



Bacheloroppgave

SY 300215 Bacheloroppgave i sykepleie

Tittel på oppgaven(norsk og/eller engelsk):

Pars erfaringer ved ufrivillig barnløshet

Kandidatnummer eller kandidatnumre (hvis flere):

10081

Totalt antall ord: 8781

Antall sider inkludert forsiden: 49

Hovedveileder: Janne-Rita Skår

Innlevert Ålesund,

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 22.05.2018

Forord

Ennu lenge sved såret. Mange av de reisende som Siddharta måtte sette over elven hadde en sønn eller en datter med seg, og hver gang dette hendte misunte han dem og tenkte: mange, mange tusen har denne deiligste lykke, hvorfor ikke jeg? Til og med onde mennesker, til og med tyver og røvere har barn, elsker dem og blir elsket av dem, bare ikke jeg.

Hermann Hesse i «Siddharta»

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å belyse pars erfaringer ved ufrivillig barnløshet.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på åtte kvalitative og to kvantitative forskningsartikler. Artikkene ble analysert ved å ta utgangspunkt i analysemodellen beskrevet i Evans (2002) artikkel.

Resultat: Parene erfarte at parforholdet ble satt på prøve ved ufrivillig barnløshet. De lengtet etter å bli foreldre, opplevde tap av kontroll og at hverdagen ble preget av stress og usikkerhet. Seksuallivet ble planlagt og spontaniteten forsvant. Kvinner opplevde ufrivillig barnløshet generelt mer belastende enn menn, og kvinner og menn håndterte situasjonen ulikt. Isolasjon og tilbaketrekning hos paret var vanlig. Par hadde varierende behov for støtte og informasjon fra helsepersonell, venner og familie. Håpet om å en dag bli foreldre hadde en sentral betydning og gav paret styrke til å komme seg igjennom behandlingsprosessen ved assistert befruktning.

Konklusjon: Ufrivillig barnløse par har en kompleks opplevelse preget av angst, usikkerhet, frustrasjon og håp. Parene trenger å bli møtt med en holistisk tilnærming av helsepersonell. Sykepleier må informere og støtte paret, og sist men ikke minst hjelpe dem med å opprettholde håpet gjennom prosessen.

Abstract

Aim: The aim of the study was to highlight couples experiences with involuntary childlessness.

Method: A systematic literature study based on six qualitative and two quantitative research articles. The articles was analyzed using the analytical principle described by Evans (2002).

Result: The couples experienced that their relationship was put to the test by involuntary childlessness. They longed to become parents, experienced loss of control and their everyday life got influenced by stress and uncertainty. The couple's sexual life was planned and less spontaneous. Living with involuntary childlessness was harder for women than men, and men and women handled the situation differently. Couples often isolated themselves from friends and family. The couple's need for support from healthcare professionals, friends and family varied. The hope of one day becoming parents gave the couple the strength they needed to get through the treatment process of assisted reproduction.

Conclusion: Involuntary childless couples have a complex experience characterized by anxiety, uncertainty, frustration and hope. The couples need to be met with a holistic approach from healthcare professionals. Nurses need to inform, support and last but not least help the couple maintaining hope trough the process.

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Begrepsavklaring.....	1
1.3 Avgrensing.....	2
1.4 Oppgavens videre oppbygning.....	2
2 Teoribakgrunn	3
2.1 Definisjoner og årsaker til infertilitet.....	3
2.2 Infertilitetsutredningen.....	4
2.3 Behandlingsmetoder.....	4
2.4 Begrepet håp.....	5
3 Metodebeskrivelse	7
3.1 Systematisk litteraturstudie.....	7
3.2 Søkestrategi.....	7
3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	7
3.2.2 Valg av søkeord.....	7
3.3 Datainnsamling.....	8
3.3.1 Etske vurderinger.....	10
3.3.2 Kvalitetsvurderinger.....	10
3.4 Analyse.....	10
4 Resultat	12
4.1 Parforholdet påvirkes.....	12
4.1.1 Å lengte etter å bli foreldre.....	12
4.1.2 Et påvirket seksualliv.....	13
4.1.3 Å håndtere situasjonen ulikt.....	14
4.2 Par hadde varierende behov for støtte og informasjon.....	15
4.2.1 Fra helsepersonell.....	15
4.2.2 Fra familie og venner.....	15
4.3 Håpet hadde en sentral betydning.....	16
4.3.1 Håp under behandling.....	16
4.3.2 Håp for fremtiden.....	17
5 Diskusjon	18
5.1 Metodediskusjon.....	18
5.2 Resultatdiskusjon.....	19
5.2.1 Parforholdet påvirkes.....	19
5.2.2 Par hadde varierende behov for støtte og informasjon.....	23
5.2.3 Håpet hadde en sentral betydning.....	24
6 Konklusjon	27
Litteraturliste	28

Vedlegg 1-8: Litteraturmatriser

Vedlegg 9: Søkehistorikk

1 Innledning

Her presenteres bakgrunn for valg av tema, studiens hensikt og problemstilling, begrepsavklaringer og avgrensninger samt oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge WHO (2017b) er infertilitet et globalt folkehelseproblem som gir en signifikant belastning hos de kvinner og menn som rammes. I Norge opplever en av ti par ufrivillig barnløshet, enten periodevis eller vedvarende (Ønskebarn, 2014d). Infertilitet blir lite belyst i teoridelen av sykepleiestudiet, og i dagliglivet fremstår ufrivillig barnløshet som et tabubelagt tema. Samtidig skjer det en hurtig vekst innen feltet for reproduksjonsmedisin og endokrinologi, noe som fører til at flere par får hjelp av assistert befruktning for å oppfylle barneønsket (WHO, 2017b). Som sykepleier kan man møte disse pasientene på fertilitetsklinikker, i gynekologiske avdelinger, poliklinisk eller ved andre sykehusinnleggelser.

Hensikten med oppgaven er å belyse pars opplevelser ved ufrivillig barnløshet. Ved å ha kunnskap om hvordan infertilitet påvirker paret både fysisk og psykososialt, vil man som sykepleier ha en bedre forutsetning for å kunne møte, støtte og informere denne pasientgruppen på best mulig måte. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling formulert:

«Hvordan erfarer par å leve med ufrivillig barnløshet?»

1.2 Begrepsavklaring

Infertilitet

I oppgaven vil «ufrivillig barnløshet» og «infertilitet» bli anvendt som synonymer. Infertilitet betyr manglende evne til å få barn. Dersom paret aldri har oppnådd graviditet kalles tilstanden primær infertilitet, om kvinnen tidligere har vært gravid kalles det sekundær infertilitet (Åbyholm mfl., 2015, referert i Jerpseth, 2016, s. 163).

Erfaringer

Erfaringer er informasjon man tilegner seg gjennom sansing og handling (Store norske

leksikon, 2011). I oppgaven vil «erfaringer» og «opplevelser» bli anvendt som synonymer.

1.3 Avgrensing

Oppgaven har et pasientperspektiv. Den avgrenses til å omfatte par som lever i heterofile parforhold og som lider av primær infertilitet. Videre avgrenses oppgaven til å omhandle par som får infertilitetsbehandling i form av in vitro fertilisering, med eller uten intracytoplasmatisk sædcelleinjeksjon.

1.4 Oppgavens videre oppbygning

I teoribakgrunnen presenteres relevant teori for oppgaven. Under metodebeskrivelsen vil søkestrategi, inklusjon- og eksklusjonskriterier, datainnsamling, etiske vurderinger, kvalitetsvurderinger og til slutt analysen av de inkluderte artiklene komme frem. Under resultatkapitlet presenteres funnene som kom frem under analysearbeidet. I diskusjonskapitlet blir det først presentert en metodediskusjon, før funnene diskuteres opp mot relevant teori og konsekvenser for sykepleie gjennom resultatdiskusjonen. Avslutningsvis vil det komme en konklusjon med oppsummering over hovedfunn samt anbefalinger for videre forskning.

2 Teoribakgrunn

Teoridelen tar for seg definisjon og årsaker til infertilitet, infertilitetsutredningen, behandlingsmetoder og begrepet håp.

2.1 Definisjon og årsaker til infertilitet

Verdens helseorganisasjon definerer infertilitet som en sykdom i reproduksjonssystemet der kvinnen ikke blir gravid etter 12 måneder eller mer med regelmessig, ubeskyttet samleie (WHO, 2017a). Etter et år har omtrent 90% av alle prøvende par oppnådd graviditet. De resterende 10% opplever ufrivillig barnløshet. Tilstanden er for de fleste midlertidig, da å fortsette å ha regelmessig samleie sammen med eventuell behandling fører til at de fleste til slutt blir gravide. En liten andel opplever vedvarende infertilitet (Ønskebarn, 2014d).

Muligheten for å bli gravid synker i takt med at kvinnen blir eldre. Av kvinner under 35 år opplever omtrent en tiendedel infertilitet, mens omtrent 30% er infertile etter 40-årsalderen. Menn kan være fruktbare frem til 60-70-årene da sædcelleproduksjonen ikke gjennomgår noen brå endring (Åbyholm mfl., 2015, referert i Jerpseth, 2016, s. 163).

Når man finner en årsak til problemene ligger denne hos kvinnen i omtrent halvparten av tilfellene, hos mannen i 30% av tilfellene og hos begge i 20% av tilfellene (Jerpseth, 2016, s. 163). Hos noen par finner man ikke årsaken til infertilitetsproblemene. Uforklarlig barnløshet blir brukt som definisjon når paret har forsøkt å bli gravide i to år og man ikke finner en kjent årsak (Ønskebarn, 2014d).

Den vanligste kvinnelige årsaken til infertilitet er polycystisk ovariesyndrom (PCOS). Ved PCOS finnes multiple cyster på ovariene og økt testosteronproduksjon. Det typiske sykdomsbildet er ufrivillig barnløshet på grunn av manglende eggløsning samt kliniske tegn på hyperandrogenisme med økt hårvekst og akneforekomst (Jerpseth, 2016, s. 151). En annen kvinnelig faktor kan være skader i egglederne. Ved tilstoppede eggledere kan sædcellene hindres i å nå egget, og et eventuelt befruktet egg vil ha vanskeligheter med å nå livmoren og feste seg. Den vanligste årsaken til tilstopping av egglederne er tidligere ubehandlet klamydiainfeksjon (Ønskebarn, 2014d).

Endometriose er en tredje mulig kvinnelig faktor. Ved endometriose vokser vev med samme struktur som livmorslimhinnen utenfor uterinhulen, for eksempel i ovarier, ligamenter, peritoneum og det lille bekkenet (Moen & Ellingsen, 2015, referert i Jerpseth, 2016, s. 150). Slimhinnen reagerer på hormonpåvirkning, og det oppstår blødninger under menstruasjonen som samler seg i cyster på grunn av mangel på naturlig drenasje. Endometriose gir sterke menstruasjonssmerter, og på lengre sikt kan cysteinhold komme ut i bukhulen og gi adheranser. Sammenvokringen av endometriosevev kan gi tette eggledere, noe som fører til at 30-40% av kvinnene med endometriose blir infertile (Jerpseth, 2016, s. 150).

For menn er redusert sædkvalitet den vanligste årsaken til infertilitetsproblemer. Få sædceller reduserer sjansene for at en sædcelle klarer å befrukte et egg. Dersom sædkvaliteten er dårlig, kan dette føre til at sædcellen ikke klarer å fram til egget, trenge gjennom eggets membran og befrukte det (Ønskebarn, 2014d).

2.2 Infertilitetsutredningen

Når paret ikke har oppnådd graviditet etter et år med regelmessig seksuell omgang uten bruk av prevensjon, kan de henvises til infertilitetsutredning. Etter et år er det en fordel å komme raskt i gang med utredningen og behandling da prosessen kan ta lang tid (Jerpseth, 2016, s. 163). Under utredningen forsøker man å kartlegge kvinnens eggløsningstidspunkt ved at kvinnen måler kroppstemperaturen og fører en temperaturkurve. Dette siden basaltemperaturen stiger med omtrent 0,5 grader et døgn etter eggløsning, og blir værende der til en dag eller to før neste menstruasjon. Det blir også tatt blodprøver for å kartlegge hormonelle forhold. Videre blir det gjort en undersøkelse av ovariene, tubene, uterus og forholdene i det lille bekkenet ved hjelp av ultralyd med vaginalprobe. Det kan være nødvendig med laparoskopi for å vurdere om tubene er normale, og eventuelt en røntgenundersøkelse. Mannen må levere en sædprøve som analyseres mikroskopisk (Åbyholm mfl., 2015, referert i Jerpseth, 2016, s. 163).

2.3 Behandlingsmetoder

Aktuelle behandlingsmetoder for infertilitet er legemidler, hormonbehandling, kirurgi og assistert befruktning (Helsenorge, 2015)

In vitro fertilisering og intracytoplasmatisk sædcelleinjeksjon

In vitro fertilisering (IVF), også kalt prøverørsbehandling, er den vanligste formen for assistert befruktning. IVF brukes ofte ved egglosningsforstyrrelser, blokkerte eggledere og nedsatt sædkvalitet (Helsenorge, 2015). Ved IVF får kvinnen hormonsprøyter som stimulerer follikkelmodningen i eggstokkene. Egg modnes, frigjøres og hentes ut via skjeden ved hjelp av ultralydveiledet innstikk i egglederne (Jerpseth, 2016, s. 164). Etter egguttaket blandes eggcellene med sædceller fra mannen, og det skjer som oftest en spontan befruktning før egget plasseres i livmoren der det forhåpentligvis forplanter seg (Åbyholm mfl., 2015, referert i Jerpseth, 2016, s. 164). Bivirkninger av hormonbehandlingen kan være fysisk belastende. Den mest alvorlige bivirkningen er ovarieell hyperstimulering som gir betydelig forstørrede ovarier og kan medføre væskelekkasje til bukhulen med ascites, pleuravæske, trombose eller respirasjonsproblemer (Åbyholm mfl., 2015, referert i Jerpseth, 2016, s. 164).

I tilfeller hvor mannen har svært nedsatt sædkvalitet med få spermier vil intracytoplasmatisk sædcelleinjeksjon (ICSI) være aktuell. ICSI er en variant av IVF der en frisk sædcelle fra mannen blir hentet ut og injisert direkte inn i eggcellen for befruktning, før det befruktede egget settes tilbake i livmoren (Helsenorge, 2015).

Assistert befruktning i Norge

I Norge kan heterofile eller lesbiske par tilbys ulike former for assistert befruktning (Helsedirektoratet, 2017). Assistert befruktning reguleres av bioteknologiloven. Behandling med assistert befruktning kan foretas av lege etter medisinske og psykososiale vurderinger av paret. Det stilles også krav til samlivsform, og assistert befruktning kan bare utføres på en kvinne som er gift eller samboer i ekteskapslignende forhold (Bioteknologiloven, 2004). Kvinnen må være 39 år eller yngre for å få offentlig behandling med IVF. Forsøkene er delfinansiert, og paret får inntil tre prøverørsforsøk mot en egenandel per forsøk. I tillegg kommer egenutgifter for legemidler i forbindelse med forsøkene (Jerpseth, 2016, s. 164).

2.4 Begrepet håp

I følge Kristoffersen mfl. (2015, s. 269-270) trår håpet frem og blir en aktiv ressurs når mennesker går igjennom livssituasjoner som truer liv og helse. Opplevelsen av håp er avgjørende når det kommer til hvordan en pasient takler livssituasjonen under sykdom, usikkerhet, tap og kriser. Dufault & Martocchio (1985, referert i Kristoffersen mfl., 2015, s. 269) sin definisjon av håp lyder slik:

Håp er en sammensatt dynamisk livskraft karakterisert ved en trygg, men likevel usikker forventning om å oppnå noe som for den personen som håper, er realistisk å oppnå, og har stor personlig betydning.

Mennesket vil oppleve å få styrke og mot til å våge å tro på morgendagen gjennom å opprettholde håpet. Håpet innebærer også å ha tro på at det finnes en vei gjennom vanskelighetene, og at disse kan mestres (Kristoffersen mfl., 2015, s. 270).

3 Metodebeskrivelse

Her presenteres metode, søkestrategi, inklusjon- og eksklusjonskriterier, valg av søkeord,

datainnsamling, etiske vurderinger, kvalitetsvurderinger og analysen.

3.1 Systematisk litteraturstudie

I følge Miller og Oxman referert i Forsberg & Wengström (2016, s. 27) defineres en systematisk litteraturstudie ved at studien tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som systematisk besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Det er en forutsetning at det finnes et stort nok antall studier av god kvalitet for å gjøre en systematisk litteraturstudie, da studiene skal fungere som et grunnlag for vurdering og konklusjon (Forsberg & Wengström, 2016, s. 26).

3.2 Søkestrategi

I November 2017 begynte arbeidet med oppgaven da prosjektplanen ble utformet og datasamlingen startet. Jeg valgte å bruke databasene Cinahl Complete og PubMed gjennom litteratursøket. Dette på grunn av at jeg kjente godt til databasene og hadde anvendt disse til litteratursøk tidligere i studieforløpet.

3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å skulle kunne velge ut hvilke artikler som skulle inkluderes i oppgaven, ble det utformet inklusjon- og eksklusjonskriterier. Studiene skulle ha et tydelig pasientperspektiv og omfatte par med primær infertilitet. Behandlingsmetoden skulle være IVF med eller uten ICSI. Det var ingen krav om hvor i behandlingsprosessen parene skulle være under studien. Artiklene skulle være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk og forskningen skulle ha foregått i vestlige land. Artiklene skulle være fem år eller nyere. Videre skulle forfatterne av artiklene ha gjort etiske vurderinger, og tidsskriftene artiklene var publisert i skulle være fagfellevurdert til nivå en eller to.

3.2.2 Valg av søkeord

I følge Forsberg & Wengström (2016, s. 60) må man reflektere og fordjupe seg i litteratur om emnet for å vitenskapelig kunne studere problemstillingen. For å avgrense problemområdet som utforskes, må området presiseres og formuleres, og dette kan gjøres ved hjelp av et PICO-skjema. Forsberg & Wengström (2016, s. 60) skriver videre at PICO er en strukturert metode for å bruke problemstillingen til å sette sammen søkestrategier for søk i databaser. PICO står for *patient/population* (hvem), *intervention* (hva), *control* (kontrollgruppe) og

outcome (utfall/resultat). I arbeidet med oppgaven valgte jeg å utforme et PICO-skjema i forkant av søk i databasene.

- Patient/population. Her formuleres søkeord som omhandler pasientgruppen som skal studeres: «couples», «infertile»

- Intervention. Her formuleres søkeord som omhandler hva pasientgruppen går igjennom: «infertility», «involuntarely childlessness», «assisted reproduction»

- Control. Her formuleres søkeord som omhandler alternativer for å sammenligne tiltak: Ingen søkeord ble formulert da control ikke var aktuelt til min problemstilling.

- Outcome. Her formuleres søkeord som omhandler resultat eller utfall som man ønsker å utforske: «experiences», «perceptions», «attitudes», «views»

PICO – skjema	
Patient/Problem	Couples, infertile
Intervention	Infertility, involuntarely childlessness, assisted reproduction
Control	
Outcome	Experiences, perceptions, attitudes, views

3.3 Datainnsamling

PICO-skjemaet la grunnlaget for en søkestrategi som ble anvendt til seks systematiske litteratursøk, hvorav fire søk ble utført i databasen Cinahl Complete og to søk i Pubmed. Etter hvert søk ble først overskriftene lest. Om artikkelen virket relevant ut ifra overskriften, ble abstrakt og eventuelt hele artikkelen lest igjennom. Artikkelen ble inkludert i oppgaven om den ble vurdert til å belyse parets opplevelser med infertilitet samtidig som at innholdet samsvarte med inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Cinahl complete

Søk nr 1,2,3 og 4 ble utført i Cinahl Complete. I samtlige søk ble kriteriene publiseringsår 2012-2017 samt tilgjengelighet i fulltekst satt på forhånd. Ved det første søket var søkeordene *Infertile couples AND Experiences OR Perceptions OR Attitudes OR Views*. Søket ga 142 treff hvor alle overskrifter ble lest. Videre ble 21 abstrakter og fire artikler lest, hvorav en artikkel ble inkludert i oppgaven. I det andre søket ble søkeordene *Involuntary childlessness AND Couples AND Experiences* brukt, dette gav 25 treff. Alle overskriftene ble lest, samt fem abstrakter og tre artikler. To av artiklene ble inkludert. *Assisted reproduction AND Couples AND Experiences* ble brukt som søkeord ved det tredje søket. Av 121 treff ble alle overskrifter lest, samt 27 abstrakter og fem artikler. Ved dette søket ble to artikler inkludert. Ved det fjerde og siste søket i Cinahl Complete var søkeordene *Infertility OR Childlessness AND Experiences*. Av 34 treff ble alle overskriftene lest, samt ni abstrakter. To av artiklene ble lest i sin helhet, og en av disse ble inkludert i oppgaven.

Pubmed

Det femte og sjette søket ble gjort i Pubmed. Kriterier for publiseringsdato 2012-2017 og tilgjengelighet i fulltekst ble satt på forhånd. Ved det første søket i Pubmed ble søkeordene *Infertility OR Infertile AND Couples AND Experiences* brukt. Søket gav 40 treff, hvorav alle overskrifter, tre abstrakter og en artikkel ble lest. Artikkelen som ble lest i sin helhet ble inkludert i oppgaven. Ved det siste søket var søkeordene *Infertility AND Experiences* for å forsøke å få flere treff enn i det forrige søket. Søket gav 437 treff. De 40 første overskriftene ble lest, samt 12 abstrakter og to artikler hvorav en av disse ble inkludert i oppgaven.

Etter det systematiske litteratursøket satt jeg igjen med seks kvalitative og to kvantitative artikler. Kvalitativ forskning har som mål å undersøke deltakerens opplevelse av et fenomen, og forfatteren forsøker å forstå og generere teori fra samlede data basert på variasjoner, prosesser og strukturer. Kvantitativ forskning har som mål å teste hypoteser, undersøke forhåndsdefinerte fenomener og hvordan de fordeler seg i en befolkning eller situasjon (Forsberg & Wengström, 2016, s.50).

3.3.1 Etiske vurderinger

Forsberg & Wengström (2016, s. 59) skriver at den som utfører en systematisk litteraturstudie bør foreta etiske vurderinger når forskning skal velges og anvendes i arbeidet. Blant annet er det viktig å velge forskningsartikler som har blitt godkjent av en etisk komité, eller der forfatteren nøyte følger etiske retningslinjer. Sju av forskningsartiklene brukt i oppgaven har blitt godkjente av en etisk komité. I studien av Cotter & Mahon (2014) kommer det ikke frem om forfatterne har innhentet en slik godkjenning. Artikkelen ble likevel inkludert da det var frivillig å delta i undersøkelsen, det var mulig å trekke seg underveis og alle navn anvendt i artikkelen er pseudonymer.

3.3.2 Kvalitetsvurderinger

For å sikre at artiklene som skal inkluderes i en systematisk litteraturstudie er av god kvalitet må det utføres en kvalitetsvurdering av hver enkelt artikkel. I følge Forsberg & Wengström (2016, s. 104) bør hver artikkel vurderes i flere steg samtidig som man stiller spørsmål med formålet til studien, resultatene og deres gyldighet. Artiklene som ble inkludert i oppgaven ble systematisk vurdert ved å benytte Folkehelseinstituttet (2014) sine *sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Det var et krav at artiklene skulle ha en tydelig IMRAD-struktur for å sikre at introduksjon, metode, resultat, analyse og diskusjon kom frem. Etter hvert som studiene ble inkludert ble det undersøkt at tidsskriftene artiklene var publisert i var fagfellevurdert til nivå en eller to ved hjelp av NSD (2017) sitt *register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Dette sikret at artiklene som ble inkludert i oppgaven hadde blitt publisert i tidsskrifter kvalitetsvurdert av en uavhengig part.

3.4 Analyse

I følge Forsberg & Wengström (2016, s. 152) går analysearbeidet ut på å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler og å undersøke disse hver for seg. Videre følger en syntese der delene settes sammen til en helhet. Analysen ble gjennomført ved å ta utgangspunkt i Evans (2002) artikkel, som går ut på å analysere innhold i fire faser.

Den første fasen omhandler å finne forskning relevant for problemstillingen (Evans, 2002). Etter et systematisk litteratursøk ved hjelp av PICO-skjemaet ble det valgt ut åtte relevante forskningsartikler.

Den andre fasen handler om å lese artiklene grundig for å videre identifisere nøkkelfunn i

hver enkelt studie (Evans, 2002). Artikkene ble lest på nytt flere ganger, og viktige funn i hver enkelt artikkel ble skrevet ned. Eksempel på nøkkelfunn var tap av kontroll, pliktstyrt seksualliv, at paret håndterte situasjonen ulikt og at håp var viktig gjennom behandlingsprosessen.

Den tredje fasen handler om å identifisere felles temaer som går igjen i artikkene. Funnene deles inn i grupper kategorisert etter likheter, og sammenhengen mellom studiene analyseres for å finne viktige nøkkelformuleringer og temaer for å forklare sammenhengen (Evans, 2002). Det ble brukt fargekoder til å gruppere ulike tema. Følgende hovedtema og underkategorier ble oppdaget gjennom analysen:

Hovedtema	Underkategorier
Parforholdet påvirkes	Å lengte etter å bli foreldre Et påvirket seksualliv Å håndtere situasjonen ulikt
Par hadde varierende behov for støtte og informasjon	Fra familie og venner Fra helsepersonell
Håpet hadde en sentral betydning	Håp under behandling Håp for fremtiden

Den fjerde fasen tar for seg resultatene av analysen der funn innenfor hvert tema blir satt sammen og presenteres, samtidig som det refereres tilbake til resultater fra studiene som støtter funnene (Evans, 2002).

4 Resultat

Her presenteres funnene som kom fram ved analysearbeidet. Funnene er delt inn i hovedtemaer med tilhørende underkategorier.

4.1 Parforholdet påvirkes

4.1.1 Å lengte etter å bli foreldre

Par følte at «den biologiske klokken tikket» og at ventetiden og uvissheten i situasjonen var belastende (Cipolletta & Faccio, 2013; Cotter & Mahon, 2014; Cunningham & Cunningham, 2013; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016).

It's the time period that gets to you more than anything else, they can take pints of blood and test it and do what they like but it's just the waiting game because it's like 'oh and you have to come back next month or two months 'or whatever and you're just hanging around in between tests waiting, that's very stressful (Cotter & Mahon, 2014, s. 166).

For noen ble isolasjon en naturlig måte å håndtere ventetiden på (Cipolletta & Faccio, 2013; Cunningham & Cunningham, 2013) Enkelte uttrykte at å møte nye mennesker var vanskelig, da det i slike situasjoner ofte kom spørsmål om paret hadde barn (Cipolletta & Faccio, 2013).

Par hadde ventet med å få barn til «tiden var inne», og når ting ikke gikk som planlagt opplevde paret at framtidsutsiktene ble uklare, forholdet ble satt på prøve og at hverdagen ble preget av stress og angst (Cipolletta & Faccio, 2013; Cotter & Mahon, 2014; Schick mfl., 2016). Paret erfarte å miste kontrollen over en sentral del av livet, noe som ga angst og usikkerhet (Cipolletta & Faccio, 2013; Cotter & Mahon, 2014; Cunningham & Cunningham, 2013; Schick mfl., 2016).

You're just going through a grey daily routine [...] between hope and fear that it will be at least one child (Schick mfl., 2016, s. 35)

Noen par opplevde økt kontrollfølelse ved å gjøre det man selv kunne for å forsøke å øke sjansene for å bli gravide. Dette kunne være å oppsøke informasjon i bøker og på internett, eller å følge rådene de fikk av helsepersonell om for eksempel kosthold, aktivitet og seksualliv (Schick mfl., 2016).

Selv om forholdet ble satt på prøve opplevde par at ufrivillig barnløshet og å stå sammen om barneønsket gjorde forholdet sterkere (Cipolletta & Faccio, 2013; Schick m.fl, 2016).

Deltakere intervjuet under studien til Schick mfl. (2016) erfarte at de hadde fått et dypere og mer voksent forhold til partneren av å gå igjennom infertilitetsproblemene sammen. Et godt partnerskap var nødvendig under prosessen, der blant annet å diskutere bestemmelser, støtte hverandre og å stå sammen ble sett på som viktig.

These are the days that make you closest as a couple (Cipolletta & Faccio, 2013, s. 292).

4.1.2 Et påvirket seksualliv

Studier viste at parets seksualliv påvirkes negativt i forbindelse med ufrivillig barnløshet. Mange par erfarte at spontaniteten i seksuallivet uteble etter at ønsket om et barn oppsto og både menn og kvinner opplevde at selvtilliten ble dårligere (Elmerstig & Lundin, 2015; Wischmann mfl., 2014).

Tiden for samleie ble nøye planlagt, som regel av kvinnen, med fokus på egglosningstidspunktet. Mannen måtte dermed være «klar» for samleie og ejakulasjon til bestemte tider. Om samleiet ikke ble fullført som planlagt, opplevde kvinner stor frustrasjon over å måtte vente en måned på neste egglosning og en ny befruktningmulighet. Det oppsto en ond sirkel med økt prestasjonsangst for mannen og redusert lyst for paret (Elmerstig & Lundin, 2015)

This sex on demand isn't so exciting in the long run. After a while it can easily become: «Desire? Who needs desire? Let's just do it!» (Elmerstig & Lundin, 2015)

For noen ble det å få biologiske barn assosiert med å være en «ekte» mann eller kvinne (Cunningham & Cunningham, 2013; Elmerstig & Lundin, 2015; Wischmann mfl., 2014). Slike følelser bidro til den negative påvirkningen av seksuallivet (Elmerstig & Lundin, 2015).

My partner cried a lot when we got the sperm sample results and said he felt like half a person (Elmerstig & Lundin, 2015, s. 439)

Noen par erfarte at det ble mindre press rundt seksuallivet når de fikk behandling med assistert befruktning, siden sex ikke lenger var nødvendig for å oppnå graviditet. Dette førte til at flere par fikk tilbake et godt seksualliv. Andre følte at de ikke lenger hadde en grunn til å ha sex, og når paret mistet håpet om å bli gravide hadde de sjeldnere samleie og så på sex som

noe meningsløst (Elmerstig & Lundin, 2015).

4.1.3 Å håndtere situasjonen ulikt

Å være ufrivillig barnløs og å gå igjennom behandlingsprosessen var en større belastning for kvinnen enn for mannen i forholdet (Cotter & Mahon, 2014; Cunningham & Cunningham, 2013; Olafsdottir mfl., 2012; Petersen mfl., 2015; Schick mfl., 2016). En infertil kvinne fortalte i et intervju at hun en gang hadde oppfordret ektemannen til å forlate henne for å skaffe barn med en annen (Cunningham & Cunningham, 2013). En annen kvinne beskriver hvordan hun mener mannen ser på å være ufrivillig barnløs:

He was still happy as he was so therefore not to have [children] would not have been the end of the world. He would say thing such as he could not understand how I could get so upset over something that I did no have! He seemed to come at it from the angle that you can't miss what you can never have whereas I think most women would disagree with that one! (Cunningham & Cunningham, 2013, s. 3433).

Under behandlingsprosessen var det kvinnene som gikk igjennom den fysiske påkjenningen av behandlingen, mens mennene fungerte som støttespiller (Cotter & Mahon, 2014; Cunningham & Cunningham, 2013; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016). Kvinner følte at det var vanskelig å tilpasse seg de ukjente prosedyrene og å inkludere disse i dagliglivet (Cunningham & Cunningham, 2013). En kvinne fortalte om da hun skulle trekke opp sin første hormoninjeksjon:

For a start I didn't realize the solution phials were glass. I tried to open it with scissors and sprayed myself and the carpet with shards. Then the liquid was staggeringly difficult to get up the needle. And the GP saying "don't spill any" because of the costs and the clinic's instructions that the drugs have to be given accurately. I feel so utterly responsible (Cunningham & Cunningham, 2013, s. 3432).

Noen menn uttrykte at å bli far ville ha en enorm positiv innvirkning på livet, og at meningen med livet ville gå tapt om barneønsket ikke ble oppfylt. Andre menn hadde en mer avslappet tilnærming til barnløsheten, og kunne se for seg et godt liv uten barn (Schick mfl., 2016). Menn erfarte at det var vanskelig å se kvinnen gå igjennom prosedyrer og behandling, mens de selv sto på sidelinjen (Cotter & Mahon, 2014; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016). Om infertiliteten skyldtes en mannlig faktor følte menn i tillegg på skyldfølelse for at det

uansett var kvinnen som måtte gå igjennom den fysiske belastningen som kom av prøverørsbehandling (Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016).

4.2 Paret hadde varierende behov for støtte og informasjon

4.2.1 Fra helsepersonell

Å stole på helsepersonells kompetanse og å følge deres anbefalinger ble av mange sett på som avgjørende siden man selv hadde liten kontroll over og kunnskap om situasjonen (Cipolletta & Faccio, 2013; Cunningham & Cunningham, 2013; Schick mfl., 2016).

... The future lies in the hands of others. Nurses, drug companies, doctors, embryologists. So much of the treatment cycle is taken out of our hands yet our whole future is dependent on it (Cunningham & Cunningham, 2013, s. 3432)

Noen par opplevde frustrasjon i møte med helsepersonell (Cipolletta & Faccio, 2013; Cunningham & Cunningham, 2013; Olafsdottir mfl., 2012)

Even at the clinic they treat us all as the great unwashed until something works the right way – an instant status lift when test come back ok (Cunningham & Cunningham, 2013, s. 3432).

Tilstrekkelig med informasjon og støtte fra helsepersonell var en viktig faktor når paret skulle bestemme seg for om de skulle forsøke å få hjelp for fertilitetsproblemene (Olafsdottir mfl., 2012). I møte med helsepersonell ønsket par å bli møtt med en holistisk tilnærming, der de i tillegg til å få hjelp med de fysiske årsakene til barnløsheten ønsket psykisk støtte samt rådgivning og informasjon om de ukjente prosedyrene (Cunningham & Cunningham, 2013; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016). Gjennom behandlingsprosessen opplevde parene det som viktig å få god veiledning angående når de burde fortsette, endre eller avslutte behandlingen da dette var vanskelig å vurdere selv (Cipolletta & Faccio, 2013; Schick mfl., 2016).

4.2.2 Fra familie og venner

Mange så på ufrivillig barnløshet og assistert befruktning som noe privat, og unngikk å fortelle andre om hva de gikk igjennom (Cipolletta & Faccio, 2013; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016). I studien til Olafsdottir mfl. (2012) kom det frem at mennene for det meste diskuterte situasjonen med partneren, i motsetning til kvinnen som oftere var åpen om

problemet i møte med familie og venner:

I feel like I have ten people to talk to, and you only have me (Olafsdottir mfl., 2012).

Noen par erfarte at å få støtte og motivasjon fra familie og venner var viktig, og ønsket å dele opplevelsene sine med andre og å ha en åpen dialog om problemet. Dess lenger parene hadde vært under behandling, dess mer avhengige var de av sosial støtte fra familie og venner. Noen par erfarte at de som visste om behandlingsprosessen var sympatiske og støttende, mens andre par følte at det var stressende å skulle være åpne om problemet, da dette kunne føre til innblanding og ubehagelige spørsmål fra andre (Schick mfl., 2016).

I'd say that the support one needs and one wants to share exists, but in the end, one has to carry one's package all by oneself [...] but as it is said: 'A sorrow shared is a sorrow halved' (Schick mfl., 2016, s. 38).

4.3 Håpet hadde en sentral betydning

4.3.1 Håp under behandling

Håpet hadde en viktig funksjon gjennom livet som ufrivillig barnløs og under behandlingsprosessen (Cipolletta & Faccio, 2013; Cotter & Mahon, 2014; Elmerstig & Lundin, 2015; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016).

Par erfarte at håpet om at de skulle lykkes gav dem styrke til å gå igjennom assistert befruktning. Samtidig var det nødvendig for paret å redusere håpet i forkant av prøverørsforsøk for å ha et realistisk syn på mulighetene for graviditet, og som et forsøk på å redusere skuffelsen som ville komme om de ikke ble gravide (Cipolletta & Faccio, 2013; Cotter & Mahon, 2014; Elmerstig & Lundin, 2015)

You are massacred, the hope of something that may never happen ... maybe you can say «This time I have no hope», thereby feeling more at peace (Cipolletta & Faccio, 2013).

Etter mislykkede prøverørsforsøk opplevde paret at håpet forsvant, at de hadde feilet og at den personlige identiteten ble ytterligere truet. Håpet om å en gang bli foreldre gav dem likevel styrke til å prøve en gang til (Cipolletta & Faccio, 2013).

The first time, when I started, I said «Stop», then I did it for the second time and I said, «Now stop». Now I have arrived at the third time and ... I do not know (Cipolletta & Faccio, 2013).

4.3.2 Håp for fremtiden

Å ha en alternativ plan om behandlingen ikke var vellykket, for eksempel adopsjon, var for noen par med på å styrke håpet om en lys fremtid. Andre par så på tanker om adopsjon som en stressfaktor og følte at slike alternative planer var ensbetydende med å gi opp og å miste håpet om at behandlingen skulle føre til graviditet (Olafsdottir mfl., 2012). Noen var redde for å måtte ta den endelige avgjørelsen om å avslutte infertilitetsbehandling og dermed gi opp håpet om å få biologiske barn (Schick mfl., 2016). I studien til Petersen mfl. (2015) kom det frem at etter et år med mislykket behandling ville de fleste par fortsette behandling med assistert befruktning og var samtidig usikre på om de ville forsøke å adoptere i fremtiden.

When you lose hope, you start to talk about adoption (Olafsdottir mfl., 2012).

Dersom assistert befruktning ikke kunne hjelpe paret med å få barn, opplevde de at håpet forsvant og at fremtidsplanene om å bli foreldre ble ødelagt (Cipolletta & Faccio, 2013).

I cried everyday for one month, but then I realised that ... at least I am alive (Cipolletta & Faccio, 2013, s. 293)

5 Diskusjon

Her presenteres først en metodediskusjon, etterfulgt av resultatdiskusjonen der resultatene diskuteres opp mot aktuell teori og konsekvenser for sykepleie.

5.1 Metodediskusjon

Jeg valgte å anvende to databaser jeg var godt kjent med fra tidligere gjennom søkeprosessen for å kunne strukturere søkene på en god måte. Det er mulig at relevante artikler har blitt utelatt ved å begrense søket til to databaser.

Videre ble det utformet inklusjon- og eksklusjonskriterier. Jeg valgte å inkludere artikler som omhandlet par med primær infertilitet. Dette fordi par med sekundær infertilitet vil ha andre erfaringer enn par som forsøker å bli foreldre for første gang. Selv om oppgaven fokuserer på parets opplevelser, ble det valgt ut en artikkel som gikk i dybden på menns opplevelser og en artikkel som fokuserte på kvinners opplevelser ved infertilitet. Et sentralt funn var at paret håndterte situasjonen forskjellig, og artiklene gav verdifull informasjon angående disse forskjellene. Når parene fikk behandling skulle dette være ved hjelp av assistert befruktning, nærmere bestemt IVF med eller uten ICSI. Dette siden IVF er den vanligste formen for assistert befruktning, og at ICSI ofte blir anvendt som en del av behandlingen. Andre behandlingsmetoder ble utelukket da disse kan medføre andre psykiske og fysiske aspekter for paret. Det ble inkludert artikler som omhandlet parets opplevelser både før, under og etter behandling for å få et helhetlig bilde av parets erfaringer gjennom hele behandlingsprosessen.

I artiklene som ble valgt ut hadde forskningen foregått i europeiske land. Dette fører til at funnene er sammenlignbare med et norsk helsevesen. Inkluderte artikler har blitt publisert i tidsskrifter fagfelleurdert til nivå en eller to, og forfatterne har tatt etiske hensyn under forskningsprosessen. Dette kan styrke oppgaven da både kvalitetsvurderinger og etiske vurderinger har blitt gjort gjennom arbeidet. Det ble inkludert seks kvalitative og to kvantitative artikler. Oppgaven fokuserer på parets erfaringer og det var derfor viktig å inkludere flest kvalitative artikler der deltakerne har uttrykt erfaringene med egne ord. Samtidig mener jeg at bruk av de kvantitative artiklene kan styrke oppgaven da disse tok for seg større grupper ufrivillig barnløse.

Artiklene som ble inkludert var maks fem år gamle da søkeprosessen foregikk. Dette ble sett

på som spesielt viktig siden assistert befruktning er under hurtig utvikling og det var ønskelig med artikler der behandlingsmetoder og prognoser var tilnærmet like som i dag. Det var derimot en utfordring å finne nyere litteratur som belyser parets erfaringer. Jeg har valgt å benytte meg av bøkene til Guttormsen & Sundby (1989) samt Winston (1988) gjennom deler av resultatdiskusjonen selv om disse bøkene er av eldre dato. Bøkene fremsto ikke som utdaterte når det kom til å belyse de psykososiale aspektene ved infertilitet, og de var til god hjelp når funnene skulle diskuteres opp mot teori. Jeg føler dermed ikke at bruken av eldre litteratur har svekket oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Parforholdet påvirkes

Par følte at ventetiden og uvissheten var psykisk belastende og de var engstelige for at sjansene for å lykkes ble mindre i takt med at de ble eldre (Cipolletta & Faccio, 2013; Cotter & Mahon, 2014; Cunningham & Cunningham, 2013; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016). Paret opplevde angst og usikkerhet ved å miste kontrollen over en sentral del av livet (Cotter & Mahon, 2014; Cipolletta & Faccio, 2013; Cunningham & Cunningham, 2013; Schick mfl., 2016).

Noen par erfarte at å følge råd fra helsepersonell ga en økt følelse av kontroll (Schick mfl., 2016). Sykepleieren kan dermed hjelpe paret til økt kontrollfølelse ved å gi informasjon og konkrete råd. For eksempel reduserer overvekt og fedme kvinnens muligheter for å bli gravid, både naturlig og ved assistert befruktning (Fertilitetssenteret, 2018). Et konkret tiltak kan da være å informere utsatte kvinner om dette, og å videre oppfordre til å følge kostrådene fra Helsedirektoratet (2016) for å sikre et sunt og variert kosthold. Også røyking har en klart uheldig effekt på behandlingsresultatene, og påvirker både egg- og sædkvaliteten negativt (Fertilitetssenteret, 2018). Sykepleier må informere både kvinner og menn som røyker om konsekvensene for fertiliteten, slik at de kan bli motiverte til røykeslutt. Ved å gi paret mulighet til å følge konkrete råd for å forbedre sjansene for å bli gravide kan de oppleve å ha mer kontroll over egen situasjon.

For mange par førte barnløsheten til at de isolerte seg (Cipolletta & Faccio, 2013; Cunningham & Cunningham, 2013). Guttormsen & Sundby (1989, s. 153) skriver at det er

vanlig at det oppstår behov for isolasjon og tilbaketrekning i perioder som ufrivillig barnløse, da situasjonen er psykisk belastende for paret. Noen isolerer seg over tid, andre i kortere perioder etter å ha opplevd vanskelige situasjoner. Eksempelvis kan infertile kvinner ha behov for å isolere seg fra kvinnefellesskap der ofte prates om barn, da dette oppleves som en påminning om hennes egen utilstrekkelighet. Videre kan par oppleve helger og høytider som vanskelige da de blir minnet på at slike dager hadde vært helt annerledes om de hadde barn. Når kriser gjennomarbeides er det nødvendig med perioder med tilbaketrekning da personen får mulighet til å konsentrere seg kun om seg selv og å forstå mer av eget liv. I slike perioder kan det være gunstig å forklare for familie og venner hvorfor man har et behov for å trekke seg tilbake, både for å få forståelse og for at det skal bli lettere å gjenoppta kontakten senere (Guttormsen & Sundby, 1989, s. 153-155).

Sykepleiere som møter ufrivillig barnløse kan hjelpe paret med å finne en god balanse mellom tilbaketrekning og samvær med andre. Mange par erfarte at det var vanskelig å stadig omgås gravide eller barnefamilier. I følge Kristoffersen (2015, s. 321) kan det å møte andre i samme situasjon, også kalt likemannsarbeid, være til hjelp for mange pasienter. Å hjelpe, støtte og veilede hverandre er målet med slikt arbeid. Mennesker i samme situasjon kan dele erfaringer, praktisk kunnskap og følelsesmessige opplevelser seg imellom og denne typen arbeid representerer et unikt tilbud som den profesjonsbaserte helsetjenesten ikke kan tilby (Kristoffersen, 2015, s. 321). Sykepleier kan informere infertile par om støtteforeningen Ønskebarn, som er en norsk forening for fertilitet og ufrivillig barnløshet. Foreningens mål er å være støttespiller og talerør for alle som strever eller har strevd med å få barn, og det blir arrangert både seminarer, temakvelder og kafetreff flere steder i Norge for å skape møteplasser for ufrivillig barnløse (Ønskebarn, 2014b).

Et annet sentralt funn var at seksuallivet påvirkes negativt ved infertilitet (Elmerstig & Lundin, 2015; Wischmann mfl., 2014). Samleiet ble planlagt og pliktfylt, mennene opplevde prestasjonsangst og kvinnene stor frustrasjon (Elmerstig & Lundin, 2015). Gjennom infertilitetsbehandlingen opplevde noen par mindre stress og et bedre seksualliv, mens andre følte de ikke lenger hadde noen grunn til å ha samleie (Elmerstig & Lundin, 2015).

Ved nedsatt fruktbarhet opplever de fleste på et eller annet stadium at seksuallivet påvirkes ved at spontaniteten må vike plass for planlegging og at varmen forsvinner. Det pliktmessige seksuallivet kan gi sterk angst og en følelse av å være utilstrekkelig og uelsket. Råd fra

helsepersonell om at man må passe på å ha samleie til rett tidspunkt kan gjøre situasjonen enda verre for par som allerede har et seksualliv preget av angst og stress (Winston, 1988, s. 32).

I møte med helsepersonell presenteres seksuelle problemer som oppstår ved sykdom og behandling sjelden direkte, og pasienter er ofte svært selektive angående hvem de vil dele tankene med. Som sykepleier har man mye kontakt med pasienten, og mange velger derfor å åpne seg for sykepleieren. Pasienter har i tillegg en lovfestet rett til informasjon om konsekvenser av behandling, uten å selv måtte ta initiativ for å bli informert. Dette omhandler også konsekvenser for seksuallivet (Gamnes, 2015, s. 99).

Sykepleier kan anvende PLISSIT-modellen i møte med ufrivillig barnløse. Modellen er godt egnet som utgangspunkt når man skal arbeide med seksuelle anliggender (Almås & Benestad, 2006, referert i Gamnes, 2015, s. 87). PLISSIT fremstår som en pyramide der bokstavene står for Permission, Limited Information, Specific Suggestions og Intensive Therapy (Gamnes, 2015, s. 87). Pyramiden viser at de fleste som trenger informasjon eller hjelp angående seksualitet, befinner seg på det første og laveste nivået, (P). Færre befinner seg på andre nivå, (LI), enda færre på det tredje (SS) og kun noen få på det fjerde, øverste nivået (IT). Få trenger altså eksperthjelp, og sykepleier bør være kompetent til å hjelpe og gi råd til mange som befinner seg på de tre første nivåene (Gamnes, 2015, s. 87).

Det første nivået går ut på å gi rom og trygghet til å snakke om seksualitet (Gamnes, 2015, s. 87). For mange infertile par er det tenkelig at å bare få prate med noen som har forståelse for problemene vil være til god hjelp. Det andre nivået handler om å gi enkel og saklig informasjon (Gamnes, 2015, s. 87). Paret kan informeres om at problemene de opplever er normale reaksjoner ved infertilitet og oftest forbigående (Guttormsen & Sundby, 1989, s. 134). Videre kan sykepleier informere om at å være på kroppslig nærhet og ømhet i forholdet kan bidra til at seksuallivet blir mer lystbetont i fremtiden, og at det er viktig for et godt seksualliv at paret har en åpen kommunikasjon (Guttormsen & Sundby, 1989, s. 134).

Pasienter som befinner seg på det tredje nivået har behov for konkrete forslag til løsninger på problemene. Den som skal ivareta pasienter på dette nivået over tid må ha spesialkunnskaper (Gamnes, 2015, s. 87). I følge Ønskebarn (2014c) er manglende sexlyst, impotensproblemer og forstyrrelser i evnen til å få utløsning eksempler på tilfeller som ofte krever behandling av

psykolog eller sexolog. Sykepleier sin rolle innenfor det tredje nivået kan dermed være å oppfordre eller hjelpe pasienter til å kontakte slike instanser. Ved å informere og hjelpe paret angående de seksuelle problemene ved infertilitet kan sykepleier bidra til at selvfølelsen samt parforholdet blir spart for mye negativ påvirkning.

Kvinner opplevde ufrivillig barnløshet mer belastende enn menn (Cotter & Mahon, 2014; Cunningham & Cunningham, 2013; Olafsdottir mfl., 2012; Petersen mfl., 2015; Schick mfl., 2016). Under behandlingsprosessen var det kvinnene som gjennomgikk den fysiske påkjenningen, mens mennene tok rollen som støttespiller (Cotter & Mahon, 2014; Cunningham & Cunningham, 2013; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016). Menn erfarte det som vanskelig å være tilskuer når kvinnen gikk igjennom behandlingsprosessen (Cotter & Mahon, 2014; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016). I tillegg opplevde menn skyldfølelse om de var årsaken til barnløsheten (Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016). Guttormsen & Sundby (1989, s. 135) skriver at den som er årsaken til barnløsheten vil oppleve skyldfølelse når han eller hun ser at partneren har det vanskelig, og at dette kan føre til at den ufruktbare oppfordrer til brudd slik at partneren kan få barn med noen andre. Dette kom også til uttrykk i artikkelen til Cunningham & Cunningham (2013).

Sykepleier må informere paret om at kvinner og menn reagerer ulikt og uttrykker følelsene forskjellig ved infertilitet. Kvinnen går ofte inn i seg selv og holder fast i håpet om at behandlingen skal lykkes til slutt, mens mannen distanserer seg følelsesmessig fra problemet som en selvbeskyttende strategi (Jerpseth, 2016, s. 164). Det er viktig at menn har en aktiv rolle under prosessen slik at paret kan føle at de står sammen om problemene. Menn kan ofte føle seg tilsidesatt og bør bli mer involvert slik at paret har samme informasjon å forholde seg til, da dette gir grobunn for god kommunikasjon innad i forholdet (Ønskebarn, 2014a). Sykepleier må sørge for at informasjonen gjennom behandlingsprosessen også blir gitt til mannen, selv om behandlingen i hovedsak rettes mot kvinnen. Mannen får da en mer aktiv rolle, noe som sannsynligvis også vil bidra til mindre skyldfølelse i tilfeller der infertilitetsproblemene skyldes en mannlig faktor.

Kvinner erfarte at det var krevende å tilpasse undersøkelser og ukjente prosedyrer til hverdagen, og de var redde for å gjøre noe feil under hormonbehandlingen (Cunningham & Cunningham, 2013). Kvinner får et stort ansvar når de skal administrere hormoninjeksjoner hjemme på egen hånd. Sykepleier må forsikre seg om at kvinnen, eventuelt mannen om han

skal bistå, forstår hvordan injeksjonene skal settes samt at paret har en grunnleggende forståelse angående dose-, styrke-, og mengdeforhold. I følge Eide & Eide (2011, s. 181) kan praktisk hjelp samt klar, god informasjon bidra til at pasienten utvikler instrumentell kontroll, for eksempel det å mestre å sette en injeksjon. I tillegg er det viktig å lytte aktivt, lære personen å kjenne samt danne seg et helhetlig bilde av situasjonen (Eide & Eide, 2011, s. 181). Sykepleier kan veilede paret ved å demonstrere hvordan injeksjonen skal settes, før den som skal sette injeksjonene hjemme får øve sammen med sykepleier. Om paret har fått god opplæring og informasjon vil dette bidra til at de føler mindre stress og usikkerhet rundt medikamenthåndteringen, samtidig som sykepleier tar vare på pasientsikkerheten.

5.2.2 Paret hadde varierende behov for støtte og informasjon

Å stole på helsepersonells kompetanse og å følge deres anbefalinger ble av mange sett på som sentralt i en ellers ukontrollerbar situasjon (Cipolletta & Faccio, 2013; Schick mfl., 2016). Noen par opplevde frustrasjon i møte med helsepersonell (Cipolletta & Faccio, 2013; Cunningham & Cunningham, 2013; Olafsdottir mfl., 2012). Å få informasjon og støtte av helsepersonell var en viktig faktor når paret skulle bestemme seg for om de skulle søke hjelp (Olafsdottir mfl., 2012). I møte med helsepersonell ønsket par å bli møtt med en holistisk tilnærming, herunder å få hjelp med de fysiske årsakene til barnløsheten, psykisk støtte samt rådgivning og informasjon om ukjente prosedyrer (Cunningham & Cunningham, 2013; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016). Under behandling ble det sett på som viktig å få veiledning angående når paret burde fortsette, endre eller avslutte behandlingen (Cipolletta & Faccio, 2013; Schick mfl., 2016).

Når man opplever sykdom og krise forsvinner selvfølgelig forutsetninger, nye og ukjente faktorer dukker opp og man mister kontroll over egen situasjon. Når livet oppleves ukontrollerbart og kaotisk, er et sentralt mål å gjenopprette opplevelsen av forutsigbarhet og egen evne til å påvirke situasjonen (Eide & Eide, 2011, s. 180-181). God informasjon om sykdommen og behandlingen vil føre til at pasienten føler seg tryggere, samtidig som det hjelper pasienten til å forutse det som skal skje. Videre får pasienten oversikt og mulighet til å helhetlig kunne vurdere situasjonen, noe som igjen styrker pasientens kontrollopplevelse (Eide & Eide, 2011, s. 182). Sykepleier må informere paret om infertilitetsdiagnosen og de eventuelt kjente faktorene til at paret ikke oppnår graviditet. Videre må paret få informasjon om behandlingsprosessen og hvilke muligheter som finnes for å hjelpe paret. I følge Jerpseth (2016, s. 164) opplever paret å få en viss kontroll over situasjonen om de får en realistisk

behandlingsplan der forsøkene tidfestes. Sykepleier må derfor forsikre seg om at paret vet både når, hvor og hvordan neste steg i behandlingsprosessen skal foregå.

Mange unngikk å fortelle andre om infertilitetsproblemene, og søkte støtte kun hos partneren (Cipolletta & Faccio, 2013; Olafsdottir mfl., 2012; Schick mfl., 2016). Dette gjaldt spesielt menn, da kvinner oftere åpnet seg for venner og familie (Olafsdottir mfl., 2012). I følge Guttormsen & Sundby (1989, s. 67) er mange menn bekymret for at noen skal få vite at de sliter med infertilitet og videre anta at dette har sammenheng med potens og manndom. Dette kan i enkelte tilfeller være en medvirkende årsak til at mange menn velger å ikke fortelle venner og familie om problemet (Guttormsen & Sundby 1989, s. 67). I tillegg viser studier at menn som går igjennom infertilitet ofte undertrykker egne følelser for å fremstå som sterk for kvinnen i forholdet (Schick mfl., 2016). Å være åpen om å være under infertilitetsbehandling kan gjøre temaet mindre tabubelagt i samfunnet og føre til at infertile menn føler seg mindre alene om problemene. Dette kan igjen føre til at menn håndterer situasjonen bedre (Schick mfl., 2016).

Guttormsen & Sundby (1989, s. 67) skriver at det kan være vanskelig for paret å vite hvem man skal snakke med og hvor mye man skal fortelle. Noen kan bli støtt av for mye åpenhet, andre kan bli overinteresserte og alt for opptatt av problemet. Videre skriver Guttormsen & Sundby (1989, s. 67) at det kan være lurt å snakke om at man er ufrivillig barnløs da dette kan være med på å alminneliggjøre infertilitet og tilstander som kan føre til det, og dermed gjøre temaet mindre vanskelig å snakke om. Sykepleier bør oppfordre paret til å fortelle om problemet til noen de står nær og stoler på, slik at paret kan føle seg mindre alene om problemet og motta positiv støtte fra omgivelsene. Her kan det igjen bli aktuelt med likemannsarbeid om paret føler at de mangler forståelsesfulle mennesker rundt seg. Om paret har et sterkt ønske om å holde barnløsheten for seg selv, må sykepleier akseptere dette. Kanskje har disse parene behov for ekstra oppfølging med tanke på den psykiske belastningen de gjennomgår. Sykepleier kan i slike tilfeller tilby ekstra samtaler for å støtte paret gjennom prosessen.

5.2.3 Håpet hadde en sentral betydning

Håpet hadde en sentral betydning gjennom parenes liv som ufrivillig barnløse (Cipolletta & Faccio, 2013; Cotter & Mahon, 2014; Elmerstig & Lundin, 2015; Olafsdottir mfl., 2012;

Schick mfl., 2016). Par erfarte at håpet om graviditet gav dem styrke til å gå igjennom behandling (Cipolletta & Faccio, 2013; Cotter & Mahon, 2014; Elmerstig & Lundin, 2015) Etter mislykkede prøverørsforsøk opplevde paret at håpet forsvant, at de hadde feilet og at den personlige identiteten ble truet. Håpet om å en gang bli foreldre gav likevel parene styrke til å prøve igjen (Cipolletta & Faccio, 2013).

Opplevelse av håp er avgjørende for hvordan mennesker mestrer livssituasjonen ved tap og lidelse. Håp er knyttet til ulike ting avhengig av livssituasjon, men handler alltid om ønsket om at fremtiden skal bli så bra som mulig. Pasienter fortjener sykepleiers nærvær, respekt og hjelp til å ivareta håpet når de går igjennom en livssituasjon med lidelse og tap. Sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten til å opprettholde håpet og å unngå håpløshet. Samtidig må man hjelpe pasienter som opplever håpløshet til å gjenvinne håpet (Kristoffersen mfl., 2015, s. 269-270).

Pasienter som lider har et perspektiv på sin egen situasjon som er preget av lidelsen, og dette gjenspeiles når synet pasienten har på verden, livet og seg selv kommer til uttrykk (Kristoffersen mfl., 2015, s. 275). Mange infertile par uttrykte at infertilitet førte til dårlig selvtillit og de følte seg mislykket og håpløse etter mislykkede behandlingsforsøk. Følelsene som kommer til uttrykk ved lidelse er sterke og vonde for personen som opplever dem, og i slike situasjoner kan sykepleier hjelpe pasienten til å bevare håpet ved å gi nye perspektiver på situasjonen (Kristoffersen mfl., 2015, s. 275). Sykepleieren kan presentere sitt eget perspektiv på situasjonen, og om dette blir gjort på en respektfull måte kan det føre til at pasienten ser at synet han eller hun har på virkeligheten ikke er det eneste rette (Kristoffersen mfl., 2015, s. 275). Sykepleier som møter infertile par har et ansvar for å hjelpe paret til å opprettholde håpet, spesielt siden dette viser seg å være viktig for at paret skal kunne samle styrke til å gå igjennom behandlingsrunder med assistert befruktning for å oppnå barneønsket. Sykepleier må hjelpe paret til å beholde håpet om å bli foreldre når situasjonen fremstår som håpløs for paret, for eksempel i perioden etter et mislykket forsøk.

Å ha en alternativ plan for fremtiden, for eksempel adopsjon, kunne være både et verktøy for å holde håpet oppe, eller en kilde til stress (Olafsdottir mfl., 2012). I studien til Petersen mfl. (2015) kom det frem at etter et år med mislykket behandling ville de fleste par fortsette behandling med assistert befruktning samtidig som de var usikre på om de eventuelt ville søke adopsjon senere.

Infertilitetsbehandling pågår ofte over flere år, og voksenlivet kan bli preget av når og hvor neste behandling skal finne sted. Dette kan vanskeliggjøre sorgprosessen over å ikke få barn (Jerpseth, 2016, s. 164). Etter behandlingsprosessen har opptil 70% blitt foreldre. For mange av de som ikke har lykket er det vanskelig å forsones seg med å forbli barnløse, og mange par forsøker behandling på andre klinikker eller i et annet land. Omtrent en av ti velger å adoptere, mens andre fortsetter livet som barnløse (Jerpseth, 2016, s. 164). Paret må sammen vurdere om de vil fortsette eller avslutte behandlingen. Noen par uttrykte at de var engstelige for å måtte ta beslutningen om å avslutte behandling og dermed gi opp håpet om å få biologiske barn (Schick mfl., 2016). Også beslutningsprosessen om å eventuelt adoptere vil for de fleste ta lang tid (Guttormsen & Sundby, 1989).

Årevis med infertilitetsbehandling er en stor psykisk og fysisk belastning for paret, og kanskje vil paret etterhvert ønske å prate med sykepleier om alternative planer. Sykepleier må være åpen for parets ønsker og tanker, og støtte paret i deres bestemmelse uansett om de velger å fortsette behandling, søke adopsjon eller å fortsette livet som barnløse. Mennesker opplever lidelse når livssituasjonen endrer seg og ved tap av verdier og livsinnhold (Kristoffersen mfl., 2015, s. 246). Kari Martinsen (1993, referert i Kristoffersen mfl., 2015, s. 246) hevder at siden mennesker ikke kan bli spart for slik lidelse, gjelder det å akseptere situasjonen og å lære seg å leve med den. Noen ufrivillig barnløse må akseptere at de aldri vil bli foreldre og finne ut at det går an å leve uten barn (Guttormsen & Sundby, 1989, s. 244). Når paret velger å gå videre i livet som barnløse, må sykepleier fortsatt hjelpe paret med å ta vare på håpet – men denne gang håpet om at livet kan være meningsfullt selv uten barn.

6 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse pars opplevelser med ufrivillig barnløshet. Følgende problemstilling ble formulert: «hvordan erfarer par å leve med ufrivillig barnløshet?»

Par lengtet etter foreldrelivet og dagene var preget av tap av kontroll. Informasjon og konkrete råd fra sykepleier kan gi paret økt kontrollfølelse. Mange par isolerer seg og trenger hjelp til å finne en god balanse mellom tilbaketrekning og samvær med andre. Seksuallivet ble pliktfyllt og lite spontant med prestasjonsangst og frustrasjon som resultat. Sykepleier må være åpen for å hjelpe par med de seksuelle problemene. Kvinner og menn erfarte å ha forskjellige

reaksjoner og håndteringsmekanismer som ufrivillig barnløse, noe som skapte kommunikasjonsproblemer og usikkerhet i forholdet. Paret trenger informasjon om at kjønnene reagerer ulikt på situasjonen, og menn må bli mer inkludert under behandlingsprosessen. Til tross for at parforholdet ble satt på prøve, opplevde paret å få et styrket forhold ved å gå igjennom ufrivillig barnløshet sammen.

Noen søkte støtte fra familie og venner, mens andre så på infertilitet som privat. Sykepleier bør foreslå for paret å åpne seg for noen de stoler på, informere dem om likemannsarbeid eller gi paret ekstra samtaler for at de skal få nødvendig støtte. Par ønsket å bli møtt av helsepersonell som så alle aspektene ved ufrivillig barnløshet. Sykepleier må sørge for at parets forskjellige behov blir ivaretatt under behandlingsprosessen.

Håpet om å bli foreldre gav paret styrke gjennom behandlingsprosessen. Fremtiden var uklar, og det å ha en alternativ plan om adopsjon kunne enten styrke eller svekke håpet. Sykepleier må hjelpe paret å opprettholde håpet gjennom ufrivillig barnløshet, da dette er av betydning for hvordan de håndterer behandlingsprosessen og livet ellers.

I forhold til anbefalinger for videre forskning, ville det vært interessant å vite noe om erfaringene til par som har valgt å ikke søke hjelp for infertilitetsproblemene. Videre ville det være interessant med forskning som belyser hvordan adopsjonsprosessen oppleves eller hvordan paret erfarer å gå videre i livet som ufrivillig barnløse når behandling ikke fører til graviditet.

Litteraturliste

Bioteknologiloven. *Lov 1.januar 2004 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.*

Cipolletta, S. og Faccio, E. (2013) Time experience during the assisted reproductive journey: a phenomenological analysis of Italian couples' narratives. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22 (3), s. 285-298. DOI: 10.1080/02646838.2013.813627

Cotter, N., & Mahon, E. (2014) Assisted Reproduction technology – IVF treatment in Ireland: A study of couples with successful outcomes. *Human fertility*, 17 (3), s. 165-169. DOI: 10.3109/14647273.2014.948498

Cunningham, N., og Cunningham, T. (2013) Women's experiences of infertility—towards a relational model of care. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (23/24), s. 3428-3437. DOI: 10.1111/jocn.12338

Eide, H. og Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elmerstig, E. og Lundin, U. (2015) «Desire? Who needs desire? Let's just do it!» - a qualitative study concerning sexuality and infertility at an internet support group. *Sexual and Relationship Therapy*. 30 (4), s. 433-447. DOI: 10.1080/14681994.2015.1031100.

Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Department of clinical nursing*. 20(2), s. 22-26.

Fertilitetssenteret (2018) *Medisinbruk*. [Internett]. Oslo: Fertilitetssenteret. Tilgjengelig fra: <http://www.fertilitetssenteret.no/informasjon/medisinbruk/> [Lest 17.05.2018]

Folkehelseinstituttet (2014) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. [Internett] Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/> [Lest 05.03.18]

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Gamnes, S. (2015) *Nærhet og seksualitet*. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. Grunnleggende sykepleie 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 71-104.

Guttormsen, G. og Sundby, H. (1989) *Infertilitet. En bok om ufrivillig barnløshet*. Otta: TANO A.S.

Helsedirektoratet (2017) *Assistert befruktning*. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/bioteknologi/assistert-befruktning> [Lest 10.05.2018]

Helsedirektoratet (2016) *Kostråd fra helsedirektoratet*. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet.

Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ernering/kostrad-fra-helsedirektoratet> [Lest 17.05.2018]

Helsenorge (2015) *Behandling for barnløshet (Infertilitet)* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/behandling-av-barnlosket> [Lest 13.03.2018]

Jerpseth, H. (2016) *Sykepleie ved gynekologiske sykdommer*. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. red. *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 133-168.

Kristoffersen, N.J. (2015). *Sykepleier i organisasjon og samfunn*. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 281-341.

Kristoffersen, N.J., Breievne, G. og Nortvedt, F. (2015). *Lidelse, mening og håp*. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. *Grunnleggende sykepleie 3*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 245-293.

NSD (2018) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> [Lest 2.12.17]

Olafsdottir H-S., Möller, A., og Wikland, M. (2012). Nordic couples decision-making process in anticipation of contacting a fertility clinic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30 (2), s. 180-192. DOI: 10.1080/02646838.2012.677021

Petersen, G.L., Blenstrup, L.T., Peterson, B.D., Knudsen, L.B. og Schmidt, L. (2015) Impact of childlessness on life and attitudes towards continuation of medically assisted reproduction and/or adoption. *Human Fertility* 18 (2), s. 121-127. DOI: 10.31.09/14647273.2015.1006691.

Schick, M., Rösner, S., Toth, B., Strowitzki, T. og Wischmann, T. (2016) Exploring involuntary childlessness in men – a qualitative study assessing quality of life, role aspects and control beliefs in men's perception of the fertility treatment process. *Human Fertility*, 19 (1), s. 32-42. DOI: 10.3109/14647273.2016.1154193

Store norske leksikon (2011) *Erfaring*. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://snl.no/erfaring> [Lest 10.04.2018]

Winston, R.M.L. (1988) *Råd til deg som vil ha barn*. J.W Cappelens Forlag AS.

Wischmann, T., Schilling, K., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., Wohlfarth, K. og Kentenich, H. (2014) Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 74 (8), s. 759-763. DOI: 10.1055/s-0034-1368461

World Health Organization (2017a) *Multiple definitions of infertility*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/> [Lest: 9.11.2017]

World Health Organization (2017b) *Infertility is a global public health issue*. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/> [Lest: 9.11.2017.]

Ønskebarn (2014a) *Ufrivillig barnløshet og parforholdet*. [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.onskebarn.no/ufrivillig-barnloshet/fakta-om-ufrivillig-barnloshet/?article_id=116 [Lest 16.05.2018]

Ønskebarn (2014b) *Handlingsplan* [Internett] Oslo: Ønskebarn. Tilgjengelig fra: <http://www.onskebarn.no/om-onskebarn/handlingsplan/> [Lest 19.05.2018]

Ønskebarn (2014c) *Mannlig infertilitet* [Internett] Oslo: Ønskebarn. Tilgjengelig fra: http://www.onskebarn.no/Ufrivillig-barnloshet/?article_id=509 [Lest 10.05.2018]

Ønskebarn (2014d) *Ufrivillig barnløshet* [Internett] Oslo: Ønskebarn. Tilgjengelig fra: <http://www.onskebarn.no/ufrivillig-barnloshet/> [Lest 10.11.2017]

Vedlegg 1-8:

Litteraturmatriser

Referanse	Olafsdottir H-S., Möller, A., og Wikland, M. (2012). Nordic couples decision-making processes in anticipation of contacting a fertility clinic. <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i> 30 (2) 180-192. DOI: 10.1080/02646838.2012.677021
Studiens hensikt	Å utforske beslutningsprosessen for nordiske par som vurderer å søke hjelp hos en fertilitetsklinikk etter problemer med å oppnå graviditet.
Keywords	Infertility, ART, decision-making, nordic countries
Metode	Utvalg: Totalt 22 heteroseksuelle par fra Danmark, Finland, Island,

	<p>Norge og Sverige deltok.</p> <p>Datainnsamling: Begge partnere ble intervjuet samtidig av en av artikkelens forfattere. Parene ble oppfordret til å utdype og reflektere over egne erfaringer og følelser. Intervjuene varte i 1-2 timer og ble tatt opp på lydbånd.</p> <p>Analyse: «Strauss and Corbin's grounded theory» med fem-steps analyse ble brukt i analyseringsarbeidet.</p>
Resultat	<p>Beslutningsprosessen mellom paret kunne ofte beskrives som en tautrekking der den ene drog i retningen mot å søke hjelp, mens den andre ville holde igjen. Om det var en mannlig faktor som var årsaken til infertilitet, følte mennene skyldfølelse for at det var kvinnen som måtte gå gjennom undersøkelser og behandling.</p> <p>Paret søkte ofte kunnskap hos venner, familie og helsepersonell. En annen viktig faktor gjennom beslutningsprosessen var at paret visste at sjansene ble mindre i takt med økende alder, og de følte at de hadde et kappløp mot tiden. Det var kvinnen som tok den endelige beslutningen om behandling siden det var hun som måtte gå igjennom den fysiske belastningen.</p> <p>Noen par hadde en alternativ plan om å adoptere om behandlingen ikke resulterte i graviditet, dette gav dem større håp og mindre stress. Andre så på slike alternative planer som en stor stressfaktor da det for dem var ensbetydende med å miste håpet eller å gi opp ønsket om et biologisk barn.</p>
Relevans	<p>Studien belyser hvordan paret opplever å være ufrivillig barnløse, samt hvilke tanker og følelser som er til stede før paret søker hjelp hos helsevesenet. Dette kan være til hjelp for å besvare problemstillingen.</p>

Referanse	<p>Cotter, N., & Mahon, E. (2014) Assisted Reproduction technology – IVF treatment in Ireland: A study of couples with successful outcomes. <i>Human fertility</i> 17 (3), 165-169. DOI: 10.3109/14647273.2014.948498</p>
Studiens hensikt	<p>Å beskrive opplevelsene til par som fikk suksessfull IVF behandling i Irland.</p>
Keywords	<p>Social concerns, fertility treatment, reproductive choice</p>
Metode	<p>Utvalg: 34 par som skulle gjennomgå IVF behandling hos en fertilitetsklinikk.</p> <p>Datainnsamling: Parene ble først intervjuet like etter de hadde registrert seg hos klinikken. Et nytt intervju fant sted når paret hadde</p>

	gjennomgått en IVF syklus, og et tredje intervju ble gjennomført tre måneder etter – når paret enten hadde oppnådd graviditet eller gjennomgikk en ny IVF behandling. Det fjerde og siste intervjuet foregikk minst et år etter. Av de 34 parene som deltok var det 26 par som gjennomførte alle fire intervjurunder.
Resultat	<p>Parene hadde alle forventet å kunne bli foreldre som planlagt, og ble deprimerte og desperate når tiden gikk og graviditeten ikke kom. Paret opplevde å miste kontroll over egen situasjon.</p> <p>Paret så på IVF som sin siste sjanse og var motiverte og målbevisst. De kjente på håp og frykt samtidig, men forsøkte å ha en positiv innstilling. Kvinner uttrykte en sterk vilje til å gjøre hva som helst for å få en baby. Under behandlingen var kvinnene engstelige for å gjøre noe feil som kunne påvirke resultatet. Noen menn påpekte at det var vanskelig at det var kvinnen som måtte gjennomgå den fysiske belastningen.</p> <p>Ventetiden mellom innsett av befruktet egg og graviditetstest var spesielt stressende for paret. Mange av de som ble gravide hadde vanskelige svangerskap, men følte seg likevel svært heldige.</p>
Relevans	Studien viser hvordan ufrivillig barnløshet påvirker paret, og hvordan prøverørsprosessen oppleves fra start til slutt.

Referanse	Cunningham, N., og Cunningham, T. (2013). Women's experiences of infertility—towards a relational model of care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 22 (23/24), 3428-3437. DOI: 10.1111/jocn.12338
Studiens hensikt	Å belyse opplevelsene til kvinner som lever med infertilitet. Samtidig vil studien belyse den voksende, utviklende rollen til sykepleieren som skal støtte pasienter gjennom komplekse infertilitetsreiser.
Keywords	
Metode	<p>Utvalg: Ni ufrivillig barnløse kvinner</p> <p>Datainnsamling: Kvinnene ble intervjuet online og det ble brukt en hermeneutisk tilnærming.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble analysert ved hjelp av en relasjonsanalyse</p>

	med vekt på fortellende form, innhold og funksjon.
Resultat	<p>Kvinnene hadde forventet at de skulle bli gravide når de bestemte seg for at tiden var inne for å skaffe barn. Når det ikke gikk som planlagt ble noen kvinner engstelige for at tiden skulle renne ut.</p> <p>Kvinner opplevde tap av kontroll, og så fremtiden som usikker. Barnløsheten og behandlingsprosessen påvirket dagliglivet i stor grad, og det var vanskelig å tilpasse prosedyrer og behandling i dagliglivets sosiale roller og forventninger. Å selv skulle styre hormonbehandlingen hjemme gjorde mange usikre. Mange av kvinnene opplevde angst og isolerte seg. Også forholdet til partneren ble påvirket, da mange kvinner opplevde at mannen ikke tok barnløsheten like tungt som dem selv.</p> <p>Noen følte at de ble behandlet dårlig i møte med helsepersonell, dette gav frustrasjon og irritasjon. Studien viste at det er nødvendig med en mer pasientsentrert behandling for at kvinner og par skal føre seg trygge og godt ivaretatt.</p>
Relevans	Studien går i dybden av kvinners opplevelse av fertilitetsbehandling. Samtidig viser den at å sette seg inn i pasientens erfaringer og å skape relasjoner er essensielt for at pasienter som gjennomgår IVF-behandling skal føle seg ivaretatt. Dette kan styrke oppgaven da studien viser viktigheten av å belyse infertilitet fra et pasientperspektiv.

Referanse	Cipolletta, S. og Faccio, E. (2013). Time experience during the assisted reproductive journey: a phenomenological analysis of Italian couples' narratives. <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i> 22 (3), 285-298. DOI: 10.1080/02646838.2013.813627
Studiens hensikt	Å undersøke pars opplevelser med fertilitetsbehandlinger når de mottok behandlingen. Vide fokuserer studien på oppfatninger knyttet begrepet tid når man gjennomgår en fertilitetsbehandling.
Keywords	Assisted reproduction, infertility, Italy, qualitative methods, time.
Metode	Utvalg: Ni kvinner og syv menn som led av primær infertilitet. Deltakerne var pasienter på en fertilitetsklinikk på et offentlig sykehus.

	<p>Datainnsamling: Det ble brukt semistrukturerte intervjuer for å forstå deltakernes syn på tilværelsen. Intervjuene varte fra 40-55 minutter og deltakerne fikk spørsmål om tiden før, under og etter behandling i forhold til opplevelsen av infertilitetsbehandling og selvpoppfattelse.</p> <p>Analyse: Det ble brukt en fortolkende fenomenologisk analyse gjennom analyseringsarbeidet.</p>
Resultat	<p>Deltakerne hadde en klar oppfatning av å være klar for å få barn. De erfarte at nåtiden var preget av en forstyrrelse i forhold til flyten i livet, de bekymret seg angående alderen og «den biologiske klokken».</p> <p>Venting på å få et barn samt venting mellom prosedyrer og medisinsk behandling førte til opplevelser preget av tap av kontroll, angst og bekymring. Mange isolerte seg under behandlingsprosessen for å unngå spørsmål fra andre.</p> <p>Håpet styrket kvinnene til å gjennomføre fertilitetsbehandling. Noen beskrev viktigheten av å senke håpet i forkant av en ny runde etter et mislykket forsøk, og å ha et realistisk syn på sjansene for å lykkes. Noen følte at en mislykket behandling markerte «døden» av håpet, planene og ønsket om å få et barn.</p>
Relevans	<p>Studien fokuserer på pasienter som står midt i behandlingsprosessen. Tanker og følelser er dermed «ferske» og aktuelle for å belyse hvordan par som er ufrivillig barnløse har det mens de mottar behandling med assistert befruktning.</p>

Referanse	<p>Schick, M., Rösner, S., Toth, B., Strowitzki, T. og Wischmann, T. (2016). Exploring involuntary childlessness in men – a qualitative study assessing quality of life, role aspects and control beliefs in men's perception of the fertility treatment process. <i>Human Fertility</i>. 19 (1), 32-42. DOI: 10.3109/14647273.2016.1154193</p>
Studiens hensikt	<p>Målet med studien var å utforske menns erfaringer og oppfatninger med å ha en infertilitetsdiagnose og å motta fertilitetsbehandling. Studien ville undersøke påvirkningen av mannens rolle, kontroll og livskvalitet under disse prosessene.</p>
Keywords	<p>Control beliefs, involuntary childlessness, men, qualitative, role concepts, social support</p>

Metode	<p>Utvalg: 13 menn rekruttert fra venterommet på fertilitetsklinikken tilhørende Heidelberg University Hospital.</p> <p>Datainnsamling: Semistrukturerte intervjuer der mennene ble spurt om prosedyrer og behandling med spesielt fokus på følelsen av kontroll, rollekonseptet og livskvalitet.</p> <p>Analyse: Alle intervjuene ble innspilt digitalt, transkribert ordrett og deretter analysert ved hjelp av grounded theory metoden.</p>
Resultat	<p>Menn følte at deres hovedoppgave var å være støttespiller for kvinnen gjennom behandlingsprosessen.</p> <p>Det var vanskelig å se kvinnen gå gjennom de fysiske påkjenningene av behandlingen, og menn kjente på skyldfølelse, spesielt om infertiliteten skyltes en mannlig faktor.</p> <p>De fleste mennene som ble intervjuet følte at de hadde svært lite kontroll over situasjonen. De følte også på en «kamp mot klokken» siden sjansene for å bli foreldre ble dårligere etter hvert som paret ble eldre. De la sin lit til helsepersonell og stolte på deres kompetanse og rådgivning.</p> <p>Infertilitetens påvirket livskvaliteten i ulik grad hos mennene. I hvilken grad livet ble påvirket var avhengig av ulike faktorer, som hvor lenge paret hadde prøvd å få barn og tilgjengelighet på sosial støtte. Menn påpekte at å bli far ville ha en stor positiv påvirkning i livet deres.</p>
Relevans	<p>I mye av forskningen på ufrivillig barnløshet er kvinnen i fokus, siden det i hovedsak er kvinnen behandlingen rettes mot. I min oppgave ønsker jeg å belyse parets opplevelse, og det er derfor viktig at den mannlige partnerens tanker og opplevelser kommer godt frem. I den aktuelle studien går forfatterne i dybden på menns opplevelser, noe som gir verdifull informasjon til oppgaven.</p>

Referanse	<p>Petersen, G.L., Blenstrup, L.T., Peterson, B.D., Knudsen, L.B. og Schmidt, L. (2015). Impact of childlessness on life and attitudes towards continuation of medically assisted reproduction and/or adoption. <i>Human Fertility</i>. 18 (2), 121-127. DOI: 10.31.09/14647273.2015.1006691.</p>
Studiens hensikt	<p>Undersøke sammenhenger mellom barnløshetens innvirkning på livet og kvinner og menns holdninger til å fortsette fertilitetsbehandling og/eller å søke adopsjon hos par uten felles barn. Et annet mål var å undersøke samsvaret mellom kvinner og menns holdninger til å fortsette behandling eller å søke adopsjon etter et år med fertilitetsbehandling uten å ha oppnådd graviditet.</p>

Keywords	Adoption, assisted reproductive technology, decision-making, family formation, infertility
Metode	<p>Utvalg: Deltakerne var par som skulle starte behandling med assistert befruktning. De ble rekruttert fra fire offentlige sykehus og en privat fertilitetsklinikk i løpet av 2000-2001. Studien representerer 302 barnløse par som ikke hadde oppnådd graviditet etter et år.</p> <p>Datainnsamling: Alle deltakere fylte ut et spørreskjema ved oppstart av behandling og et nytt spørreskjema et år senere.</p> <p>Analyse: Beskrivende statistikk ble uttrykt som tall og prosent. Både eksponering og resultatvariabler ble analysert separat for kvinnelige og mannlige respondenter.</p>
Resultat	<p>Flere kvinner enn menn erfarte at barnløsheten påvirket livet i stor grad med tanke på evnen til å takle dagliglivet, å være i arbeid samt å delta i sosialt fellesskap.</p> <p>Etter et år ville majoriteten av både menn og kvinner fortsette behandling mens mindretallet ønsket å starte en adopsjonsprosess. Av de respondentene som mente at barnløsheten hadde en stor påvirkning av daglig-, jobb- og sosialliv var flere menn enn kvinner positive for adopsjon.</p>
Relevans	I studien kommer det frem statistikk over infertilitets påvirkning av dagliglivet. Det kan styrke oppgaven at erfaringene til en stor gruppe kvinner og menn kommer frem. Det kommer også frem hvordan mange kvinner og menn ser på veien videre etter et år med mislykket behandling, noe som også bør belyses i oppgaven.

Referanse	Elmerstig, E og Lundin, U. (2015). «Desire? Who needs desire? Let's just do it!» - a qualitative study concerning sexuality and infertility at an internet support group. <i>Sexual and Relationship Therapy</i> . 30 (4), 433-447. DOI: 10.1080/14681994.2015.1031100.
Studiens hensikt	Målet med studien var å undersøke hvilke seksuelle problemer som ble beskrevet på støttegrupper for ufrivillig barnløse på internett, samt hvilken type seksualitetsrelatert støtte det ble bedt om, eller gitt, i disse gruppene.
Keywords	Coping, infertility, internet, sexuality, sexual problems, support group.
Metode	Utvalg: Utvalget var basert på deltakere ved et online, svensk diskusjonsforum om infertilitet.

	<p>Datainnsamling: Over en periode på en måned ble 10700 diskusjonstråder eksaminert manuelt. 100 tråder som handlet om infertilitet og seksuelle problemer ble valgt ut sammen med tilhørende diskusjonsposter.</p> <p>Analyse: Diskusjonstrådene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.</p>
Resultat	<p>Å bli gravid viste seg å være det mest fremtredende, ofte eneste, motivet for seksuell aktivitet for parene. Nytelse var lite viktig og ofte helt fraværende som motiv for seksuell omgang.</p> <p>Å fungere seksuelt ble beskrevet som essensielt, siden ereksjon, utløsning og samleie var nødvendig for å oppnå graviditet. Kvinnen la en plan for når og hvor ofte paret skulle ha samleie i forbindelse med egglosningstidspunktet. Menn opplevde prestasjonsangst ved slike planlagte samleier, som igjen påvirket seksuallivet negativt. Kvinner kunne føle meningsløshet og frustrasjon når samleiet ikke lot seg gjøre som planlagt, for eksempel ved mangel på ereksjon.</p> <p>Seksuallivet ble mer «teknisk» og fokuset var på mulig graviditet. For noen ble seksuell omgang nesten mekanisk, men utført likevel, noe som la press på forholdet. Når paret fikk prøverørsbehandling opplevde paret at seksuallivet var mindre under press, og noen fikk et bedre sexliv. Andre følte at de ikke lengre var nødt til å ha sex. Når noen mistet håpet om graviditet, hadde de mindre sex og følte at å ha et seksualliv var meningsløst.</p> <p>Noen følte at å kunne få biologiske barn var assosiert med å være en «ekte» mann eller kvinne, og når dette viste seg vanskelig ble selvbildet drastisk endret og følelsen av meningsløshet ble styrket ytterligere.</p>
Relevans	<p>Studien viser at ufrivillig barnløshet har en stor negativ påvirkning på parets seksualliv og forhold generelt. Seksualitet er et tema som ofte ikke tas opp av sykepleier i møte med pasienter. Studien kan anvendes i oppgaven for å belyse dette temaet og for å vise viktigheten av at sykepleier informerer og støtter paret i forhold til seksuell helse.</p>

Referanse	<p>Wischmann, T., Schilling, K., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., Wohlfarth, K. og Kentenich, H. (2014). Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. <i>Geburtshilfe Frauenheilkd.</i> 74 (8), 759-763. DOI: 10.1055/s-0034-1368461</p>
Studiens hensikt	<p>Å undersøke seksuallivet og atferden til infertile menn og kvinner før og etter det gjensidige ønsket om å få barn dukket opp.</p>
Keywords	<p>Infertility, sexual dysfunctions, partnership quality, self-esteem, confidence</p>
Metode	<p>Utvalg: Par som skulle starte behandling på et sykehus og et fertilitetssenter ble rekruttert. Totalt 158 kvinner og 153 menn deltok i</p>

	<p>studien.</p> <p>Datainnsamling: Før den første medisinske konsultasjonen fylte parene ut spørreskjemaet «Self-Esteem and Relationship Questionnaire» (SEAR), som måler selvtillit samt tilfredshet i parforholdet og seksuallivet.</p> <p>Analyse: Responsen ble analysert via frekvens- og prosentberegninger, middelerverdier, standardavvik og t-test for avhengige og uavhengige prøver ved hjelp av statistikkprogrammet SAS 9.2.</p>
Resultat	<p>Resultatene viste at infertilitet hadde hatt en signifikant negativ påvirkning av selvtilliten og seksuallivet. Det var spesielt klare indikasjoner på at spontaniteten i seksuallivet var borte, og at infertiliteten påvirket kvinnenes selvtillit negativt. Kvinner rapporterte at infertiliteten påvirket selvtilliten og seksuallivet i større grad enn menn.</p>
Relevans	<p>I studien er det brukt spørreskjema for å identifisere hvordan seksuallivet blir påvirket hos ufrivillig barnløse par. Jeg ønsker å bruke artikkelen til å belyse viktigheten av at sykepleier er bevisst på infertilitet sin innvirkning på parets seksuelle helse.</p>

Vedlegg 9:

Søkehistorikk

Dato	Søkeord	Avgrensninger	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
10.11.17	Infertile couples AND Experiences OR Perceptions OR attitudes OR views	2012-2017, Full text	Cinahl Complete	142	21	4	1. Nordic couples' decision-making processes in anticipation of contacting a fertility clinic.
15.12.17	Involuntary childlessness AND Couples AND Experiences	2012-2017, Full text	Cinahl Complete	25	5	3	2. Exploring involuntary childlessness in men – a qualitative study assessing quality of life, role aspects and control beliefs in men's perception of the fertility treatment process. 3. Impact of childlessness on life and attitudes towards continuation of medically assisted reproduction and/or adoption.
17.12.17	Assisted reproduction AND Couples AND Experiences	2012-2017, Full text	Cinahl Complete	121	27	5	4. Assisted reproductive technology – IVF treatment in Ireland: A study of couples with successful outcomes. 5. Time experience during the assisted reproductive journey: a phenomenological analysis of Italian couples' narratives.
20.12.17	Infertility OR Childlessness AND Experiences	2012-2017, Full text	Cinahl Complete	34	9	2	6. «Desire? Who needs desire? Let's just do it!» - a qualitative study concerning sexuality and infertility at an internet support group
20.12.17	Infertility OR Infertile AND Couples AND Experience	2012-2017, Full text	Pubmed	40	3	1	7. Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men
21.12.17	Infertility AND Experiences	2012-2017, Full text	Pubmed	437	12	1	8. Women's experiences of infertility – towards a relational model of care