

SPL 3901

Kull 06HBSPLH

Bacheloroppgave

Gruppe: 636

Hvordan kan sykepleieren fremme mestring hos ufrivillige barnløse par under IVF behandling?



Høgskolen i Gjøvik

institutt for sykepleie

Mai 2009

Antall ord: 10202

SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen

Kull 06HBSPLH

Gruppe nr: 636

Dato 05.05.2009

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

Norsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

”Hvordan kan sykepleieren fremme mestring hos ufrivillig barnløse par under IVF behandling?”

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

How can the nurse promote coping abilities with involuntary childless couples undergoing IVF treatment?

Sammendrag

Oppgaven handler om hvordan sykepleiere kan fremme mestring hos ufrivillige barnløse par som er under IVF behandling. Oppgaven legger vekt på krise, stress og lidelse og hvordan sykepleieren kan fremme håp og mestring hos denne pasientgruppen. Oppgaven inneholder også teori om sykepleierens pedagogiske funksjon. Joyce Travelbees sykepleieteori er brukt underveis.

Nøkkelord

Infertilitet, IVF, mestring, krise, Joyce Travelbee

Innhold

1.0 Innledning	s.5
1.1 Problemstilling	s.5
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling	s.5
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	s.5
1.4 Oppgavens oppbygging.....	s.6
2.0 Metode	s.7
2.1 Valg av metode	s.7
2.2 Kildekritikk	s.8
3.0 Teori	s.9
3.1 Infertilitet og IVF behandling	s.9
3.1.1 Definisjon av infertilitet.....	s.9
3.1.2 Årsaker	s.9
3.1.3 IVF behandling	s.11
3.1.4 Komplikasjoner ved IVF behandling.....	s.14
3.1.5 Lovgivning og kostnader	s.15
3.2 Psykososiale konsekvenser av infertilitet og IVF behandling	s.16
3.2.1 Krise, sorg og depresjon.....	s.16
3.2.2 Stress og mestringsstrategier.....	s.18
3.2.3 Isolasjon og konsekvenser for samlivet	s.19
3.2.4 Mestring	s.20
3.3 Joyce Travelbees sykepleieteori	s.22
3.3.1 Sykepleie	s.22
3.3.2 Lidelse	s.22
3.3.3 Håp.....	s. 24

3.4 Samtale, undervisning og veiledning	s.26
4.0 Drøfting	s.28
4.1 Å skape et menneske til menneske forhold.....	s.28
4.2 Å gi informasjon og veiledning	s.29
4.3 Å møte mennesker i krise.....	s.32
4.4 Å mestre stress, lidelse og sorg	s.33
4.5 Å fremme håp.....	s.36
5.0 Konklusjon	s.38
6.0 Etterord	s.40
Litteraturliste	s.41
Vedlegg 1	s.44

1.0 Innledning

1.1 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleieren fremme mestring hos ufrivillig barnløse par under IVF behandling?”

1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Vi ønsket å skrive om infertilitet, og endte opp med denne problemstillingen på grunn av interesse for psykiske utfordringer under behandlingen. Tema ble valgt på bakgrunn av personlige interesser og fordi vi har hatt lite gynekologiundervisning på skolen. Infertilitet er et bredt tema med mange sykepleiefaglige utfordringer. Det finnes lite norsk sykepleielitteratur i forhold til infertilitet, og vi syntes det var interessant å finne ut mer om dette gjennom hospiteringspraksis.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Når vi skulle skrive om årsakene til infertilitet fant vi mye litteratur. For å begrense omfanget har vi derfor valgt kun å gjøre kort rede for de mest vanlige årsakene. Vi har latt være å ta med hvordan tilstanden utredes og diagnostiseres i og med at dette er en legeoppgave, og vi vil fokusere på det psykiske aspektet hos pasienter som har kommet til behandlingsstadiet. Det finnes mange behandlingsalternativer for ufrivillige barnløse. Vi har valgt å begrense oss til å skrive om IVF, som står for in vitro fertilisering, på grunn av oppgavens omfang og for å få større dybdeforståelse for denne metoden.

1.4 Oppgavens oppbygning

Vi begynner med å definere begrepet infertilitet og gjør kort rede for årsaker. Videre beskriver vi forløpet i IVF behandlingen og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå. Vi har også et kort kapittel om lovgivning og kostnader.

For å få en forståelse av hvordan IVF behandling fungerer, bør man også ha kunnskap om kvinnens normale eggproduksjon og hormonsyklus, men siden vi har hovedvekt på det psykiske bruker vi dette kun som vedlegg (vedlegg nr.1).

For mange er infertilitet en livskrise og vi har derfor brukt kriseteori for å prøve og forstå hvordan dette oppleves. Vi har også benyttet oss av teori om stress og mestring. Vi sier noe om hvilke konsekvenser behandlingen kan få for samlivet, og sosial omgang med andre. Underveis i oppgaven er vi inne på hvordan infertilitet oppleves, men hovedfokuset er på par som er under behandling. Vi har valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori siden vi mener det hun sier om lidelse og håp er relevant for problemstillingen vår.

I drøftingsdelen vil vi prøve å komme frem til hvordan sykepleieren kan hjelpe det infertile paret til å mestre utfordringer underveis i behandlingen. Vi vil drøfte sykepleierens undervisende rolle og hvordan det er mest hensiktsmessig at hun bruker denne overfor IVF pasienter. Vi vil også drøfte hvordan sykepleieren kan fremme gode mestringsstrategier og håp, samtidig som hun lindrer lidelsen hos denne pasientgruppen.

2.0 Metode

I følge Dalland (2006, s.71) har Vilhelm Aubert formulert en metode slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”

Metoden forteller hvordan man har tenkt å gå til verks for å hente frem eller etterprøve kunnskap.

2.1 Valg av metode

For å få svar på problemstillingen har vi valgt å bruke en litteraturstudie som vi belyser med hospiteringserfaringer. Hovedgrunnen til dette er at vi har liten tid til disposisjon til å bruke mer omfattende metoder. I forhold til oppgaven er det også etiske begrensninger i forhold til at vi ikke får intervju pasientene direkte. Grunnen til dette er at vi på bachelornivå ikke har nok kunnskaper om forskningsprosessen. Vi har valgt å ha uformelle samtaler med personalet vi treffer under hospiteringen, siden intervju krever mer planlegging og godkjenning i forkant.

Vi har valgt litteratur ut i fra hva forskning sier om emnet. Vi har brukt pensumlitteratur, men også selvvalgt litteratur. Selvvalgt litteratur har vi hentet frem ved hjelp av databasen BIBSYS. Valgte søkeord er: *infertilitet, håp, mestring, assistert befruktning*. Vi har søkt etter aktuelle artikler gjennom databasene SveMed+, British Nursing Index, PubMed, samt har vi brukt søkemotoren Google med søkeordene: *Infertility, nursing, IVF, hope, coping*.

Vi har valgt å hospitere i både privat og offentlig sektor for å få bedre innsikt i behandlingalternativene. Vi har hospitert på den private infertilitetsklinikken Aleris og Kvinneklinikken på Rikshospitalet. Dette har gitt oss kunnskap om både behandlingen og sykepleierens rolle.

2.2 Kildekritikk

Siden flere av bøkene vi har funnet er fra 1980-tallet, blant annet Sundby (1989), har vi måtte søke opp aktuelle artikler. På grunn av at denne litteraturen er av nyere dato er den også mer relevant og har større faglig tyngde. De fleste artiklene vi har funnet har vært engelskspråkelig og det kan derfor ha oppstått feiltolkninger fra vår side.

I utgangspunktet søkte vi etter primærlitteratur, men vi har ved visse tilfeller måtte benytte oss av sekundærkilder. I og med at vi har brukt noe sekundærlitteratur kan det ha ført til endring i litteraturens opprinnelige mening i og med at vi kan ha feiltolket den.

Det var vanskelig å finne ny og oppdatert faglitteratur som direkte handlet om IVF. Det meste vi fant av artikler var kun indirekte relatert til IVF, f. eks forskning på hvordan kvinner hadde det ti år etter behandling og lignende, eller lite utfyllende artikler. Vi har derfor måttet hente fra flere kilder og også tilføye med informasjon og kunnskap vi har fått under hospiteringspraksis.

Det har også vært vanskelig å finne litteratur som er direkte knyttet til problemstillingen vår. Vi har derfor brukt generell kriseteori og teorier om stress og mestring og knyttet dette opp mot problemstillingen.

I teoridelen om Joyce Travelbee har vi bruk hennes bok som er oversatt til norsk. Vi vet ikke noe om hvor bra boka er oversatt i og med at vi ikke har den på det opprinnelige språket, men innholdet vil stort sett være det samme til tross for at noe kan være feil oversatt.

3.0 Teori

3.1 Infertilitet og IVF behandling

3.1.1 Definisjon

Infertilitet innebærer ufrivillig barnløshet. Et par sies å være infertile etter å ha forsøkt å oppnå graviditet i 1-2 år uten å lykkes, uavhengig av årsak. En skiller også mellom primær og sekundær infertilitet. Ved primær infertilitet har paret aldri oppnådd graviditet, mens ved sekundær infertilitet har kvinnen tidligere vært gravid, men ikke blir gravid på ny (Almås 2001, s.1025).

3.1.2 Årsaker

I følge Almås (2001) er de mest vanlige årsakene til infertilitet hos kvinnen anatomiske hindringer i form av adheranser, svulster i kjønnsorganene, hormonell svikt, infeksjoner som skaper ugunstige fysiologiske forhold eller tidligere infeksjoner som har skapt arrdannelse. Kvinnen kan også ha en defekt i cervixslimet som gjør at det ikke transporterer sædcellene på en tilfredsstillende måte.

Tette eggledere er i de fleste tilfeller en konsekvens av en gjennomgått salpingitt. Salpingitt kan forårsakes av blant annet chlamydia og gonoré, og er en betennelse i egglederne som kan skape arrdannelse og sammenvoksninger i og rundt egglederne. I følge Almås (2001) blir ca 10-40 % av alle som har hatt salpingitt infertile og risikoen øker ved residiv.

I følge E. Ekerhovd (2005) er ufrivillig barnløshet vanlig hos kvinner som rammes av polycystisk ovariesyndrom. PCOS er en hormonell forstyrrelse som fører til at modningen av eggene ikke fungerer som vanlig, eggene blir til væskefylte hulrom (cyster) og eggløsningen uteblir.

Samtidig vet vi at alder spiller en sentral rolle i kvinnens fertilitet ved at den er synkende jo eldre kvinnen blir. I følge Bergsjø m. fl (2004) er ca 10 % av kvinner over 35 år infertile og etter 40 års alderen har tallet steget til 33 %. Etter fylte 40 år er omtrent 99 % infertile. Mannens sædcelleproduksjon kan derimot være inntakt til 60- 70 årene.

Endometriose er en sykdom der celler fra livmorslimhinnen utvikler seg utenfor livmoren Mer enn 1/3 av kvinnene som har denne uregelmessige slimhinneveksten er infertile (Almås 2001, s. 1055).

I følge Gudim (2008) er redusert sædkvalitet hyppigste årsak til infertilitet hos mannen, hvor over 70 % er ideopatisk (uforklarlig, redusert sædkvalitet). Redusert sædkvalitet kan skyldes livsstil, testikkelinfeksjon ved kuma, tette sædledere, medfødte sykdommer som f. eks kromosomfeil eller utilstrekkelig hormonproduksjon i hypofysen. Ved oligozoospermi er det redusert antall sædceller og en skiller mellom mild, moderat og alvorlig etter hvor mange levedyktige sædceller en finner i sædprøven. Ved asthenozoospermi er det redusert spermotilitet. Det vil si mindre enn 50 % bevegelse, eller mindre enn 25 % med *god* bevegelse. Ved azoospermi er det ingen sædceller i sædvæsken, mens det ved aspermi ikke blir utviklet sædceller i testiklene i det hele tatt. Teratozoospermi betyr at det er mange unormale sædceller i sædvæsken (Helse Fonna, 2009). Dersom mannen har sterkt nedsatt sædkvalitet eller mangler produksjon av sædceller betegnes han som steril.

Psykogene faktorer kan føre til dysfunksjoner, det samme kan dårlig helse, immunologiske sykdommer og problemer med å gjennomføre samleie på grunn av fysiske årsaker som lammelser. Livsstil i forhold til inntakt av alkohol og røyking, og både for lav og høy kroppsvekt, kan også være en medvirkende årsak til infertilitet hos begge kjønn (Almås 2001).

3.1.3 IVF behandling

IVF er en forkortelse for in vitro fertilisering, som innebærer at egg som er hentet ut fra eggstokkene til kvinnen legges sammen med spermier fra mannen i et ”prøverør” hvor befruktning kan skje (Helse og omsorgsdepartementet). IVF behandling er i følge Bergsjø m.fl (2004) aktuelt for kvinner med tubarfaktor og gir også gode resultater ved endometriose, redusert sædkvalitet og uforklarlig infertilitet.

IVF behandlingen kan deles inn i flere faser; hormonstimulering, uthenting av egg, befruktning, tilbakesetting av embryo og tiden etter innsetting.

Ved infertilitetsbehandling i form av in vitro fertilisering stimuleres ovariene med gonadotropiner for å få flere egg til befruktning (G. Ertzeid, 2001). For å styre hormonstimuleringen gis det vanligvis det som kalles nedregulering. Nedregulering blir brukt for å undertrykke pasientens egen utskillelse av hormoner fra hypofysen slik at man unngår for tidlig eggløsning hos kvinnen, og for å gjøre det lettere å kontrollere tidspunktet for uthenting av eggene.

Når man benytter seg av nedregulering blir kvinnen gitt det som kalles GnRH-agonist i form av neseppray. Kvinnen starter med agonisten ca. en uke før hun forventer menstruasjon (Barber, 1994). I følge sykepleier ved Rikshospitalet gjør dette at kvinnen kommer i en reversibel, kunstig overgangsalder som kan innebære bivirkninger som hodepine, hetetokter, tretthet, tørre slimhinner og humørsvingninger. Etter 2-3 uker med nedregulering begynner hun i tillegg med FSH- stimulering i form av hormonsprøyter for å stimulere veksten av antallet follikler.

Nedregulering er det som i følge sykepleier på fertilitetsklinikken Aleris gir det beste resultatet, men noen pasienter og spesielt eldre kvinner eller de med tidligere dårlig respons på ordinær hormonstimulering, kan ha bedre resultater med andre stimuleringsregimer. Ved de andre alternativene for stimulering gis en GnRH antagonist i kombinasjon med FSH. Antagonisten fører til en øyeblikkelig undertrykkelse av kvinnens egen hormonproduksjon av FSH og LH.

FSH behandlingen starter andre eller tredje menstruasjonsdag og etter 5-7 dager med FSH stimulering begynner hun med antagonisten.

Underveis i behandlingen med FSH gjennomgår kvinnen en eller flere ultralydkontroller gjennom skjeden for å følge utvikling og vekst av antall egg. I følge fertilitetsklinikken Aleris vil det på dag ni i behandlingen bli gjort en ultralydundersøkelse for å vurdere antall og størrelse på folliklene, og de kan da se om eggene er klare. Etter 10-14 dager med FSH stimulering er eggene som regel klare til å hentes ut. Når de største folliklene er ca 18-20 millimeter i diameter settes eggløsningssprøyten, som er et humant chorion gonadotropin (hCG), subkutan. Dette avslutter eggmodning og setter i gang eggløsningen etter ca 35 timer, og eggene må hentes ut før kvinnen får eggløsning.

Den neste fasen består av egguthenting og levering av sædprøve. Samme dag som kvinnens egg hentes ut leverer mannen en sædprøve. Etter en spesiell anrikningsprosess som kalles "swim-up" teknikk tar man vare på de mest bevegelige sædcellene (Bergsjø mfl 2004). I følge fertilitetsklinikken Aleris bør ikke mannen ha hatt sædavgang de siste to dagene før levering av sædprøve, men det bør heller ikke ha gått mer en syv dager siden siste sædavgang.

Selve egguthenting tar ca. 15 minutter og gjøres ved hjelp av ultralyd via skjeden. Inngrepet kan være smertefullt så kvinnen får smertestillende medikamenter. Ved Rikshospitalet får kvinnen Stesolid og Rapifen intravenøst, og beroligende dersom det er behov. Ved Aleris får hun premedikasjon i form av Midazolam, som er et beroligende medikament, og Orudis som er smertestillende, mens det like før egguthenting blir satt lokalbedøvelse i sidene av livmørtappen. Under inngrepet føres en tynn nål inn i eggstokkene og hver follikkel blir aspirert. Væsken som aspireres blir umiddelbart undersøkt under mikroskop for å se om den inneholder egg. Når man finner egg plasseres de i et dyrkningsmedium i en inkubator. I følge fertilitetsklinikken Aleris får de i gjennomsnitt 8-10 egg per egguthenting, men antallet kan variere fra kvinne til kvinne.

I den neste fasen skjer selve befruktningen av egget i laboratoriet, dette blir gjort fire-fem timer etter egguthenting. Hvert medium med en eggcelle tilsettes ca 100 000 sædceller og etter ca 18 timer kan man se om egget har blitt befruktet. Vellykket befruktning ses ved at eggets cytoplasma inneholder to cellekjerner (Barber, 1994). Under dyrkingen av eggene vurderes de nøye under mikroskop og dyrkingsmediene og forholdene i inkubatoren er mest mulig lik forholdene i eggstokkene med riktig temperatur, fuktighet og surhetsgrad.

To dager etter egguthenting blir det vurdert om eggene har en normal celledeling. I Norge er det mest vanlig med tilbakeføring andre eller tredje dag etter egguthenting. Normale, befruktede egg på 4-8 cellestadiet føres så inn i livmoren med kateter (Bergsjø mfl 2004). Selv om sjansene for graviditet øker med antall egg, settes det maks inn to befruktede egg om gangen. Flere embryo kan føre til flere fostre noe som kan gi kompliserte graviditeter med fare for tidlig fødsel (ibid.). Fertilitetsklinikken Aleris gir likevel unntaksvis kvinner over 40 år tilbud om å få tilbake tre embryo. Rikshospitalet setter som regel kun tilbake ett embryo, dersom ikke legen av spesielle årsaker mener kvinnen har større sannsynlighet for graviditet med tilbakeføring av to.

I følge Aleris vil det under tilbakeføringen trekkes embryo inn i et tynt plastrør som så føres opp via skjeden og livmorhalsen til livmorhulen, hvor embryoet plasseres. Tilbakeføringen er veiledet av ultralyd slik at man kan se at det befruktede egget blir riktig plassert.

I den siste fasen foregår etterbehandlingen. Når embryoet er tilbakeført i kvinnens livmor får kvinnen tilskudd med progesteron via vagitorie, sprøyte eller gel. Progesteron skal være med å bygge opp livmorslimhinnen slik at vekstforholdene for embryoet skal være optimale. Dersom kvinnen får menstruasjon etter ca 14 dager er forsøket mest sannsynlig mislykket. Dersom menstruasjonen uteblir kan det være tegn på vellykket behandling og kvinnen bør ta en graviditetstest. Både Aleris og Rikshospitalet tilrår alle til å ta graviditetstest etter 14 dager, på grunn av at man ofte kan være gravid selv om man har fått blødning.

Et alternativ til IVF behandling er det som kalles mikroinjeksjon (ICSI). Selve framgangsmåten for paret er lik, men befruktningen av eggcellen skjer ved at en enkelt sædcelle settes direkte inn i eggcellen. Dette blir i følge (Bergsjø m.fl 2004) brukt ved betydelig nedsatt sædkvalitet og dersom tidligere IVF forsøk ikke har vært vellykket.

3.1.4 komplikasjoner ved IVF

Under hormonbehandlingen kan kvinnen oppleve en del ufarlige bivirkninger, men en sjelden gang kan det som følge av hormonstimuleringen også oppstå det som kalles overstimuleringssyndrom. Overstimuleringssyndrom deles inn i mild, moderat og alvorlig ettersom hvilke symptomer kvinnen får. Ved milde former er eggstokkene forstørret på grunn av mange eggposer og kvinnen opplever symptomer som abdominalsmerter, kvalme og oppkast. Ved moderate former er det i tillegg opphoping av ascitesvæske og kvinnens allmenntilstand kan være svært påvirket. Ved den mest alvorlige formen er det i tillegg til kliniske tegn på ascites og/ eller hydrothorax, elektrolyttforstyrrelser, koagulasjonsforstyrrelser og nedsatt nyre og leverfunksjon (Gynekologisk – obstetrisk avdeling, Hvidovre Hospital, 2007).

Som ved andre kirurgiske prosedyrer kan det ved egguthenting oppstå komplikasjoner som blødning eller infeksjon. Blødning kan ses under og etter inngrepet fra eggstokkene eller øverst i skjeden. De fleste blødningene er små og ufarlige, men i følge Fertilitetsklinikken Aleris kan det i sjeldne tilfeller være behov for overvåking på sykehus.

3.1.5 Lovgivning og kostnader

Bruk av assistert befruktning er regulert i Bioteknologiloven. I loven står det hvem som kan få behandling og hva de befruktede eggene kan brukes til. Tidligere var det i følge Bioteknologiloven kun kvinner som var gift eller samboende i et ekteskapslignende forhold med en mann som fikk assistert befruktning. Fra 1.januar 2009 trådte den nye ekteskapsloven i kraft og dette åpnet også for at lesbiske par kan få assistert befruktning (Barne og Likestillingsdepartementet, 2009). Paret må enten være infertile eller ha en alvorlig, arvelig sykdom som de ikke ønsker å videreføre. Loven sier også at de eggene som ikke blir benyttet kan fryses, men at de må kastes etter 5 år dersom paret velger og ikke bruke dem (Bioteknologilova, kap. 2).

Det offentlige dekker inntil tre forsøk og det er en egenandel på 1500,- ved hvert forsøk. Egenandelen på medisiner ved alle tre forsøkene er 15 000,-, mens alt over dette vil bli refundert av NAV (NAV 2009). De maksimale kostnadene paret må betale ved behandling i det offentlige er altså 19 500,-. Til sammenligning koster en enkelt behandling på privatklinikken Aleris 24 000,-. Dette inkluderer tilbakeføring og nedfrysing av egg, men medikamenter er ikke inkludert i prisen (Fertilitetssenteret Aleris, prisliste pr 2008).

3.2 Psykososiale konsekvenser av IVF behandling

Å gjennomgå IVF behandling kan føre til fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser, samt få konsekvenser for parets samliv. På grunn av alle påkjenningene beskriver Sherrod (2004) infertilitet som krise, stress og sorg. Vi vil videre ta utgangspunkt i dette og beskrive det nærmere.

3.2.1 Krise, sorg og depresjon

Sherrod (2004) beskriver infertilitet som en krise i forhold til avbrudd av det mange ser på som et normalt livsforløp, fra barndom, ungdomsalder og fram til voksenlivet med foreldrerollen som sentral. Når individet opplever ufrivillig barnløshet opplever de dermed en livskrise i forhold til at infertiliteten truer denne normale utviklingen.

I følge Håkonsen (2006) utløses en krise vanligvis av situasjoner eller opplevelser som er forbundet med tap og krenkelser. Det kan være objekttap som kan relateres til å miste noe eller noen som har betydning for oss, men tap kan også være mer subjektivt i form av å miste selvrespekt og selvtillit. Mange opplever ufrivillig barnløshet som en livskrise i forhold til tap av drømmer og eget selvbilde i forhold til kjønnsroller og samfunnets forventninger til mannen og kvinnen som ”reproduktive”. I følge Sherrod (2004) kan mange individers opplevelse av infertilitet sammenlignes med sorgprosessen en kan oppleve ved et stort tap. For par som har et sterkt ønske om barn kan infertilitet oppleves som en stor livssorg. Livssorg innebærer sorg over å være barnløs og ute av stand til å videreføre familien. Livssorgen kan også relateres til parforholdet og deres manglende evne til å bekrefte det gjennom å få et eget barn.

De fleste mennesker reagerer i en krise med sorg, depresjon og en følelse av oppgitthet. Mange opplever også en kraftig følelse av angst og usikkerhet (Håkonsen 2006, s.300). Usikkerhet kan for ufrivillig barnløse dreie seg om usikkerhet på fremtiden og de kan føle oppgitthet på grunn av at de er i en situasjon de har lite kontroll over. En studie utført av Baik Seok Kee m.fl (1999) fant ut at infertile kvinner har økt risiko for å utvikle depressive symptomer.

Symptomer på angst og depresjon var mest fremtredende hos kvinner som skulle gjennomføre den første behandlingen og hos kvinnene som ikke hadde lyktes etter flere forsøk. Depresjon er i følge Håkonsen (2006) en følelsesmessig tilstand som utvikles fra en opplevelse av å være mislykket og utilstrekkelig og utvikles ofte hos pasienter som opplever vanskelige livssituasjoner som tap og sorg. I følge Sundby (1989) kan depresjon i forhold til infertilitet blant annet relateres til tapsopplevelsen kvinnen opplever når hun mister det indre bilde av seg selv som mor.

I følge Håkonsen (2006) er støtten fra andre ofte avgjørende for at en krise skal få et gunstig forløp. Håkonsen (2006) sier at det er viktig å være oppmerksom på situasjoner som kan utløse en krisereaksjon og kunne vite når mennesker er i krise. For å støtte noen i krise sier Håkonsen (2006) at det å lytte og å være tilstede er viktig. Det er også viktig å normalisere reaksjonene som kommer, samt akseptere disse. Etter en tid vil det også være aktuelt å hjelpe individet til å se muligheter og løsninger. For å hjelpe noen gjennom en krise er det også viktig å sørge for sosial støtte slik at personen har noen å snakke med bekymringene sine om (Håkonsen, 2006).

I følge Håkonsen (2006) vil individer i krise søke å finne tilbake til de grunnleggende elementer som skaper stabilitet og trygghet i tilværelsen og for mange infertile par kan dette innebære at de velger å prøve IVF behandling. Håpet om å lykkes med behandling kan være med på å skape denne stabiliteten og tryggheten i tilværelsen som Håkonsen snakker om.

3.2.2. IVF behandling og Stress

I følge Coleman & Nonacs (2009) viser flere studier at behandling av infertilitet innebærer økt forekomst av angst, depresjon og stress. Og i følge tidsskriftet Medical News Today (2007) viser også studier at IVF behandlingen og spesielt hormonstimuleringen av kvinnen kan være svært stressende.

Sherrod (2004) sier at det er mange årsaker til at infertile opplever stress under behandling. Paret opplever blant annet stress i forhold til konkrete ting som at behandlingen er tidkrevende og krever planlegging, samt økonomiske bekymringer i forhold til at det er en dyr behandling. Samtidig opplever de følelsesmessig stress ved at de hele tiden blir mint på at de er barnløse og at de må utlevere intime detaljer om privatlivet sitt med legen og sykepleierne. Hormonstimuleringen oppleves stressende av kvinnen i forhold til planlegging av dagliglivet, men kan også skape stress siden de er engstelige for å gjøre feil slik at hormonbehandlingen skal mislykkes.

I følge Kristoffersen m.fl (2006, bind 3) er stress en betegnelse for ulike typer belastninger som mennesket utsettes for. IVF behandling kan oppleves som en belastning både fysisk og psykisk. I følge Kristoffersen m. fl (2006) definerer Lazarus og Folkman (1984) psykologisk stress som en stressreaksjon en person opplever når en situasjon er farlig eller belastende. Situasjoner der en mangler innflytelse over det som skjer, oppleves vanligvis som svært truende (Kristoffersen m. fl, 2006, bind3,s. 220). For pasienter som får IVF behandling er situasjonen veldig usikker og de mangler kontroll over utfallet av behandlingen.

3.2.3 Isolasjon og konsekvenser for samlivet under IVF behandling

I følge Sundby (1989) vil infertilitet påvirke samlivet i negativ retning. Sherrod (2004) sier at i tilfeller hvor årsaken til infertiliteten ligger hos den ene partneren kan det være en stor belastning for parforholdet. Den infertile kan være i en konstant frykt for å bli forlatt av den andre, mens den fertile kan klandre eller føle sinne ovenfor den infertile.

For par som er under behandling er det også noen ganger en forskjell i motivasjonen for å få barn. Det er i mange av disse tilfellene kvinnen som uttrykker størst behov og hun kan føle frustrasjon ovenfor mannen. I noen tilfeller har også den ene parten barn fra tidligere forhold noe som kan påvirke deres motivasjon for behandling.

Sundby (1989) sier også at mange infertile par opplever periodevis seksuelle konflikter og problemer. Dette kan skyldes at seksuallivet ikke lenger er til for å glede hverandre, men kun i den egenskap å lage barn. I følge Sundby (1989) ødelegges seksuallivet til mange par på grunn av det hun kaller samleie på kommando. Her er det samleie etter kalenderen og egglosningstester og ikke etter lyst.

I følge Sherrod (2004) sier Gibson og Myers (2000) at infertile kan oppleve tap i forhold til nære relasjoner med partner, venner eller familie fordi de ikke forstår hva individet og paret gjennomgår og de ufrivillige barnløse føler det er lettere å takle barnløsheten ved å distansere seg fra andre.

I følge Kendall (2007) isolerer mange infertile par seg fra omverdenen. Årsaken til dette er smerten ved å se andre par som får barn uten problemer og de mister derfor ofte kontakt med andre i venneflokken som har blitt foreldre. Sundby (1989) sier at isolasjon kan være et uttrykk for mangel på energi og manglende interesse for samvær med andre mennesker. For et par som gjennomgår IVF behandling dreier det meste seg om behandlingen og alt fokuset ligger på parets ønske om å oppnå graviditet. De kan derfor miste noe av perspektivet på andre sider ved livet.

3.2.4. Mestring

I følge Håkonsen (2006) er mestring individets måte å forholde seg til, og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistrivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet. I følge Kristoffersen m. fl (2006) bygger psykologen Richard Lazarus (1984) sin teori om stress og mestring på en forståelse av at det er personens egne tanker om situasjonen han er i som er grunnlaget for hans opplevelse av belastning eller stress. Det er et samspill mellom situasjonen personen befinner seg i, og personen selv som avgjør hvordan han mestrer den. I følge Håkonsen (2006) er støtte fra andre ofte avgjørende for hvordan en krise skal få et godt utfall.

Mestring består av både tanker, følelser og atferd for å takle krav som er større enn de ressursene individet forvalter. Følelser innvirker på mestring og kan både øke og redusere stressopplevelsen (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Følelser kan virke inn på hvordan individet mestrer samtidig som mestring kan ha innvirkning på individets følelser. Moesmand & Kjøllesdal sier også at Lazarus (1999) hevder at personens kontroll har betydning for å oppnå effektiv mestring. Personlig kontroll vil si at personen opplever kontroll over det som skjer i situasjonen og kan forvente og forutsi hva som vil skje. På samme side kan en opplevelse av manglende kontroll øke usikkerhet og føre til mindre effektiv mestring som kan bli til håpløshet. F. eks kan par som skal gjennom IVF behandling oppleve kontroll ved at de får god informasjon om behandlingen og dermed føler at de har ”oversikt” over situasjonen.

Man skiller mellom to hovedformer for mestring av negative følelsesopplevelser, problemfokuset og følelsesfokuset mestring. I følge Håkonsen (2006) vil individet ved problemfokuset mestring ha fokus på situasjonen og søke å endre, avslutte eller løse de vanskelighetene som er forbundet med den. Problemfokuset mestring kan foregå ved at en forholder seg til situasjonen slik den er og prøver å endre den, eller det kan foregå ved at en alternativt endrer sine oppfatninger, tanker og ambisjoner knyttet til situasjonen. For ufrivillige barnløse kan dette innebære at de oppsøker IVF behandling eller at de godtar at de er infertile og i stedet søker å finne andre verdier i livet.

Ved følelsesfokusert mestring vil individet fokusere på de følelsesmessige problemene som er knyttet til situasjonen og søke å redusere ubehaget uten å forandre situasjonen. Følelsesmessige strategier kan være både hensiktsmessige og lite hensiktsmessige. Et eksempel på en god følelsesmessig mestringsstrategi kan være at paret under IVF behandling oppsøker sosial støtte ved å finne noen å snakke med og få forståelse hos. Eksempel på en lite hensiktsmessig mestringsstrategi kan være at de etter mange mislykkede forsøk forneker dette og stadig oppsøker nye fertilitetsklinikker til tross for at det er lite sannsynlighet for at behandlingen skal lykkes.

Benner og Wrubel (1989) sier i følge Kristoffersen m. fl (2005) at mestring gir uttrykk for noe som er individuelt og personlig. Avhengig av hva individet ser på som viktig og betydningsfullt i sitt liv, vil noen måter å mestre på være bedre egnet enn andre. Sykepleieren bør ha som mål at det enkelte mennesket skal mestre sin livssituasjon på tross av sykdom, lidelse og tap (Kristoffersen m. fl 2005).

I følge Kristoffersen m. fl (2006) er håp avgjørende for hvordan mennesker takler sine liv og mestrer livssituasjonen når de erfarer tap, lidelse og usikkerhet. Hva et menneskes håp helt konkret er knyttet til, er avhengig av den enkelte personen og av livssituasjonen (Kristoffersen mfl. 2006, bind.3, s. 177). For et par under behandling vil det være et håp om at den skal lykkes og at kvinnen blir gravid. I følge Kristoffersen m. fl (2006) er håp viktig for menneskets forventninger om framtiden. Det infertile paret har forventninger om å få barn og leve sammen som en familie. Håpet om denne framtiden kan være det som gjør at mange fortsetter behandlingen til tross for mange mislykkede forsøk.

3.3 Joyce Travelbees sykepleieteori

3.3.1 Sykepleie

Joyce Travelbee definerer sykepleie slik:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee 1999, s.30)

Man kan si at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid dreier seg om mennesker. En sykepleier vil hele tiden stå overfor syke og friske individer, og deres familie og besøkende. Hun må også samarbeide med andre aktører i helsevesenet, som leger og annet personale (Ibid, s. 30).

Travelbee (1999) sier at all interaksjon med den syke gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med han som et menneske og videre ivareta hans behov. Dette gjør at man etter hvert kan etablere et menneske til menneske forhold. Det som kjennetegner et menneske- til- menneske forhold er at både sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer, ikke som ”pasient” og ”sykepleier”. Det er den gjensidige kontakten som er viktig (Travelbee 1999 s.171).

3.3.2 Lidelse

I følge Travelbee (1999) er lidelse en erfaring som oppleves og gjennomleves av individet, og man opplever lidelse på hver sin unike måte. Lidelse er et menneskelig fenomen, og et menneske opplever lidelse fordi det *er* et menneske. Lidelse er en tilstand eller opplevelse hos den som lider. Den som lider føler plage, smerte eller tap. Nød, tap eller skade blir påført individet, og smerten må holdes ut. Lidelse blir betraktet som en erfaring som varierer i intensitet, varighet og dybde. Lidelse kan oppleves forskjellig.

Alt fra et forbigående fysisk, psykisk eller åndelig ubehag til ekstrem angst og pine (Travelbee 1999 s. 98-99). En av årsakene til lidelse er i følge Travelbee (1999) at man kan føle seg avskåret fra andre. Dette kan bety at man føler seg lite involvert og engasjert, man har også følelsen av og ikke ha noen å bry seg om eller ingen som bryr seg om en. Dette kan f. eks knyttes til hvordan mange infertile isolerer seg fra omgivelsene.

Mennesker som opplever lidelse vil sannsynligvis forsøke å finne årsaken til lidelsen eller sykdommen. Man ønsker å finne ut hvorfor sykdommen har rammet nettopp dem eller deres kjære. Når man stiller seg dette spørsmålet vil man ofte lete etter noe eller noen som kan holdes ansvarlig for det som har skjedd.

Mange kan bebreide seg selv for sykdommen de er påført. I forhold til infertilitet kan kanskje mennesker føle skyldfølelse på grunn av f. eks tidligere aborter, uoppdagede underlivssykdommer, høy alder og mye stress. Videre kan dette føre til en forvirringsfase hvor mennesker ikke skjønner hvorfor dette har hendt nettopp dem. De føler seg urettferdig og urimelig behandlet, men har enda ikke rettet sinnet mot en ”syndebukk”. Depresjon er ofte neste utvikling av lidelsen. Alle tap av selvaktelse, status, prestisje, kroppsfunksjoner eller kroppsdeler kan føre til en depresjon. Også det å føle hjelpeløshet eller en avhengighet av andre kan skape sterke følelser av verdiløshet hos den enkelte. Mange syke føler i blant en dyp lengsel etter å være frisk og leve livet som alle andre. Alle mennesker har et eller annet de føler en sterk lengsel etter. F. eks vil det infertile paret ha en sterk lengsel etter å få egne barn. Selvmedlidenhet kommer ofte til uttrykk og sinne blir ofte tydelig. Det å synes synd på seg selv er en intens lidelse. (Travelbee 1999 s. 105).

3.3.3 Håp

Travelbee (1999) mener at håp er en mental tilstand som karakteriseres ved ønsket om å nå et mål. En viss grad av forventningene til det en ønsker eller tilstreber bør være oppnåelig. Den som har et håp tror at livet vil endre seg, og kanskje bli mer behagelig, mer meningsfylt eller gi større glede dersom han når sine mål. IVF pasienter har håp om å få barn fordi dette kanskje kan føre til dette.

Håp er en motiverende faktor som gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, tap, tragedier, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse (Travelbee 1999, s 117). Håp er alltid knyttet til en forventning om at andre skal hjelpe en ut av situasjonen, særlig når ens indre ressurser ikke strekker til (ibid s. 119). Å beholde håpet ved å ha tillit til fertilitetsklinikken er derfor viktig for å komme seg gjennom behandlingen.

Håp er relatert til mot. Det vil si at en person som håper, har mot. Man må ha mot for å innse sin egen utilstrekkelighet og frykt og likevel stå for sine mål, selv om det kan være lite som tyder på at en vil oppnå målet sitt. Den modige gjør et bevisst valg om å handle selv om han føler seg redd og usikker på at det han gjør skal lykkes. Selv om det han gjør ikke lykkes, er det likevel en trøst at han har gjort et forsøk (ibid s.120-121). I forhold til ufrivillig barnløse par kan dette dreie seg om dem som gjør et siste forsøk på å få barn gjennom assistert befruktning, for at de i ettertid kan trøste seg med at de i hvert fall forsøkte.

I følge Travelbee (1999) er sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Motsatt er det også sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håpet.

Travelbee (1999) sier at den profesjonelle sykepleieren skal hjelpe pasientene med å opprettholde håp og unngå håpløshet ved å gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe, f. eks ved å være tilgjengelig og villig til å lytte når den syke snakker om sin angst og frykt. Sykepleieren gir kvalifisert og medfølelse omsorg og er observant for tegn på både psykiske og fysiske plager (Travelbee 1999, s 123).

Siden håp er beslektet med tillit, forsøker sykepleieren å vise gjennom sin egen atferd at hun kan og vil hjelpe den syke når behovet oppstår. Tillit er noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til (ibid, s. 124). Ifølge Travelbee (1999) er også håp beslektet med valg og så sant det er mulig kan den syke ta del i beslutninger som angår sin egen pleie.

3.4 samtale, undervisning og veiledning

I følge Kristoffersen m. fl (2006) har sykepleieren en sentral rolle i arbeidet rettet mot læring og mestring. En viktig del av sykepleierrollen i forhold til IVF behandling er nettopp undervisning og veiledning av pasienter.

I følge Tveiten (2008) sier Leino –Kilpi m. fl (1993) at forskning tyder på at informasjon og undervisning til pasienter blant annet har positiv effekt for muligheten til å mestre stress og helseproblemer, samtidig som det fører til at pasienten takler medisinske kriser bedre. For pasientene som skal gjennomgå IVF behandling er ikke informasjon kun viktig for å få til et vellykket resultat, men like viktig er det at informasjonen kan virke stressdempende ved at paret får bekreftet, eller kanskje enda viktigere avkreftet, egne forestillinger de har. Leino –Kilpi m. fl (1993) sier også at det er viktig at undervisningen har en positiv effekt og tilpasses pasientenes tilstand slik at det ikke virker mot sin hensikt og øker angstnivået til pasienten.

I følge Tveiten (2008) bør undervisning og veiledning til pasienter hovedsakelig være individuell og at sykepleieren kan oppnå dette ved å utvikle det Travelbee (1977) kaller et menneske til menneske forhold. Gruppeundervisning kan i følge Tveiten (2008) være aktuelt når flere pasienter har samme behandlingsopplegg, som ved IVF behandling, men at slik gruppeundervisning bør følges opp med individuelle veiledningssamtaler.

Sykepleierens pedagogiske funksjon kan i følge Tveiten (2009) innebære å informere, instruere, assistere, undervise, veilede, gi råd og å være rollemodell. Alle disse er i mer eller mindre grad aktuelle for sykepleieren som skal bruke sin pedagogiske rolle i forhold til IVF pasienter. F. eks informerer hun blant annet om ulike tidspunkter for gjennomføring av prosedyren, mens hun også instruerer pasientene i bruk av hormonsprøyte og underviser om IVF.

I følge Moesmand & Kjøllesdal (2004) sier Tranøy (1994) at selv om pasienten har rett til informasjon må en utvise såkalt doseringsansvar. Dette innebærer hvor mye informasjon pasienten skal få, når den skal gis og på hvilken måte den skal presenteres.

Granum (2003) anbefaler sykepleiere å bruke det hun kaller ”dialogmodellen” i undervisning av pasienter, som innebærer at sykepleieren bruker veilederrollen. I dialogmodellen er sykepleier- pasientforholdet av grunnleggende betydning og Granum (2003) mener denne er mest hensiktsmessig på grunn av voksne menneskers behov for selvbestemmelse.

Vel så viktig som den undervisende funksjonen til sykepleieren er også rollen som samtalepartner. Målrettet kommunikasjon er samtale som kjennetegnes ved at det er pasientens situasjonsbestemte behov som danner utgangspunktet (Almås 2007). Gjennom samtaler kan sykepleieren formidle oppmerksomhet, støtte og nærhet. Samtale bidrar derfor til å etablere kontakt og skape trygghet (ibid). Pasienter under behandling, kan på grunn av det vi tidligere har sagt om tendensen til å isolere seg, ha stort behov for sykepleieren som samtalepartner. Som sykepleier må en være dyktig i samtale. En må kunne lytte, be om klargjøring av et utsagn og snakke et språk som den enkelte pasienten forstår (ibid). I følge Almås (2007) vil sykepleieren som henvender seg mer til pasientens følelser enn til tankene hans, gjøre at det er lettere for han å gi uttrykk for det han tenker på.

4.0 Drøfting

4.1 Å skape et menneske til menneske forhold

For å kunne gi god sykepleie, i følge Travelbee, er det viktig at sykepleieren tar utgangspunkt i å skape et menneske til menneskeforhold med pasientene. Tillit er viktig i etableringen av alle mellommenneskelige forhold.

For at pasientene skal føle seg ivaretatt må sykepleieren ha fokus på å skape et forhold til pasientene som er bygget på tillit. Som en av sykepleierene vi var i kontakt med gjennom hospiteringspraksisen vår sa, er pasientenes tillit til sykepleieren og fertilitetsklinikken grunnleggende for at sykepleieren faktisk skal kunne hjelpe.

I og med at det meste av kontakten med pasientene foregår poliklinisk kan det å skape tillit være en utfordring for sykepleieren. En av sykepleierene vi var i kontakt med under hospitering beskrev IVF behandlingen som et samleband hvor pasienter kommer og går med lite tid til samhandling. Pasientene er ofte innom kun korte perioder av gangen og det kan føles unaturlig for både paret og sykepleieren å starte samtaler som dreier seg om private og intime utfordringer paret opplever under behandlingen. Det er derfor viktig at sykepleieren allerede i det første møte med pasientene skaper tillit. Tillit kan oppstå gjennom det Travelbee kaller et menneske til menneske forhold.

Sykepleieren kan skape tillit ved å bli kjent med pasienten som et menneske og gi uttrykk for en vilje til å ivareta deres behov. Det er likevel viktig at sykepleieren holder en profesjonell avstand til paret og unngår et "venneforhold". Det er lett at denne grensen kan bli uklar på grunn av at man kommer innpå pasientens mest intime privatliv både fysisk og psykisk. Mye av pasientens tillit avhenger av sykepleierens profesjonalitet, og det er viktig at denne grensen ikke blir uklar selv om menneske til menneske forhold bygger på gjensidighet.

4.2 Å gi informasjon og veiledning

I den første fasen av behandlingen vil sykepleierens undervisende og veiledende funksjon spille inn. For at pasienter som er under IVF behandling skal oppleve hensiktsmessig mestring er det viktig at de ser situasjonen klart. God informasjon fra sykepleieren kan hjelpe til med dette og sykepleieren har et ansvar for at paret forstår og kan gjøre nytte av informasjonen.

Samtidig er det viktig at sykepleieren, som Tranøy (1994) sier, utøver doseringsansvar og tilrettelegger hva og hvor mye informasjon paret skal få om behandlingen.

Paret vil trenge informasjon om prosedyrene og framgangsmåte i forhold til IVF behandlingen. Paret må også få informasjon om eventuelle komplikasjoner som f. eks overstimuleringssyndrom. Denne informasjonen er viktig for at paret skal ta et velinformert og gjennomtenkt valg og ikke opplever uventede situasjoner i behandlingsforløpet som skaper usikkerhet. Usikkerheten til paret er allerede stor og ubehagelige opplevelser kan være en ekstra påkjenning. Selv om det er viktig at pasientene får god og riktig informasjon er det likevel viktig at sykepleieren utøver nettopp dette doseringsansvaret og ikke skremmer pasientene med ”sykehusprat”, men gir informasjon på en slik måte at paret opplever trygghet.

Hovedmålet med informasjonen paret får forut behandlingen må ikke bare være at de er godt informerte om selve framgangsmåten ved behandlingen, men også hvilke psykiske belastninger og stress behandlingen kan medføre. I tillegg bør paret informeres om hvordan behandlingen kan påvirke de som individer, som par og som familie, dersom de har barn fra tidligere. Til tross for at de er to individer må sykepleieren minne dem på at de er et par og er to om å gå gjennom denne behandlingen. I stedet for at de lar konflikter komme mellom dem bør de huske at den andre partneren er den største ressursen for å mestre utfordringer under behandlingen.

Arbeidet på de fleste infertilitetsklinikker foregår som sagt poliklinisk noe som gjør det vanskeligere for sykepleieren å observere pasientenes behov for informasjon og veiledning. Høyt arbeidspress gjør at det samtidig er vanskelig å individualisere undervisningen og informasjonen som blir gitt. Mange fertilitetsklinikker, f. eks Kvinneklinikken ved Rikshospitalet, velger derfor å benytte seg av gruppeundervisning. Den private fertilitetsklinikken Aleris har mindre pasientstrøm og dermed tid til å gjennomføre individuelle undervisning til alle pasientene. Fordelen ved at sykepleieren benytter seg av individuell undervisning og veiledning er at det blir lettere å skape det Travelbee kaller menneske til menneske forhold. Det vi opplevde som positivt med individuelle samtaler på Aleris var at sykepleieren hadde bedre mulighet til å skape rom for åpenhet og det var lettere for pasienten å stille spørsmål. Samtidig er det lettere for sykepleieren å vurdere om pasientene får med seg og forstår den informasjonen som blir gitt. Infertilitet er for mange veldig privat og gruppeundervisning kan føre til at de ikke tar initiativ til å stille spørsmål. Gruppeundervisning er også en utfordring for sykepleieren fordi parene som deltar ofte har forskjellig bakgrunn og dermed også forskjellig utgangspunkt for å tilegne seg informasjon. F. eks var vi tilstede på en gruppeundervisning hvor det ene paret hadde høy utdannelse mens det andre paret så vidt snakket norsk. Dette gjør det vanskelig å tilrettelegge undervisningen slik at begge parene får likt utbytte av undervisningen. På den andre siden kan gruppeundervisningen de har på Rikshospitalet føre til at de møter andre par i samme situasjon som seg selv og dermed kan dra nytte av felles erfaringer. Å ha noen å snakke med som er i samme situasjon som seg selv og få høre deres opplevelse av situasjonen kan fremme mestring ved at en kan få nye innfallsvinkler til å takle utfordringer. På samme tid kan det også ha motsatt virkning, kvinnen kan f. eks få økt angst knyttet til egguttak ved at en snakker med kvinner som har vonde opplevelser i forhold til dette og ”viderefører” disse erfaringene. Det er nødvendig at sykepleieren tar tak i dette og forklarer at alle har sine individuelle opplevelser knyttet til prosedyren og at det kun er et fåtall som opplever sterke smerter under prosedyren.

Mange av pasientene som oppsøker hjelp for å bli gravide er veldig godt informerte og har mye kunnskap på området. På grunn av internett har denne type kunnskap blitt ”allemannseie” og dette kan skape en utfordring for både legene og sykepleierne. Mange bruker ulike typer forum på internett hvor de leser og deler erfaringer med andre i samme situasjon. Pasientene kan der høre om mange par som allerede har lykket seg den første gangen og blir derfor veldig skuffet når dette ikke gjelder dem. Det vil derfor være viktig at sykepleieren opplyser pasientene om at alle tilfeller er individuelle og at det er mange ting som spiller inn, både behandlingsmetode, alder, og i det hele tatt hva som er årsaken til at paret i utgangspunktet er infertile.

En annen utfordring sykepleiere vi har vært i kontakt med under hospiteringpraksisene står ovenfor i forhold til sin pedagogiske funksjon, er å møte pasienter med innvandrerbakgrunn. Sykepleierne vi har snakket med opplever at det i mange tilfeller er mannen som svarer for kvinnen, selv om spørsmålet er rettet direkte til henne. I mange tilfeller skyldes dette at det er kun mannen som snakker flere språk enn morsmålet, men det kan også skyldes kulturelle årsaker. I slike situasjoner bør kanskje sykepleieren være ærlig om hvordan hun opplever at det kun er mannen som snakker og forklare at det er viktig at begge parter er involvert.

4.3 Å møte mennesker i krise

Par som har fått diagnose som infertile kan ha vært en stor krise før de oppsøker behandling, men behandlingen kan i seg selv utløse nye kriser. Eksempler kan være par som mestrer behandlingen dårlig, eller at gjentatte forsøk ender med spontantabort.

Som sykepleier vil det være viktig å se mennesker som er i krise og at en ser og gjenkjenner emosjonelle reaksjoner på krise. Hvordan individet takler nedturen gjennom behandlingen er individuelt, mens noen sørger en kort stund over tapet og deretter går videre, kan det for andre få sterke følelsesmessige og psykiske konsekvenser. Det er derfor også viktig at sykepleieren kan skille mellom vanlige følelsesmessige reaksjoner som f. eks gråt og mer dyptgripende og uhensiktsmessige emosjonelle reaksjoner. Manglende følelsesmessige reaksjoner kan også være tegn på at et menneske er i krise, og dersom sykepleieren oppfatter en slik reaksjon, bør hun oppfordre paret til å snakke om følelsene sine.

Sykepleieren kan møte mennesket i krise ved og lytte og være sammen med personen. Dersom individet eller paret skal komme seg gjennom nedturen kan det å ha noen som lytter og er til stede, være en god måte å komme fram til hvordan en selv skal komme seg gjennom det. Det er viktig at de får gitt fritt uttrykk for følelsene sine uten å møte fordømmende holdninger fra sykepleieren. Selv om det kanskje kun er det første forsøket som har mislykkes, og de har flere forsøk igjen, kan det være vanskelig for paret å søke trøst i dette før man er kommet over den største nedturen. Sykepleieren bør derfor ta disse pasientene på like stort alvor som pasienter som man har ”gitt opp”. Dersom sykepleieren prøver å hjelpe pasientene til å se lyspunkter for tidlig kan pasientene oppfatte det som at hun bagatelliserer situasjonen, noe som kan svekke tilliten. Når den største følelsesmessige reaksjonen er over kan sykepleieren hjelpe paret til å se løsninger og muligheter og dersom det er aktuelt kan hun nå minne de på at de fortsatt kan prøve igjen.

Som sagt i teoridelen sier Håkonsen (2006) at det å sørge for sosial støtte er viktig for å hjelpe noen gjennom en krise. For par som gjennomgår IVF behandling er dette ofte en utfordring fordi mange ikke ønsker å dele disse problemene med familie og venner. Dersom dette er tilfelle kan det for pasientene kanskje være mer aktuelt å søke støtte hos likesinnede gjennom en organisasjon for ufrivillige barnløse og det er derfor viktig at sykepleieren informerer om dette og oppfordrer pasientene til å ta kontakt dersom det er ønskelig.

4.4 Å mestre stress, lidelse og sorg

Hensiktsmessige og gode mestringsstrategier er nødvendig for hvordan individet og paret takler IVF behandlingen, og kommer seg gjennom de tunge stundene uten at det får større psykiske konsekvenser enn hva som ville være normale emosjonelle reaksjoner. En viktig sykepleierrolle er derfor å fremme gode mestringsstrategier så vel som å oppdage dårlig mestring.

Selv om vi har funnet lite forskning på område har alle vi har snakket med, både av fagfolk og pasienter, vært enige om at stress er en faktor som er tilstede under hele behandlingsforløpet. Det gjelder både stress i forhold til at de føler at tiden er i ferd med å løpe fra dem, samt stress i forhold samliv og mer konkret stress med tanke på gjennomføring av hormonbehandling og om de vil mestre dette. En viktig sykepleieroppgave vil derfor være å hjelpe pasienten til å mestre disse stressbelastningene.

For å hjelpe paret til å mestre utfordringer og stress knyttet til disse, kan sykepleieren hjelpe dem å sette ord på hva de selv mener vil være de største utfordringene for dem. Alle par opplever behandlingen på hver sin måte og for at sykepleieren skal kunne hjelpe må hun vite hva akkurat dette paret tenker om situasjonen. Ved å sette ord på følelser kan man få et klarere bilde på hvordan man skal forholde seg til situasjonen. Når man har funnet utfordringene blir det også lettere å finne gode måter å mestre disse på. Ved å være forberedt kan man også tilpasse seg situasjonen lettere.

I hospiteringspraksisene våre så vi flere kvinner som var engstelige for smerter i forbindelse med egguttaket og hadde høyt angst og stressnivå i forbindelse med prosedyren. Årsakene til dette kan være mange, og hver pasient har sin individuelle opplevelse. I en del tilfeller kan engstelsen likevel skyldes at pasienten har vonde assosiasjoner til behandlingen og det er derfor viktig at sykepleieren er oppmerksom på at pasienten kan ha mangelfull kunnskap eller feilaktige forestillinger. Hun bør derfor ta seg tid til å lytte til pasienten og eventuelt korrigere disse.

Sykepleierens møte med par som skal gjennomgå IVF behandling vil i mange tilfeller være det Travelbee ser på som møte med det lidende mennesket. I følge Travelbee bør sykepleieren i møte med lidende mennesker ikke bare hjelpe personene til å mestre lidelsen, men også til å finne mening i erfaringene for å komme seg videre. Selv om det er viktig for å komme seg videre, kan det virke meningsløst for mennesker i krise å finne mening midt i følelseskaoset, og pasientene kan kanskje reagere negativt ved at de får følelsen av at sykepleieren undervurderer deres lidelse som ufrivillig barnløse. Sykepleieren kan i følge Kristoffersen m. fl (2006) lindre pasientens lidelse ved å bruke seg selv i samhandling med pasienten slik at han opplever seg ivaretatt som person. Hvordan individets lidelse kommer til uttrykk vil variere ut i fra personlighet. Noen mennesker har lett for å snakke om følelser, mens andre kan gi uttrykk for sin lidelse på andre måter f. eks gjennom sinne og aggresjon. Sykepleieren må være oppmerksom på dette og gi rom for samtale om det pasienten er opptatt av, enten det dreier seg om konkrete følelser knyttet til barnløsheten eller til tanker omkring selve behandlingen. Selv om hver enkelt pasientens opplevelse er individuell vil en sykepleier kunne sitte med kunnskap og erfaringer som paret kan dra nytte av. For paret kan det noen ganger være godt å føle at noen ser og forstår deres behov uten og alltid måtte be om det. Gjennom tilstedeværelse og ved aktiv lytting til pasienten viser en at en er der for pasientene. I følge Kristoffersen m. fl (2006) vil en lyttende holdning i mange situasjoner være det pasienten trenger for å oppleve at noen deler hans lidelse. For pasientene kan det være viktig å vite at sykepleieren er tilgjengelig dersom de føler behov for å ha noen å snakke med eller bare trenger noen som kan lytte.

De vi har snakket med under hospiteringen har opplevd at behandlingen, og spesielt hormonstimuleringen av kvinnen, kan ha en negativ påvirkning på samlivet. Mange føler at mannen ikke forstår, mens mannen føler at kvinnen overreagerer på hver minste ting. Samlivet kan allerede være utsatt for stort press i forhold til at de har vært gjennom en lang periode med mange nedturer. Parforholdet kan være påvirket av usikkerhet om framtiden som par og seksuallivet kan være svekket.

Seksualitet er et sårbart tema for mange. Selv om sykepleieren bør trå forsiktig når temaet tas opp er det likevel viktig at sykepleieren er klar over at dette kan være en problemstilling, og stiller seg åpen til å drøfte dette med paret. Både på grunn av at et tilfredsstillende seksualliv er et viktig utgangspunkt for et vellykket resultat, men også fordi det vil være en viktig del av parets samliv etter behandlingen. Det kan være lett for sykepleieren å kun ta hensyn til problemstillinger knyttet til her og nå, men det er like viktig at hun ser pasientene i en større sammenheng og også tar hensyn til hvordan pasientenes velvære er også etter at de er ”ferdig behandlet”.

Som sykepleier bør man også være oppmerksom på eventuelt dårlige mestringsstrategier og prøve å endre disse i en positiv retning. En potensielt u hensiktsmessig mestringsstrategi hos IVF pasienter kan f. eks være benektning i form av at de nekter å se realitetene i øyne. Noen pasienter oppsøker stadig nye fertilitetsklinikker i håp om at de skal lykkes til tross for at behandlingsapparatet har liten tro på dette. Dette vil i lengden være lite gunstig både økonomisk og følelsesmessig og det er viktig å få pasientene til å innse dette til tross for at det kan være vanskelig.

For de som ikke lykkes med behandlingen eller velger å gi seg underveis vil ikke sorgen over det å være barnløs være noe mindre enn den var før de startet behandling. Etter et visst antall mislykkede forsøk får disse parene en samtale med lege hvor de diskuterer videre forløp ut i fra hvilke sannsynlighet legen mener de har for å kunne lykkes med behandling. Sykepleieren har en viktig rolle ovenfor de pasientene hvor en velger å slutte med behandling, enten på grunn av egne ønsker om det, eller dersom legen sier stopp. Selv om behandlingen ikke har lykkes er det likevel viktig at de får en god avrundning, og på sikt føler at dette er noe de kan legge bak seg.

4.5 Å fremme håp

Som Travelbee (1999) sier er det er en viktig sykepleieoppgave å hjelpe pasientene til å oppleve håp. For at paret skal komme seg gjennom den tøffe behandlingen er det viktig at de ikke mister håpet underveis. Sykepleieren som jobber med par under behandling har derfor en viktig rolle i å fremme og opprettholde håp.

For at sykepleieren skal kunne fremme håp hos pasientene er det nødvendig at hun har kunnskap om hva håp er for denne pasientgruppen og hva som kan virke styrkende. Pasienter som oppsøker IVF klinikker kommer med ulike forutsetninger og forventninger knyttet til behandlingen. Hva som kan fremme håp hos paret kan derfor være individuelt for både de som par og for de som individer.

Håp er knyttet til en forventning om at mestring kan føre til en vei ut av vanskelighetene. I følge Travelbees syn på håp ligger det en viss grad av tro på at en skal kunne realisere sine mål. For IVF pasienter innebærer dette en tro på å få egne barn ved hjelp av behandlingen. For å fremme håp hos disse pasientene må dermed sykepleieren hjelpe paret til å ha tro på at dette skal gå bra. Selv om det ikke er sikkert at en lykkes på første forsøk, kan det gå bra på det neste. Det er viktig at paret har tro på at behandlingen skal virke, men det er samtidig viktig at sykepleieren får pasientene til å være realistiske. Dette med å balansere håp og realisme kan være en vanskelig balansegang og en utfordring for sykepleieren, men veldig viktig i forhold til denne pasientgruppen.

Pasientene er som sagt tidligere utsatt for stort emosjonelt stress og sykepleieren kan fremme håp ved å oppmuntre paret til å bruke egne ressurser for å mestre dette. Når paret opplever mestring kan dette også føre til fremming av håp.

Travelbee sier også at håp er knyttet til forventninger om at noen skal hjelpe en ut av situasjonen. Vi har tidligere i oppgaven gjort rede for hvor viktig det er at sykepleieren skaper tillit.

Håp kan oppstå automatisk ved at et tillitsforhold etableres og at pasientene får tro på at sykepleieren kan hjelpe. Sykepleieren må møte pasienten konstruktivt og lytte til det pasienten sier, men likevel oppklare de feiloppfatningene pasienten eventuelt måtte ha.

For å kunne fremme håp hos pasienter er det viktig at sykepleieren gjør seg tilgjengelig for samtale og er villig til å lytte. Sykepleierens væremåte kan ha betydning for pasientenes opplevelse av håp og kan i seg selv virke styrkende. For at sykepleieren skal fremme håp med sin væremåte må hun være engasjert og medfølelse. Dersom hun derimot virker uinteressert kan dette føre til at paret opplever håpløshet i situasjonen.

Tiden fra innsetting til graviditetstesten kan ofte den verste perioden av behandlingen. I følge de vi snakket med på hospiteringen, var det mange som blant annet grudde seg for å gå på do i tilfelle de skulle ha fått menstruasjonsblødning. Sykepleieren kan i disse situasjonene fremme håp ved å hjelpe paret til å finne mestringsstrategier som er naturlige ut i fra deres egne interesser for å komme gjennom den vanskelige ventetiden. I følge sykepleier på Aleris setter mange av disse pasientene livet på vent og slutter med aktiviteter de tidligere hadde glede av. Sykepleieren bør oppfordre paret til å ta vare på seg selv og hverandre og gjøre noe som gir glede. Å oppleve glede kan gi en mening ved livet og styrke håpet.

Håp kan også oppstå ved at en føler at en mestrer situasjoner. Å ha en følelse av kontroll er viktig for nettopp dette. For pasientene kan det være vanskelig å føle at de har kontroll over situasjonen, spesielt ikke over utfallet av behandlingen. For å gi pasientene en følelse av kontroll er det viktig at sykepleieren gir god informasjon samtidig som pasientene selv får ta del i beslutninger. F. eks fikk pasientene på Rikshospitalet selv velge hvilke injeksjonspreparat de skal bruke under hormonstimuleringen. Dette gir pasienten medbestemmelse og kan føre til en følelse av mestring og dermed kontroll.

5.0 Konklusjon

I oppgaven har vi drøftet hvor viktig det er at sykepleieren fremmer håp, god mestring og tar seg tid til samtaler med hver enkelt. Som andre steder i helsesektoren er det ofte stort gap mellom teori og praksis. Hele helsesektoren er i en tid hvor alt skal effektiviseres og infertilitetsbehandling er ikke noe unntak. utfordringen ved fertilitetsbehandling er samlebåndsfaktoren som vi tidligere har nevnt og hvordan man som sykepleier skal klare å ivareta disse pasientene på en best mulig måte til tross for dette. Effektiviseringen gjør det vanskelig å ha nok tid til alle pasientene og det er derfor ofte de som ”roper høyest ” som blir mest sett. Dette trenger likevel ikke bety at det kun er de som har behov for ekstra støtte.

Vi har kommet fram til forslag på hvordan vi mener der *burde* være og hvordan en som sykepleier kan gjøre sitt for at pasientene skal mestre behandlingen og utfordringer underveis.

Vi mener at god informasjon tidlig i behandlingsstadiet er grunnleggende for at paret skal mestre behandlingen. Vi har vært inne på positive og negative sider ved både gruppe og individuell pasientundervisning. En kombinasjon av disse er kanskje en god løsning, hvor flere par får informasjon samtidig og mulighet til å bli kjent, men at de også må ha en oppfølgingssamtale hvor de kan rydde opp i feiltolkninger og få svar på eventuelle spørsmål. Slik det fungerer i dag bruker både Kvinneklinikken på Rikshospitalet og Fertilitetssenteret Aleris mye tid på telefonsamtaler /veiledning. Telefon veiledning er viktig og nyttig for pasienter som ikke har anledning til å komme til klinikken, men for pasienter som ønsker det kunne kanskje noe av denne tiden vært frigjort til samtaler ansikt til ansikt hvor pasientene kanskje har lettere for å gi uttrykk for de vonde følelsene og få hjelp til å mestre disse. Ved at sykepleieren gir god og veltilpasset informasjon kan paret oppleve at de har kontroll over situasjonen. Dette kan fremme håpet og videre mestringen. Det er viktig at sykepleieren lytter til pasientene og tar parets spørsmål og bekymringer på alvor.

Man må huske at selv om det er paret som sammen som søker behandling er det likevel individer som har forskjellige behov og forskjellige måter å takle motgang på. For å fremme mestring hos IVF pasienter er det viktig å se hele mennesket og de som par og individer er mer en hva en opplever akkurat der og da på fertilitetsklinikken. De har familie, venner, jobb og interesser utenfor som også kan påvirkes av og påvirke hvordan de mestrer behandlingen.

Håp er sentralt for å mestre utfordringer under behandlingen. Dersom individet og paret opplever håp gir dette også pågangsmot til å mestre stress og utfordringer. Håp er ikke bare vanskelig å definere i og med at det er veldig individuelt, men det er også vanskelig å fremme håp hos noen som kan oppleve en situasjon håpløs. Det er derfor viktig og også hjelpe disse pasientene til å finne mening i situasjonen og livet generelt. Dersom en ser mening ved andre sider av livet og finner glede andre steder kan det også være lettere å oppleve håp.

På grunn av at alle individer og par kan reagere forskjellig på IVF behandlingen vil måten sykepleier fremmer mestring på, være vanskelig å gi et konkret svar på. Det er derimot viktig at sykepleieren er klar over hvilke utfordringer og belastninger de kan oppleve underveis og at hun sammen med pasientene reflekter over hvordan de best kan mestre disse.

Dersom det hadde vært aktuelt videre kunne det ha vært interessant å gjøre en kvalitativ eller kvantitativ undersøkelse for å måle pasienttilfredshet og hva pasientene selv mener om problemstillingen. Det er ingen som bedre enn pasientene selv som kan si hva som kan fremme deres mestring.

6.0 Etterord

Etter at vi hadde bestemt oss for tema begynte vi å diskutere hva vi ville at oppgaven skulle inneholde og hva vi ville ha fokus på. Vi bestemte oss fort for at vi ville fokusere på psykiske utfordringer, men at vi også måtte ha med annen relevant teori. De første ukene brukte vi til å finne litteratur og til hospiteringspraksis. Ettersom vi fant litteratur begynte oppgaven å ta form i forhold til hvordan vi ville at den skulle se ut, men det ble gjort en del endringer underveis.

Hospiteringspraksisene var veldig lærerike og ga oss innsikt i sykepleierens rolle og hva IVF behandlingen går ut på. Det var veldig interessant å besøke både offentlig og privat sektor for å se forskjellene og likhetene. Begge sektorer viste seg å ha en del forskjellige elementer ved behandlingen og de kunne kanskje ha lært noe av hverandre?

Vi har kun vært to studenter som har jobbet med oppgaven, noe som har lettet oversikten under hele prosessen. Vi har jobbet strukturert med oppgaven alle ukene og jobbet sammen under hele prosessen. Sluttproduktet er derfor noe vi begge kan stå inne for.

Litteraturliste

Bøker

Almås, Hallbjørg (red.) (2001). *Klinisk sykepleie*, bind 2. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Barber, Debbie (1994). Continuity of care in IVF: the nurse`s role, *Nursing Times*. 45 (90). s. 29-30.

Bergsjø, Per m.fl (2004). *Obstetikk og gynekolog*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Granum, Vigdis (2003). *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Gudim, Hilde Beate & Kari Hilde Juvkam (2008). *Gynekologi kort og godt*. Oslo: Universitetsforlaget

Håkonsen, Kjell magne (2006). *Innføring i psykolog*.3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Akademisk Forlag

Kendall, Julie (2008). Psychosocial effects of infertility, *Womens health*, 2(19). s. 91-93

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordvedt og Eli- Anne Skaug(2006). *Grunnleggende sykepleie*, bind 3, 1 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Moesmand, Anna Marie og Astrid Kjøllesdal (2004). *Å være akutt kritisk syk : om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Sand, Olav m.fl (2006). *Menneskekroppen, fysiologi og anatomi*, 2. utgave, Oslo: Gyldendal Akademisk

Sundby, Hanne og Gro Guttormsen (1989). *Infertilitet, en bok om ufrivillig barnløshet*. Oslo: Tano

Travelbee Joyce (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, Sidsel (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, 2.utgave. Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

E-kilder

Baik Seok Kee, Beyong Jun Jung & Sang Hoon Lee (1999). Journal of Assisted Reproduction and Genetics, *A study on psychological strain in IVF patients* [online] URL: <http://www.springerlink.com/content/gv76184512482393/fulltext.pdf?page=1> (14.04.09)

Barne og Likestillingsdepartementet (2009). *Nytt fra BLD 1.januar 2009* [online] URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/pressecenter/pressemeldinger/2008/nytt-fra-bld-1-januar-2009.html?id=541376> (05.05.09)

Coleman, Julia & Ruta Nonacs (2009). MGH, center for womens health, *Infertility, Assisted Reproduction and Mental Health* [online] URL: <http://www.womensmentalhealth.org/resource/patient-support-services/infertility-assisted-reproduction-and-mental-health/> (01.04.09)

E.Ekerhovd (2005). Tidsskrift for den norske legefornening: *Polycystisk Ovariesyndrom* [online] URL: http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1250857 (15.04.09)

Fertilitetssenteret Aleris (2008). *Prisliste pr. 15. Mars 2008 for assistert befruktning*. [online] URL: <http://www.aleris.no/Global/Helse/Prisliste%20fertilitetsbehandling%20%202008.pdf> (29.04.09)

G.Ertzeid (2001). Tidsskrift for den norske legefornening, *hormonstimulering ved assistert befruktning* [online] URL: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=448640 (19.04.09)

Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling , Hvidovre Hospital (2007). *Ovariel hyperstimulationssyndrom*, [online] URL:

<http://www.gyncph.dk/procedur/gyn/hypstim.htm> (15.04.09)

Helse Fonna (2009). *Spermaundersøking* [online]URL: http://www.helse-fonna.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=1417&I=5726&rid=1004&iDepartmentId=478#Sperma (17.04.09)

Lovdata, Bioteknologilova (2003). *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi* [online] Url: http://lovdata.no/cgi-wift/wifldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-20031205-100.html&emne=bioteknologilov*&& (20.04.09)

Medical news today (2007). *Patient Stress During Ovarian Stimulation Is Greater Than Appreciated* [online] URL: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/76146.php> (01.04.09)

NAV (2009). *Egenandeler for helsetjenester*, [online]URL: <http://www.nav.no/page?id=373> (29.04.09)

Regjeringen, Helse og Omsorgsdepartementet. *Definisjoner av begreper innen bioteknologien*, [online] URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/bioteknologi/Definisjoner.html?id=439190> (17.04.09)

Sherrod, Roy Ann (2004). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, Understanding the Emotional Aspects of Infertility: Implications for Nursing Practice.* [online] URL: <http://www.jpnonline.com/showPdf.asp?rID=4912> (01.04.09)

Kvinnens normale hormonproduksjon og syklus (Vedlegg 1)

I følge Sand (2006) kalles eggceller også oocytter og i løpet av kvinnens liv vil 400-500 oocytter gjennomgå en modningsprosess som kalles oogenese. Oocytten er omgitt av epitelceller og de utgjør sammen det som kalles en primærfollikkel. Kvinnens ovariesyklus deles inn i to faser. Follikkelfasen varer fra menstruasjonens første dag og fram til eggløsningen. I denne fasen begynner primærfolliklene å vokse. I løpet av modningsfasen har follikkelen nærmet seg ovariets overflate. Follikkelen produserer hormonene østradiol og progesteron. Når follikkelen er moden nok brister follikkelveggen og oocytten skilles ut og festes til veggen i ovariet. Selve eggløsningen er ikke en egen fase, men det er tidspunktet som skiller follikkelfasen fra lutealfasen som er perioden fra eggløsningen til menstruasjonen starter. Etter eggløsningen danner cellene i follikelveggen det som kalles det gule legemet som er en hormonproduserende kjertel som produserer store mengder østradiol og progesteron. Det gule legemet tilbakedannes etter 10-12 dager dersom eggcellen ikke befruktes (Sand, 2006). Kvinnens syklus styres av et samspill av hormoner i hjernen og eggstokkene. Follikkelstimulerende hormon (FSH) og luteiniserende hormon (LH) skilles ut fra hypofysen. Hormonet gonadotropin (GnRH) skilles ut av hypothalamus og regulerer utskillelse av FSH og LH. FSH er det hormonet som styrer veksten av primærfolliklene. Konsentrasjonen av FSH er stigende i den perioden hvor det gule legemet er i ferd med og tilbakedannes og er lavest i lutealfasen for å hindre at nye follikler begynner å vokse før det er klart om egget har blitt befruktet. LH konsentrasjonen når en topp 10-15 timer før eggløsningen, men er ellers stabil gjennom syklusen. Omtrent et døgn før eggløsningen stiger kroppens konsentrasjon av østradiol som har positiv feedback til hypothalamus som nå øker utskillelsen av FSH og LH. Økningen av LH fører til at follikkelruptur og ovalusjon. Produksjonen av progesteron skjer først og fremst i det gule legemet. Fallet i progesteron konsentrasjonen i blodet når det gule legemet tilbakedannes gir sammentrekninger i arteriene som forsyner endometriet med blod og den ytre delen av endometriet dør. Etter hvert går det hull på arteriene og det oppstår en blødning som løsriver det døde vevet fra veggen i uterus. Det er dette som er menstruasjon (Sand, 2006).