarjajo, da so bodoči starši, ki uporabljajo medicinsko reproduktivno tehnologijo in pri katerih obstaja tveganje za prenašanje težkih dednih obolenj, pravnoformalno in moralno dolžni opraviti predimplantacijsko genetsko testiranje in tako omogočiti selekcijo genetsko poškodovanih zarodkov (Malek, Daar, 2012; Martin, Baertschi, 2012). Predimplantacijsko genetsko testiranje omogoča, da starši izberejo, kateri embrio od več oplojenih zarodkov bo vstavljen v materino, in kateri bo zavržen. Ob tem Malm (2012) opozarja, da lahko starši zavržejo celo vse zarodke, a ne le zaradi genetskih poškodb, temveč tudi zaradi spola, barve oči ali drugih posebnosti, in začnejo nov krog oploditvene tehnologije. V letu 2008 je bilo v 36 evropskih državah tekom postopkov MRT opravljenih 2.875 predimplantacijskih genetskih testiranj (Ferraretti *et al.*, 2012).

Nekateri poudarjajo, da je medicina sama dolžna zagotoviti preiskave, s katerimi bo preprečila širjenje genetskih poškodb in zagotovila, da starši opravijo obveščeno izbiro (Goldsammler, Jotkowitz, 2012). Menijo, da bosta zdravstvena stroka z dodatnimi medicinskimi postopki, kot so genetska testiranja, zagotoviti ugotavljanje poškodovanih zgodnjih zarodkov, saj medicinska reprodukcija ljudi »zdravi« neplodnosti in je tudi sicer namenjena zdravljenju in ne »proizvajanju« bolezni in telesnih oviranosti.

25 Otroku lahko po 15. letu starosti izve darovalčevo ali darovalkino ime le v primeru bolezni, ko bi za preživetje potreboval celice genetskega starša. ZZNPOBP, Ur.l. RS, št. 70/2000, člen 18.

Mnogi zagovorniki predimplantacijskega genetskega testiranja tudi menijo, da testiranje prispeva h kvaliteti življenja, saj preprečuje rojevanje hendikepiranih ali obremenjenih z gensko prenosljivimi boleznimi. Povečala naj bi se tudi človekova samoodločba v kasnejšem življenju, saj človek zaradi ovire in bolezni ne bo odvisen od volje drugega. Na ta način pa naj bi se povečala tudi družbena enakost, saj bi hendikepiran posameznik v življenju sicer preživel številne neenakosti in diskriminacije.

Ti argumenti so bili že v preteklosti, še preden se je MRT dodobra razširila, pogosta tarča napadov aktivistov na področju hendikepa. Ti so se spraševali, kdo je tisti, ki definira »kvaliteto življenja« v določeni družbi in kdo lahko z gotovostjo trdi, da je kvaliteta življenja otroka z oviro slabša od kvalitete življenja otroka brez ovire. To je po prepričanju aktivistov na področju hendikepa in tudi vseh zagovornikov študij hendikepa (*disability studies*) bolj odvisno od vključevalnega družbenega konteksta kot od same ovire (Zaviršek, 2000, 234-248). Upravičeno so se spraševali tudi o tem, v kolikšni meri je moralni argument »starševske dolžnosti« v predspočetvenem obdobju v resnici podaljšek historičnega evgeničnega diskurza o tem, da so ljudje z ovirami »ekonomsko breme«, v času (neo)liberalnih družb.

Tudi bioetiki so kritizirali idejo »prokreativne koristi« in poudarjali vprašljivost skrbi za najboljšo možno genetsko »kvaliteto« otrok. Zdravniki pogosto ne morejo z gotovostjo oceniti, kako hendikepiran bo otrok, ko se bo rodil, v čem bo oviran in kako bo to vplivalo na njegovo življenje.

Nove etične dileme povzročata tudi praksa izvenmaternične oploditve s tem posebnim namenom, da bi na osnovi spola izbirali med zarodki. Sistematično uničevanje ženskih zarodkov (in pomori dojenčic, torej infanticid, skupaj imenovana tudi »umor spola«, *gendercide*), se je pojavilo, ko je postala uporaba ultrazvoka in medicinsko reproduktivne tehnologije ljudem širše dostopna. Kulturno usidrane in pogostne prakse infanticida dojenčic poznajo v Indiji, na Kitajskem, južni Koreji, v Azerbajdžanu, Armeniji in Gruziji, na določenih predelih Balkana in še kje, s selekcijo izvenmaternično ustvarjenih zarodkov pa se praksa širi na zarodke ženskega spola. Paradoks je, da v takšnih primerih moderna tehnologija ne učinkuje kot dejavnik preseganja tradicionalne neenakosti med spoloma, temveč se s pridom uporablja za to, da se mentaliteta neenakosti ohranja (Zaviršek, 2012).

Zaradi takšnih praks, ki jih medicinska reprodukcijska tehnologija omogoča, se nekateri zavzemajo za idejo »zmanjšanja škode« namesto »kvalitete življenja« (Martin, Baertschi, 2012). Uporaba predimplantacijskega genetskega testiranja naj se omeji zgolj na preprečevanje »škode«, nikakor pa se z njo ne sme povzročati »škode« (za selekcijo spola ali pa za izbor kakšne druge človekove poseb-

nosti, kot je barva oči ali celo kaka zaželena ovira). Pred leti je veliko prahu dvignil primer iz Marylanda, kjer sta gluhi materi načrtno pridobili moške spolne celice gluhega darovalca, da bi se jima rodil gluhi otrok (Die Zeit, 25. 04. 2002). Trdili sta, da gre za »otrokovo korist«. Vzgoja otroka v skupnosti in kulturi gluhih, ki sta ji pripadala starša, naj bi zagotovila boljšo povezanost in medsebojno razumevanje med starši in otrokom, kakor če bi se jima rodil slušeci otrok, ki bi ga starši morali vzgajati v kulturi slušecih. Materi sta trdili, da je bila selekcija spolnih celic v otrokovo korist in da je pripomogla h kvaliteti otrokovega življenja. Zagovorniki uporabe predimplantacijskega genetskega testiranja, ki ne sme »povzročati škode«, vidijo v tem primeru zavestno povzročanje škode, ki pa je bila storjena z argumentom, da bo gluhost povečala kvaliteto otrokovega življenja zaradi socialnega okolja, katerega del bo postal gluhi otrok. V tem primeru je torej ideja »dobrega življenja« prednjačila pred konceptom »zmanjšanja škode«.

Eno od etičnih dilem pa sproža tudi vprašanje, ali naj gestacijsko materinstvo postane plačan poklic kot vsak drug (in kot je ponekod prostitucija, danes imenovana spolno delo)? Ta je za nekatere postranski vir zaslužka, za druge vir preživetja in za tretje industrija z velikanskimi profiti. Darovanje spolnih celic in »izposoja maternic« naj bi bila altruistično dejanje, a je v resnici najpogostejše odločitev, ki jo narekuje ekonomska stiska. V ZDA v zadnjem času skokovito narašča število žena ameriških vojakov, ki v času moževega bivanja na vojaških misijah po svetu opravljajo gestacijsko²⁶ materinstvo. Ocena je, da so 15 do 20 odstotkov vseh otrok, rojenih z uporabo gestacijskega materinstva, v ZDA donosile žene ameriških vojakov (ABC News, 15.10. 2010). Glavni razlog je ekonomski, podpira pa ga univerzalna dostopnost do zdravstvenega zavarovanja, do katerega so upravičene zakonske žene osebja v ameriški vojski. A če je za ameriške ženske gestacija dodatni vir zaslužka, je za indijske vir preživetja. Stroški gestacijskega materinstva znašajo v ZDA med 70.000 in 90.000 tisoč dolarji, zato ni čudno, da se vse več ljudi odloča, da »najame« surogatno ali gestacijsko mater v Indiji, kjer so stroški med 12.000 in 25.000 dolarjev za otroka (NBC Today, 26. 08. 2009).

Izkoriščanje »cenejšega blaga« je zavito in maskirano v obliki dobro urejenih klinik in reproduktivnih centrov, kjer mlade ženske ostanejo vse obdobje nosečnosti. Reklamna industrija prikazuje podobe nasmejanih Indijk, ki se zleknjene na posteljah kratkočasijo pred televizijskimi ekrani. Dobro hranjene imajo na voljo tisto, česar nima nobena izmed žensk v njihovih domačih vaseh: zdravnika, psihologa in strokovnjaka uravnotežene prehrane. Rojevanje se predstavlja kot »delo« v učinkovito organizirani in humano urejeni tovarni. Takšne podobe gestacijske matere spreminjajo v dobro

26 Surogatsko materinstvo je danes ponekod povsem legalizirano, drugod pa dovoljeno s pravno-formalnimi omejitvami ali pa neregulirano (a ne prepovedano). Te evropske države so: Belgija, Nizozemska, Ciper, Estonija, Luxemburg, Romunija, Slovaška, Grčija, Irska, Malta, Združeno kraljestvo, Ukrajina. Zunaj Evrope pa je gestacijsko materinstvo dovoljeno še v Indiji, ZDA, Južni Afriki, Novi Zelandiji in v Izraelu (ESHRE, 2008; Pelka, 2009).

preskrbljene maternice, torej zdravo gestacijsko okolje za zarodek premožnejših ameriških staršev.

Reklamna industrija, ki nadomestno gestacijo spremlja, poudarja predvsem altruistični vidik surogatstva (»revna Indijka je pomagala tako neplodnemu paru kot svoji družini«)²⁷. Obenem pa prikrije velikansko neenakost med izvajalko in naročnikom storitve, saj si večina žensk z denarjem zagotovi komajda osnovne materialne pogoje za življenje (za enega otroka dobi ženska okoli 4.000 dolarjev kot neposredno plačilo, ves preostali denar pa gre za stroške zdravstvenih in drugih storitev in za dobiček zdravnikov in lastnikov zasebnih reprodukcijskih bolnišnic): kupijo bivališče, zdravila za moža, zagotovijo šolanje za otroka ali pa porabijo denar za vsakdanje preživetje (NBC Today, 26.08. 2009). Diskurz altruizma prikriva tudi zdravstvena tvegana, ki so jim izpostavljene revne ženske, ki rojevajo za druge (npr. smrt ob porodu). Posamezni gestacijski materi v Indiji so zdravniki tekom reproduktivnih postopkov še nekaj let nazaj vstavljali kar šest do sedem embrijev naenkrat²⁸ (danes pa tri do štiri), da bi povečali verjetnost rojstva otroka, ob tem pa so ogrožali zdravje žensk. Vprašanje je, ali bo v duhu nove biosocialnosti otrok imel možnost, da bo kdaj spoznal revno gestacijsko mater, ki ga je rodila?

ZAKLJUČEK

Reproduktivne izbire prinašajo torej nove etične dileme, nove prakse bio-politike pa tudi novo biosocial-

nost. V uglednih dokumentih, ki se ukvarjajo s človekovimi pravicami in izboljšanjem kvalitete človekovega življenja širom po svetu, so reproduktivne pravice posameznic in posameznikov opisane kot ena od temeljnih človekovih pravic (IFSW, 2012). Ta vključuje pravico načrtovanja rojstev, preprečevanje nezaželenih nosečnosti in zdravstveno pomoč pri reproduktivnih ovirah posameznic in posameznikov. Hkrati isti dokumenti zavračajo komodifikacijo spolnih celic in morebitno izkoriščanje revnih za namene transnacionalnih reproduktivnih potovanj ljudi iz bogatejših držav. A za ljudi iz bogatega severa so takšna reproduktivna potovanja stvar ekonomske izbire, za ženske globalnega juga pa ekonomske nuje. Tako kot nekateri v času velikanske nezaposlenosti v Evropi poudarjajo, da je človeški delavec postal ne samo strošek, temveč po svoji nevrednosti in zamenljivosti deloma podoben odpadku (cf. Baumann, 2004), tudi na področju postopkov medicinske reproduktivne tehnologije nastaja vse več odpadkov in smeti (odvečni zarodki, ki se jih zamrzne, podari ali zavrže; slabe spolne celice in genetsko poškodovani zarodki, ki se jih selekcionira in uniči ipd.). Temeljno vprašanje je, kako naj dosežki MRT pripomorejo k dobremu življenju vseh ljudi, k človeški raznolikosti namesto normiranosti in uniformiranosti, in k zmanjšanju neenakosti na osnovi bioloških in telesnih posebnosti, spola, spolne usmerjenosti ali etničnega porekla.

FOLLICLES, TRANSFERS, FROZEN EMBRYOS: REPRODUCTIVE CHOICES AND THE NEW ETHICAL DILEMMAS

Darja ZAVIRŠEK

University of Ljubljana, Faculty of social work, Topniška 31, 1000 Ljubljana, Slovenia
e-mail: darja.zavirsek@fsd.uni-lj.si

SUMMARY

Human reproduction was until recently in Slovenia associated either with the collective coercion or with a personal choice based on emotions and values of the individuals. Today, it is increasingly dependent on medical technology, financial transactions, genetics and decisions among many choices which have to be taken prior of the child's conception. Giving birth to the child has been increasingly turned into a precise and rational process, which includes procedures of extraction, selection, stimulation, stopping measurements, insertion, and observations, carried out under the concept of medical reproductive technology. Comparative analysis of these processes shows the increased number of medical reproductive interventions as well as an increased number of adults who are either biologically or socially involved in the birth of a child and who represent new forms of social parenthood. In addition, the analysis also shows a growing number of personal choices which are made and some new ethical dilemmas. The paper presents some of the choices and ethical dilemmas, which are reflected upon by using the concepts of bio-power, bio-politics and biosociality. Special attention is paid to the situation in Slovenia. It presents figures, existing legislation, reproductive tourism and the parental dilemma whether to tell the child about his or her birth history, or not. The official data show that there are more than thousand couples every year, who seek reproductive help. Nevertheless, the topic remains silenced. The consequence is that the reproductive bank lacks gametes, and that the

27 Surrogacy Clinics. <http://www.youtube.com/watch?v=IcMkWOVuvXY&feature=endscreen> (1.06. 2013).

28 Ibid.

number of female donors remains very small. The figures from the Gynaecological Clinic of Ljubljana for instance, report that between 2001 and 2012 there were only 125 local male and 50 female donors. With the use of the male donated gamete, 160 children were born in this period of time, and with the use of female donated gamete 15 children were born in the same decade. Such situation drives people into the reproductive tourism. The official statistic records only limited segments of people seeking reproductive assistance abroad, but excludes single mothers, older couples and same-sex couples, who do not have a formal right for medical assisted reproduction. A paradox is that the society is faced with a highly developed technology, which affects the reproductive biographies of people and their descendants, and at the same time with a prevailing pre-modern morality which aims to maintain the domination of the traditional family and the image of the biological relationship between parents and children untouched. The field of medical reproduction is therefore an area of many conflicting concepts of morality and ethics, and it shows an interesting biological and social interconnectedness of new forms of biosociality in today's societies.

Key words: medical reproductive technology, reproductive choices, ethnical dilemmas, social parenthood, bio-power, biosociality, the child's right to know.

VIRI

ABC News (2010): Military Wives Turn to Surrogacy: Labor of Love or Financial Boost? 15. 10. 2010.

Bioedge (2012): „I found my embryos on Craigslist“, 12. 05. 2012.

Bioedge (2013): Singer questions reproductive freedom at women's rights conference. 08. 06. 2013.

Cryos Denmark <http://dk.cryosinternational.com/private-customers.aspx> (25.06. 2013).

California Cryobank <http://www.cryobank.com/> (25.06. 2013).

»Daruj spolne celice« (2011): Objavljeno na <http://www.neplodnost.net> (12. 05. 2013).

Die Zeit (2002): Wunschkind. 25. 04. 2002.

Donor Conception Network <http://www.dcnetwork.org/> (12.06.2013).

Dnevnik, Objektiv (2013): Ženska, ki ne sme biti mama, 02. 03. 2013, 12-13.

Guardian (2013): Are three-parent babies the first step towards a Blade Runner future?, 28. 06. 2013. <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2013/jun/28/three-parent-babies-blade-runner> (30. 06. 2013).

IFSW (2012): Policy statement: Cross border reproductive services, 19 February 2012

<http://ifsw.org/policies/cross-border-reproductive-services/> (27. 04. 2012)

New Life Thailand. http://www.newlifethailand.net/Egg_Donation (20. 06. 2013).

NBC Today (2009): Ultimate Outsourcing Wombs for Rent in India. Surrogacy In India - MSNBC Wombs for Rent India. 26. 08. 2009.

<http://www.youtube.com/watch?v=qKLtIdbV8PA&feature=endscreen> (20.06.2013).

Parent Link (2011): Donor Conception (Telling your child). ACT Government Publication No. 11/0812. Department of Health, Government of South Australia.

http://www.parentlink.act.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/33584/Donor_conception-telling_your_child_web.pdf (20. 11. 2011).

Pelka, S. (2009): Third-Party Reproduction Creating Kinship through an Intent to Parent. *Anthropology News*, 50, 2, 8-12. <http://www.aaanet.org/pdf/upload/50-2-Suzanne-Pelka-In-Focus.pdf> (20. 06. 2013).

Seattle Post-Intelligencer Reporter (2002): Nordic genes for would-be moms Scandinavian sperm bank is operating a distribution branch in Ballard. , 21. 11. 2002. CAROL SMIT, SEATTLE POST-INTELLIGENCER. Copyright 2013 SEATTLE POST-INTELLIGENCER. All rights reserved. This material may not be published, broadcast, rewritten or redistributed.

<http://www.seattlepi.com/news/article/Nordic-genes-for-would-be-moms-1101578.php#ixzz1cUAPVJdq> (25. 06. 2013).

Surrogacy Clinics. <http://www.youtube.com/watch?v=IcMkWOVuvXY&feature=endscreen> (1.06. 2013).

TV Maribor (2012): V pričakovanju 5000-ega otroka, 17. 03. 2012. <http://www.youtube.com/watch?v=iTakvEA8OP8> (10. 04. 2012).

UKC, Ginekološka klinika Ljubljana (2012): Klinični oddelek za reprodukcijo. <http://www.reprodukcija.si/onas/> (16.07.2013).

UKC Maribor (2013): Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo. <http://www.ukc-mb.si/oddelki-sluzbe-enote/klinika-za-ginekologijo-in-perinatologijo/oddelek-za-reproduktivno-medicino-in-ginekolosko-endokrinologijo/> (16. 07. 2013).

Xytex Cryo International Sperm Bank <http://xytex.com/> (25. 06. 2013).

Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo /ZZNPOB/ Ur.l. RS, št. 70/ 2000. <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200070&stevilka=3307>

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovna poročila 2002-2012: http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/poslovno_porocilo_slo?OpenView&count=1000 (27. 06. 2013).

LITERATURA

Bauman, Z. (2004): *Wasted Lives: Modernity and Its Outcasts*. Cambridge, Polity Press.

Birenbaum-Carmeli, D., Carmeli, Y., Gornostayev, S. (2008): Researching Sensitive fields. Some lessons from a study of sperm donors in Israel. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 28, 11-12, 425-439.

Blyth, E., Landau, R. (2004): *Third Party Assisted Conception Across Cultures. Social, Legal and Ethical Perspectives.*, London, New York, Jessica Kingsley Publishers.

Blyth, E., Auffrey, M. (2008): International policy on cross border reproductive services. International Federation of Social Workers policy statement. Geneva. <http://www.ifsw.org/en/p38001484.html> (1.11. 2012).

Blyth, E., Frith, L. (2009): Donor-conceived people's access to genetic and biographical history: an analysis of provisions in different jurisdictions permitting disclosure of donor's identity. *International Journal of Law, Policy and Family*. 23, 2, 174-191.

Blyth, E., Langridge, D., Harris, R. (2010): Family building in donor conception: parents' experiences of sharing information. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 28, 2, 116–127.

Bregar, S. (2012): Oploditev z biomedicinsko pomočjo – med stisko in upanjem. Diplomsko delo. Cobiss id: 3912293. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo. 262 strani.

de Mouzon, J., Goossens, V., Bhattacharya, S., Castilla, J.A., Ferraretti, A.P., Korsak, V., Kupka, M., Nygren, K.G., Nyboe Andersen A. (2010): The European IVF-monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE *Human Reproduction*. 25, 8, 1851–1862.

ESHRE (2008): Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies. http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/docs/study_eshre_en.pdf (11. 10. 2012).

ESHRE (2012): The world's number of IVF and ICSI babies has now reached a calculated total of 5 million. Press released.

<http://www.eshre.eu/Press-Room/Press-releases/Press-releases-ESHRE-2012/5-million-babies.aspx> (16.07.2013).

Ferraretti, A.P., Goossens, V., de Mouzon, J., S., J.A. Castilla, J.A., Korsak, V., Kupka, M., Nygren, K.G., Nyboe Andersen A. (2012): Assisted reproductive technology in Europe, 2008: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 27, 9, 2571-84.

Foucault, Michel (1990 [1976]): *The History of Sexuality*. London, Penguin.

Gordon, Colin ur. (1981): *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writings 1972-1977* by Michel Foucault. New York, Pantheon Books.

Goldsammler, M., Jotkowitz, A. (2012): *The Ethics*

of PGD: What About Psysician. *The American Journal of Bioethics*, 12, 4, 28- 29.

Keržan, D. (2008): Spočetje novih oblik sorodstva. Novo mesto, Goga.

Klumpfer, F. (2010): *Cena življenja. Razprave iz bioetike*. Ljubljana, Krtina.

Malm, H. (2012): Moral Duty in the Use of Preimplantation Genetic Diagnosis. *The American Journal of Bioethics*, 12, 4, 19-21.

Malek, J., Daar, J. (2012): The Case for a Parental Duty to Use Preimplantation Genetic Diagnosis for Medical Benefit. *The American Journal of Bioethics*, 12, 4, 3-11.

Martin, A. K., Baertschi, B. (2012): In Favor PGD: The Moral Duty to Avoid Harm Argument. *The American Journal of Bioethics*, 12, 4, 12-27.

Nyboe Andersen, A., Goossens, V., Ferraretti, A.P., Bhattacharya, S., Felberbaum, R., de Mouzon J., Nygren K.G. (2008): The European IVF-monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Assisted reproductive technology in Europe, 2004: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 23, 4, 756-771.

Nyboe Andersen, A., Goossens, V., Bhattacharya, S., Ferraretti, A.P., Kupka, M.S., de Mouzon J., Nygren K.G. (2009): The European IVF-monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 24, 6, 1267-1287.

Roberts, E. F.S. (2008): Biology, sociality and reproductive modernity in Ecuadorian in-vitro fertilization: the particulars of place. V: Gibbon, S., Novas, C.: *Bi-socialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities*. New York, Routledge. 79-97.

Rožman, I. (2013): Nevidna reproduktivna hendikepiranost žensk. *Annales, Serties historia et sociologia* 58, 2. Koper, 407.

Urh, Š. (2009): Nove tehnologije – stare ideologije: oploditev z biomedicinsko pomočjo. *Socialno delo*. 48, 1-3, 111-122.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., van der Poel, S. v imenu ICMART in WHO (2009): The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Human Reproduction*, 24, 11, 2683–2687.

Zaviršek, D. (1994): *Ženske in duševno zdravje. O novih kulturah skrbi*. Ljubljana, VŠSD.

Zaviršek, D. (2009): Med krvjo in skrbjo: socialno starševstvo kot širitev koncepta starševstva v današnjem svetu. *Socialno delo*, 48,1- 3, 3- 16.

Zaviršek, D. (2012): Od krvi do skrbi. Socialno starševstvo v globalnem svetu. Aristej, Maribor.

Zaviršek, D. (2012a): Notranje in mednarodne posvojitve: Od osebnih izkušenj do dobre prakse. Založba FSD, Ljubljana.