



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Ufrivillig barnløshet – psykologisk stress og mangel håp under fertilitetsbehandling

(Psychological stress and hopelessness during
infertility treatment)

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK 3003

Kandidatnummer: 10147

Antall ord: 8785

Sammendrag

Tittel: Ufrivillig barnløshet – psykologisk stress og mangel på håp under fertilitetsbehandling

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere psykologisk stress og fremme håp til ufrivillig barnløse under fertilitetsbehandling?

Metode: Litteraturstudie. 8 vitenskapelige forskningsartikler er inkludert i studien, ved bruk av systematiske, strukturerte søk i vitenskapelige databaser, supplert med relevant pensumlitteratur og faglitteratur, samt en ressursamtale.

Resultat: Ufrivillig barnløse under fertilitetsbehandling er utsatt for kontinuerlig psykologisk stress. Gjennom behandlingen opplever pasientene å dras mellom håp og forventninger på den ene siden, og angst, usikkerhet, skuffelse og sorg på den andre siden. Det psykologiske stresset er en trussel mot pasientenes velvære, og gjør de særlig utsatt for psykiske lidelser. Tap av håp identifiseres som den tyngste av psykologiske belastninger blant infertilitetspasienter, som også forverrer andre psykologiske belastninger. Opplevelse av håp er dermed en viktig ressurs for å mestre infertilitetsbehandling. Sykepleieren på fertilitetsklinikken kan spille en viktig rolle. For å utøve sykepleie som reduserer psykologisk stress og fremmer håp, må sykepleieren ha en helhetlig, pasientsentrert tilnærming til pasienten. Sykepleieren må forsøke å etablere en *menneske-til-menneske-relasjon* preget av empati og forståelse. Sykepleien på klinikken må systematiseres og organiseres på en slik måte at pasientenes opplevelse av situasjonen, behov for sykepleie og behov for supplerende helsetjenester rutinemessig og kontinuerlig, gjennom og etter behandlingsprosessen, blir identifisert.

Konklusjon: Litteraturstudien viser at sykepleier kan spille en viktig rolle i å redusere psykologisk stress og fremme håp hos fertilitetspasienter. For å gjøre det må sykepleieren identifisere pasientens forståelse av situasjonen og kartlegge pasientens behov. For å kunne møte disse behovene må sykepleien på fertilitetsklinikkene organiseres slik at en helhetlig og pasientsentrert tilnærming blir implementert i de daglige rutinene på klinikken. Det må sikres at pasienten får en god oppfølging gjennom hele behandlingsforløpet og etter avsluttet behandling. Det er behov for ytterligere forskning på fertilitetspasienter i Norge, for et større kunnskapsgrunnlag knyttet til behov for psykologisk støtte, informasjon og oppfølging og hvordan disse behovene blir møtt i de norske fertilitetsklinikkene.

Nøkkelord: Ufrivillig barnløshet, fertilitet, infertilitet, fertilitetsbehandling, assistert befruktning, IVF, stress, psykologisk stress, håp, mestring, sykepleie, fertilitetssykepleie.

Summary

Title: Psychological stress and hopelessness during infertility treatment

Question of topic: In what ways can nurses contribute to reducing psychological stress and promote hope for infertility patients during infertility treatment?

Method: Systematic review. 8 scientific research articles included, with systematic, structured literary searches from scientific databanks, supplied with relevant curriculum and literature, and a resource interview.

Result: Infertility patients during infertility treatment are exposed to continuous psychological stress. Throughout the process of treatment, they are pulled between feeling hopeful and excited, to anxious, uncertain, disappointed and depressed. The psychological costs can be a threat to the patients' wellbeing and leave them vulnerable to mental illness. Lack of hope is identified as one of the heaviest psychological costs among infertility patients, which can also worsen other psychological burdens. That makes hope a valuable resource to coping with infertility treatment. The nurse at the fertility clinic may play a key role. To perform nursing care that reduces psychological stress and promotes hope, the nurse should obtain a patient focused and comprehensive care. The nurse should thrive to establish a *human-to-human-relationship* based on empathy and understanding. The care should be organized and systemized in a way that assures that the patients' understanding of the situation and needs for care and further health services are identified.

Conclusion: This review identifies the nurse as a key role in contributing to reducing psychological stress and promoting hope for patients treated for infertility. To be able to do so, the nurse should be aware of the patients' own understanding and meaning of the situation, to identify their needs for psychological support, care, information and further health care. To meet the patients' needs, the care at the fertility clinics should be organized with a comprehensive and patient centred approach implemented in their routines. The patients should receive human care through the process of treatment and after failed or discontinued treatment. More research regarding infertility treatment in Norway is needed, to achieve more knowledge of how the needs of infertility patients are met in both public and private Norwegian infertility clinics.

Key words: Fertility, infertility, infertility treatment, ART, IVF, stress, psychological stress, psychological costs, hope, coping, nurse, nursing care.

«Det er med undring og beundring vi kjenner et nyfødt barn gripe om fingeren vår første gang. Ser barnet ta sitt første skritt. Hører det si sitt første ord. Små mirakler. Så vanlige, men likevel nesten uforståelige.

(..)

Vi nordmenn får stadig færre barn.

For å opprettholde folketallet, må hver av oss få litt over to barn i gjennomsnitt.

I dag er tallet bare 1,6. (..) Norge trenger flere barn!

Jeg tror ikke jeg trenger å forklare hvordan dette gjøres. (..)»

Erna Solberg (Statsministerens kontor, 2019).

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	7
1.1. INTRODUKSJON AV TEMA	7
1.2. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	7
1.3. AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	8
1.4. SENTRALE BEGREP	8
1.5. OPPGAVENS OPPBYGGING.....	9
2. METODE	10
2.1. METODEBESKRIVELSE	10
2.2. SØKEHISTORIKK.....	10
2.3. SØKETABELL	11
2.4. PICO SKJEMA OG MESH	13
2.5. LITTERATUR OG KILDEKRITIKK.....	14
2.6. RESSURSSAMTALE	14
3. EMPIRI	16
3.1. SAMMENFATTET EMPIRI	16
3.2. ARTIKKELMATRISE	17
4. TEORI	23
4.1. FAGRELATERT TEORI.....	23
4.1.1. <i>Infertilitet</i>	23
4.1.2. <i>Fertilitetsbehandling</i>	23
4.1.3. <i>Fertilitetssykepleie</i>	24
4.1.4. <i>Stress</i>	24
4.1.5. <i>Mestring</i>	25
4.1.6. <i>Håp</i>	25
4.2. SYKEPLEIETEORI	25
4.2.1. <i>Benner og Wrubels teorier om stress, mestring og omsorg</i>	25
4.2.2. <i>Travelbees teorier om mening, håp og å bruke seg selv terapeutisk</i>	26
5. DISKUSJON	27
5.1. INFERTILITET OG PSYKOLOGISK STRESS – EN LIVSKRISE	27
5.2. HÅP UNDER FERTILITETSBEHANDLING	28
5.3. Å MESTRE INFERTILITET.....	29
5.4. SYKEPLEIE SOM REDUSERER STRESS OG FREMMER HÅP	30
5.4.1. <i>Kartlegge behov</i>	30
5.4.2. <i>Utøve</i>	31
5.4.3. <i>Overkomme hindre</i>	33
5.5. VEIEN VIDERE	34
6. KONKLUSJON	35
REFERANSER	36
VEDLEGG.....	38

Tabeller

<u>Tabell 1 Søketablell.....</u>	<u>11</u>
<u>Tabell 2 PICO og MeSH.....</u>	<u>13</u>
<u>Tabell 3 Artikkelmatrise.....</u>	<u>17</u>

1. Innledning

1.1. Introduksjon av tema

I nyttårstalen 2019 kom statsministeren med en oppfordring om å få flere barn, for å opprettholde folketallet i Norge (Statsministerens kontor, 2019). Samtidig sliter omtrent ti prosent av den norske befolkningen med ufrivillig barnløshet. Problemet er økende, på bakgrunn av at kvinner stadig venter lengre med å få barn og fruktbarhet reduseres ved økende alder (NHI, 2019). Utfordringen med ufrivillig barnløshet er også et globalt folkehelseproblem, og i utviklingsland er hele et av fire par berørt av infertilitet (WHO, 2020).

Infertilitet er ikke bare et samfunnsproblem, men en belastende situasjon for de rammede kvinnene og parene. Ønsket om å få egne biologiske barn er for mange et av de mest grunnleggende behovene vi har. Å ikke lykkes med det kan oppleves som en eksistensiell livskrise som medfører både fysiske og psykologiske påkjenninger. Sjokk, sinne, skyld, depresjon og angst er vanlige emosjonelle reaksjoner (Gozuyesil, Karacay Yikar, & Nazik, 2019, s. 338).

Som en konsekvens av økende infertilitet øker også antall behandlinger med assistert befruktning. Med sorg, frykt og håp søker de ufrivillig barnløse hjelp hos offentlige og private fertilitetsklinikker, der de møter en verden preget av avansert teknologi og biomedisin (Nellemann & Seibæk, 2016, s. 54). Behandlingen er kompleks og tidkrevende, og muligheten for at behandlingen mislykkes er stor (Ebrahimzadeh Zagami et al., 2019, s. 95). Sykepleieren på fertilitetsklinikken kan ha en viktig rolle i å støtte de sårbare parene (Nellemann & Seibæk, 2016, s. 55).

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Valg av tema er gjort på bakgrunn av personlig interesse for fagfeltet reproduktiv helse. Erfaring med ufrivillig barnløshet i en nær relasjon, har bidratt til et ønske om å rette oppmerksomhet mot problemstillingen. Infertilitet kan beskrives som *en stille kamp*. Med det menes at seksuell og reproduktiv helse anses som et svært personlig anliggende, og de berørte bærer ofte utfordringene alene. Dette gjør de særlig sårbare (Rooney & Domar, 2018, s. 41).

Assistert befruktning er særlig aktualisert i dag, med politisk debatt rundt bioteknologilovens begrensninger. Debatten er preget av verdisyn og etiske spørsmål, men de psykologiske belastningene for ufrivillig barnløse har ikke fått særlig plass i den offentlige diskusjonen. Assistert befruktning er et medisinsk fagfelt i rask utvikling, og de stadig forbedrede behandlingsmulighetene kan gi håp og optimisme for ufrivillig barnløse. Samtidig viser tidligere forskning at pasienter som gjennomgår fertilitetsbehandling er svært utsatt for psykologisk stress og har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser. Det er et behov for økt kunnskap hos helsepersonell, for å kunne hjelpe pasientene med å mestre infertilitet og fertilitetsbehandling (Rooney & Domar, 2018, s. 41). Sykepleiere står i frontlinjen i den pasientnære pleien, også innenfor reproduktiv helse og fertilitet. Likevel er det viet lite plass til reproduktiv helse i sykepleieutdanningen. Det finnes ingen

videreutdanning for fertilitetssykepleie, men grunnutdanningen gir et begrenset kunnskapsgrunnlag for sykepleiere som skal jobbe innen fagfeltet. En dansk undersøkelse fra 2013 dokumenterte at sykepleierens støtte var helt avgjørende for parenes evne til å mestre fertilitetsbehandling (Nellemann & Seibæk, 2016, s. 54). Å rette fokus på infertilitet, de psykologiske konsekvensene, og sykepleiers rolle i å hjelpe pasientene med å mestre dem, kan bidra til økt kunnskap.

1.3. Avgrensning og presisering av problemstilling

Både kvinner og menn rammes av infertilitet, og omtrent 90 prosent av pasienter som henvises til fertilitetsbehandling er par bestående av en mann og en kvinne. Kvinnen vil i alle tilfeller være pasienten, selv om mannen også ofte inngår i behandlingen (Nellemann & Seibæk, 2016, s. 54). Oppgaven omfatter derfor både kvinnen og paret.

Selv om sykepleiere kan møte fertilitetspasienter i mange sammenhenger, er oppgaven sentrert rundt sykepleiers møte med pasientene på fertilitetsklinikken. Sykepleiere som jobber på fertilitetsklinikk er involvert i hele behandlingsprosessen, og har arbeidsoppgaver som informasjon, veiledning, undervisning i medisinbehandling, og å assistere under undersøkelser og inngrep (Nellemann & Seibæk, 2016, s. 54).

Formålet med oppgaven er å undersøke hvorvidt sykepleier i møte med pasientene kan bidra til å redusere de psykologiske påkjenningene, utøve sykepleie som fremmer håp og dermed hjelpe pasientene med å mestre den krevende behandlingsprosessen. Problemstillingen oppgaven belyser er følgende:

Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere psykologisk stress og fremme håp hos ufrivillig barnløse under fertilitetsbehandling?

1.4. Sentrale begrep

Infertilitet: Sykdom i reproduksjonssystemet, definert av manglende evne til å oppnå klinisk graviditet etter minst 12 måneder med regelmessig ubeskyttet samleie (WHO, 2020).

Fertilitetsbehandling: Det finnes flere behandlingsmetoder for infertilitet. I oppgaven brukes begrepet om utredning, diagnostisering og behandling. Behandlingsmetodene kan innebære legemidler, hormonbehandling, kirurgi og In Vitro Fertilisering (IVF), også kalt prøverørsbefruktning eller assistert befruktning (Helsenorge, 2020).

Psykologisk stress: Stress betegner ulike typer belastninger mennesker utsettes for, de fysiologiske og psykologiske reaksjonene på disse, og konsekvensene av stressreaksjonene (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, s. 134). Oppgaven er sentrert rundt de psykologiske belastningene knyttet til infertilitet og fertilitetsbehandling, betegnet som psykologisk stress.

Mestring: Mestring innebærer mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige livshendelser, i forsøk på å redusere belastningene eller negative konsekvenser av disse belastningene (Eide & Eide, 2007, s. 166).

Håp: Håp er en underliggende fornemmelse av tro og tillit til livet. Håp som aktiv ressurs aktualiseres i livssituasjoner som truer personers liv og helse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 269).

1.5. Oppgavens oppbygging

Oppgaven er inndelt i seks kapitler. Den innledes med kapittel 1, der valg av tema og problemstilling presenteres. Der presiseres oppgavens avgrensninger, og sentrale begreper avklares. Videre beskrives oppgavens metode i kapittel 2. Her beskrives den vitenskapelige metoden benyttet for å innhente kunnskap, og søkehistorikk presenteres i en tabell. Kapitlet inneholder også en gjennomgang av valgt litteratur, samt kildekritikk. I kapittel 3 presenteres oppgavens empiri. De valgte artiklene presenteres sammenfattet først, før hver enkelt artikkel gjennomgås i en samlet tabell, som viser forskningens hovedspørsmål, metode, resultat/funn og relevans til oppgaven. Det teoretiske grunnlaget for oppgaven er kapittel 4. Her beskrives teori tilknyttet infertilitet og fertilitetsbehandling, samt stress, mestring og håp. I tillegg inneholder kapitlet sykepleieteorier som omhandler de sentrale fenomenene i oppgaven. Teorigrunnlaget, empirien og en inkludert ressursamtale drøftes så i kapittel 5, for å svare på problemstillingen. Drøftingen resulterer i en konklusjon som presenteres til slutt i kapittel 6.

2. Metode

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2012, s. 111).

2.1. Metodebeskrivelse

Oppgaven er en litteraturstudie, med hensikt å benytte eksisterende forskning og teori for å belyse og svare på problemstillingen. Ved bruk av de vitenskapelige databasene PubMed, Cinahl og SveMed+, er det utført strukturerte, systematiske litteratursøk. For å sikre kvalitet i den aktuelle litteraturen er søkene begrenset til fagfelleverderte forskningsartikler. Artiklene er også avgrenset til å være publisert de siste ti år, for å ivareta aktualitet og relevans. Litteratursøkene presenteres i en søketabell (tabell 1). Både kvalitativ og kvantitativ forskning er inkludert i studien. Kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i (Dalland, 2012, s. 112). De kvalitative studiene bidrar til dybdeforståelse av temaet, mens de kvantitative er inkludert for innsikt i omfang, helhet og sammenhenger. Sammen vil det bidra til å belyse problemstillingen. De utvalgte artiklene presenteres i en artikkelmatrise (tabell 3). For å forankre den aktuelle forskningen i fagkunnskap og teori, er det benyttet pensumlitteratur og relevante fagbøker. Fordi det aktuelle fagfeltet er i stadig endring i teknologiske fremskritt, refereres det også til publisert informasjon fra norske helsemyndigheter og globale helseorganisasjoner. For å tilføye perspektiv og dybdeinnsikt i oppgaven er det benyttet en ressursamtale med en sykepleier som jobber i en fertilitetsklinikk. Ressurssamtalen er utarbeidet som strukturert intervju med kvalitativ og deskriptiv tilnærming, og er inkludert i diskusjonsdelen. Intervjuet i helhet er presentert i vedlegg 1.

2.2. Søkehistorikk

Strukturerte søk i vitenskapelige databaser ble utført for å finne relevant forskning. Primært ble PubMed brukt, videre supplert med Cinahl og SveMed+. Søk i SveMed+ resulterte ikke i benyttede artikler, da databasen ga få relevante treff, og aktuelle artikler var ikke tilgjengelig for bestilling grunnet dagens smittesituasjon.

For å strukturere søkene, ble det brukt PICO skjema, presentert i tabell (tabell 2). For å finne gode engelskspråklige artikler, ble MeSH benyttet for å finne god engelsk fagterminologi, også dette vist i tabell 2.

Det ble først utført brede søk for å få et overblikk over aktuell forskning på fagområdet fertilitetsbehandling og sykepleie. Dermed ble det utført smalere søk hvor søket ble tilført «AND» og begrepene «stress», «psychological stress», «hope» og «coping». Alle søkene var avgrenset til siste 10 år for å sikre relevans. De fleste søkene var også begrenset til fagfelleverderte artikler for å sikre kvalitet i forskningsartiklene.

I utvelgelsesprosessen ble det først lest overskrifter og gjort et førsteutvalg basert på relevans til problemstillingen. Sammendrag ble lest på alle aktuelle artikler i førsteutvalget.

I andreutvalget ble artiklene lest i sin helhet, og det ble til slutt gjort et utvalg på åtte artikler som på ulike måter belyser problemstillingen.

2.3. Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste artikler	Valgte artikler
PubMed	28.03.	S1	MeSH: Infertility	10 år	38 331		
		S2	MeSH: Nurse	10 år	313 668		
		S3	S1 AND S2	10 år	962		
		S4	MeSH:In Vitro Fertilization OR IVF OR ART	10 år	102 686		
		S5	S1 AND S2 AND S4	10 år	190	11	4 (B, E, G, H)
	17.04.	S6	MeSH: Psychological stress	10 år	77 169		
		S7	S1 AND S2 AND S6	10 år	76	6	1 (D)
		S8	MeSH: Stress		521 092		
		S9	S1 AND S2 AND S8	10 år	151	3	1 (C)
Cinahl	20.04.	S11	MeSH: Infertility	Tilgjengelig fulltekst Fagfelleverdert 10 år	4892		
		S12	MeSH: Nurse OR nursing OR nurses	Tilgjengelig fulltekst Fagfelleverdert Siste 10 år	65999		
		S13	S11 AND S12	Tilgjengelig fulltekst Fagfelleverdert Siste 10 år	103		

		S14	MeSH: stress	Tilgjengelig fulltekst Fagfellevurdert Siste 10 år	53948		
		S15	S11 AND S12 AND S14	Siste 10 år Fagfellevurdert	41	3	
		S16	MeSH: Infertility treatment	Siste 10 år Fagfellevurdert	1695		
		S17	MeSH: Hope	Siste 10 år Fagfellevurdert	20991		
		S18	S16 AND S17	Siste 10 år Fagfellevurdert	39	3	1 (A)
		S19	S16 AND S12 AND coping	Siste 10 år	6	2	1 (F)
SveMed+	04.05.	S20	MeSH: Infertilitet	2010-2019 Fagfellevurdert	34		
		S21	MeSH: Stress	2010-2019 Fagfellevurdert	547		
		S22	S20 AND S21	2010-2019 Fagfellevurdert	5	2	

Inkluderte artikler:

- A. Dembińska, A. (2014). Psychological costs of life crisis in Polish women treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 96–107. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.852772>
- B. Gozuyesil, E., Karacay Yikar, S., & Nazik, E. (2019). An analysis of the anxiety and hopelessness levels of women during IVF-ET treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/ppc.12436>
- C. Ebrahimzadeh Zagami, S., Latifnejad Roudsari, R., Janghorban, R., Mousavi Bazaz, S. M., Amirian, M., & Allan, H. T. (2019). Infertile Couples' Needs after Unsuccessful Fertility Treatment: a Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 8(2), 95–104. Retrieved from <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.014>
- D. Pasch, L. A., Holley, S. R., Bleil, M. E., Shehab, D., Katz, P. P., & Adler, N. E. (2016). Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertility and Sterility*, 106(1), 209-215.e2. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.03>
- E. Lee, S.-H., Wang, S.-C., Kuo, C.-P., Kuo, P.-C., Lee, M.-S., & Lee, M.-C. (2010). Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring*

Sciences, 24(3), 507–513. Retrieved from https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00742.x	
F. Ozan, Y. D., & Okumuş, H. (2017). Effects of Nursing Care Based on Watson’s Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial. <i>Research & Development in Medical Education</i> , 6(2), 95–109. Retrieved from https://doi.org/10.15171/jcs.2017.010	
G. Kim, M., Kim, S., Chang, S., Yoo, J.-S., Kim, H. K., & Cho, J. H. (2014). Effect of a Mind-Body Therapeutic Program for Infertile Women Repeating In Vitro Fertilization Treatment on Uncertainty, Anxiety, and Implantation Rate. <i>Asian Nursing Research</i> , 8(1), 49–56. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.02.002	
H. Klitzman, R. (2018). Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. <i>BMC Women’s Health</i> , 18(1), 84. Retrieved from https://doi.org/10.1186/s12905-018-0572-6	

Tabell 1 Søketabell

2.4. PICO skjema og MeSH

PICO er et verktøy for å strukturere og klargjøre problemstillingen til litteratursøket (Helsebiblioteket, 2016.) Tabellen viser hvilke elementer som er grunnlaget for problemstillingen, og MeSH som er benyttet som bakgrunn for de valgte søkeordene. Begrepet MeSH betyr *Medical Subject Heading* og benyttes som et verktøy for begrepsforståelse av medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk (Helsebiblioteket, 2020).

			MeSH
P	Population/patient/problem	Infertile kvinner og par/infertilitet og de psykologiske konsekvensene av infertilitet og infertilitetsbehandling.	Infertile women, infertile couples, Infertility, ufrivillig barnløshet.
I	Intervention	Fertilitetsbehandling, sykepleie, sykepleie som kan hindre stress og fremme mestring og håp, psykologisk støtte	Fertility treatment, infertility treatment, In Vitro Fertilization, IVF, Assisted Reproductive Techniques (ART), nurse, nurses, nursing.
C	Comparison	Dagens praksis.	
O	Outcome	Stress, psykologisk stress, tap av håp, håp, mestring.	Stress, emotional stress, emotional distress, hope, hopelessness, coping, coping strategies.

Tabell 2 PICO og MeSH

2.5. Litteratur og kildekritikk

Oppgaven er skrevet med hensikt å kun benytte kilder av god kvalitet. Det er derfor tilstrebet å benytte fagfelleverderte artikler. Forskningen er lest og vurdert med kritisk blikk, hvor relevans til problemstillingen, overføringsverdi til det norske helsevesenet og sykepleiefaglig tilknytning er nøye overveiet.

Flere av de inkluderte studiene er gjennomført i andre deler av verden, som Iran, USA og Tyrkia. Dette kan innebære en begrensning i overføringsverdi, på grunn av ulik oppbygging av helsetjenester og kulturforskjeller. Likevel, infertilitet er et globalt folkehelseproblem, og summen av den leste forskningen viser at kvinner og par opplever de samme utfordringene knyttet til infertilitet og barnløshet i ulike deler av verden. Det er derfor vurdert at forskningen til tross for ulikheter likevel har en viss overføringsverdi. Samtlige artikler er oversatt fra engelsk til norsk. Noen av artiklene er også oversatt til engelsk fra et annet språk, og dermed oversatt to ganger. Dette kan innebære en kilde til feiltolkning.

I tillegg til de åtte forskningsartiklene er det benyttet relevant faglitteratur. For å bevare det sykepleiefaglige perspektivet, er pensumlitteratur fra studiets tre år flittig brukt. Kristoffersen, Nordtvedt og Skaugs Grunnleggende sykepleie bind 1 og bind 3 er særlig benyttet som teoretisk referanseramme, supplert med blant andre Dalland og Eide & Eide. Tilgang til litteratur tilknyttet fenomenene stress, håp og mestring viste seg å være god. Selv om bibliotekene har vært stengt på grunn av dagens smittesituasjon med covid-19, har det vært mulig å oppdrive litteratur digitalt fra nasjonalbiblioteket. Litteratur som omhandlet reproduktiv helse og infertilitet var derimot begrenset. Selv om det var mye tilgjengelig forskning, var det utfordrende å finne relevante fagbøker. Det kan være knyttet til fagfeltets stadige endringer med teknologiens utvikling og fremskritt. Mye informasjon knyttet til temaet er å finne på nettsteder. For å sikre valid og oppdatert data, er det kun benyttet offentlige nettsider fra organisasjoner som Folkehelseinstituttet, Helsenorge, Bioteknologirådet og Verdens helseorganisasjon. Sykepleieteori fra Benner og Wrubel og Travelbee er inkludert i oppgaven. Disse teoretikerne er valgt fordi mange av fenomenene i problemstillingen, som stress, håp, mening, mestring og pasientrelasjoner står sentralt i disse teoriene, og er dermed med på å belyse problemstillingen.

2.6. Ressurssamtale

For å knytte den vitenskapelige tilnærmingen av oppgaven til sykepleie i praksis, er det utført en ressurssamtale med en sykepleier, strukturert som intervju (vedlegg 1). Samtale er et av de viktigste redskapene i arbeidet med andre mennesker. I relasjonen mellom intervjuer og den som blir intervjuet er man sammen om å produsere ny kunnskap (Dalland, 2012, s.151). Intervjupersonen i oppgaven er sykepleier Mari, som er ansatt på en fertilitetsklinikk. Grunnet dagens smittevernsituasjon ble samtalen utført ved elektronisk overført skriftlig materiale. Det skriftlige materialet besto av et strukturert intervju med tre temaområder med tilhørende spørsmål. Intervjuet ble utarbeidet med en kvalitativ og deskriptiv tilnærming. Med kvalitativ menes det at intervjuet tar sikte på å få frem nyanserte beskrivelser av situasjonen intervjupersonen befinner seg i, med mål om å innhente kvalitativ kunnskap (Dalland, 2012, s.156). Deskriptiv tilnærming har som formål å innhente presise beskrivelser av opplevelser, følelser og handlinger. Spørsmålene ble derfor formulert slik at intervjuobjektet ble oppfordret til å dele tanker, følelser og erfaringer, med innledninger som «hvordan opplever du» eller «hvilke erfaringer har du med» (vedlegg 1). Hensikten med ressurssamtalen var å tilføre et kvalitativt og

praksisrelatert perspektiv til oppgaven. Ressurssamtalen er benyttet i oppgavens drøftingskapittel, og er presentert i sin helhet i vedlegg 1. Ressurspersonen har samtykket til bruk av intervjuet i oppgaven, og har signert samtykkeskjema (vedlegg 2).

3. Empiri

I dette kapitlet presenteres de valgte forskningsartiklene, først sammenfattet med de viktigste funnene, dermed i en tabell (tabell 1).

3.1. Sammenfattet empiri

Åtte artikler er inkludert i studien, som belyser problemstillingen på ulike måter. Både kvalitativ og kvantitativ forskning er inkludert. Samlet kan funnene i empirien deles inn i fire fokusområder; 1) Psykologiske konsekvenser av infertilitet og fertilitetsbehandling, 2) Fertilitetspasienters psykologiske behov under og etter avsluttet behandling, 3) Sykepleiers rolle i møte med disse behovene og 4) Hindringer og utfordringer knyttet til dette.

De første to artiklene (A,B) undersøker de psykologiske belastningene og konsekvensene av infertilitet og behandling. *Psychological cost of life crisis for Polish women treated for infertility* analyserer de psykologiske belastningene ved infertilitetsbehandling som livskrise. Studien trekker særlig frem viktigheten av håp, og identifiserer tap av håp som den tyngste av alle psykologiske belastninger (Dembińska, 2014). Studien *An analysis of anxiety and hopelessness levels of women during IVF-ET treatment* omhandler også håp, og analyserer hvordan angst og håp som psykologiske belastninger endrer seg gjennom behandlingsprosessen. Den viser at angsten øker i takt med at håp synker, og at håpet synker jo lengre man kommer i behandlingen (Gozuyesil et al., 2019).

Videre følger to artikler (C,D) som omhandler fertilitetspasienters behov under og etter avsluttet behandling. *Infertile couples` needs after unsuccessful fertility treatment: a qualitative study* beskriver psykologiske og emosjonelle behov hos par som har gjennomgått mislykket IVF-behandling. Behov for psykologisk støtte, informasjon og tilgang til videre helsetilbud trekkes særlig frem, og studien viser at behovene ikke blir møtt (Ebrahimzadeh Zagami et al., 2019). Tilgang til supplerende helsetilbud er også tema i artikkelen *Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of, and do they receive mental health services?* Studien påpeker at psykologisk stress er svært utbredt blant fertilitetspasienter, men at få mottar tilstrekkelig informasjon om eller henvisning til psykisk helsehjelp, til tross for økt risiko for å utvikle psykiske lidelser (Pasch et al., 2016).

Videre følger tre artikler som omhandler hvordan sykepleier kan tilnærme seg pasientenes behov. Artikkelen *Grief Responses and Coping Strategies Among Infertile Women after failed In Vitro Fertilization Treatment* (E), beskriver en studie som undersøker sorgreaksjoner og mestringsstrategier hos kvinner etter mislykket fertilitetsbehandling. Studien viser mestringsstrategiene pasientene bruker kan fortelle noe om det psykologiske stresset de er utsatt for, og at kunnskap om og evne til å identifisere sorgreaksjoner og mestringsstrategier, kan hjelpe sykepleiere til å tilby bedre psykologisk støtte (Lee et al., 2010).

De to neste artiklene (F,G) peker på konkrete tilnærminger for sykepleiere. *Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial*, beskriver en spesifikk måte å utøve sykepleie til fertilitetspasienter, basert på Watsons omsorgsteori. I den

randomiserte studien blir angst, stress og mestring målt hos intervensjonsgruppen og sammenlignet med kontrollgruppen. Funnene viser betydelig forskjell, og Watsons omsorgsteori blir anbefalt som en guide for sykepleiere for å redusere angst og stress, og fremme positiv mestring (Ozan & Okumuş, 2017). En annen tilnærming beskrives i artikkelen *Effect of a Mind-Body Therapeutic program for infertile women repeating In Vitro Fertilization Treatment on Uncertainty, Anxiety, and Implantation Rate*. I denne studien ble det utviklet et eget behandlingsprogram med fokus på en helhetlig tilnærming til kropp og sinn; «*mind-body*». Pasientene som fulgte programmet ble målt på angst og usikkerhet og sammenlignet med en kontrollgruppe. Studien viste betydelig forskjell i usikkerhet og angst (Kim et al., 2014).

Den siste studien, *Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients*, beskriver ulike utfordringer knyttet til god kommunikasjon og gode relasjoner mellom helsepersonell og pasienter i fertilitetsklinikkene. Studien viser at relasjonen til helsepersonell er betydningsfull for fertilitetspasientene, men ofte ikke tilfredsstillende. Studien peker på *ulike forventninger* som et av hindrene, en for medisinsk-sentrert kommunikasjon, samt helsepersonellens vanskelige balanse mellom å fremme håp og være realistisk (Klitzman, 2018).

3.2. Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentar og relevans for problemstilling
A) Psychological costs of life crisis for Polish women treated for infertility (Dembińska, 2014)	Formålet med studien var å analysere de psykologiske belastningene ved en livskrise for kvinner under fertilitetsbehandling.	Blandet metode. Hermeneutisk tilnærming ved analyse av informasjon, supplert med proaktiv teknikk og kvalitativ metode.	18 typer psykologiske belastninger ble identifisert. Betydelig sammenheng ble funnet mellom psykologisk belastning, håp og behandlingens lengde og hvor avansert den var. Tap av håp ble identifisert som den største av alle psykologiske belastninger, og nedsatt håp førte til at også de andre psykologiske	Studien konkluderer med at å identifisere de psykologiske belastningene og se på fertilitetsbehandling som en livskrise, kan bidra til å yte bedre psykologisk hjelp for pasientene. Studien understreker viktigheten av håp, ikke bare som en følelse, men som en

			belastningene opplevdes verre.	grunnleggende egenskap.
<p>B) An analysis of the anxiety and hopelessness levels of women during IVF-ET treatment.</p> <p>(Gozuyesil et al., 2019)</p>	Formålet med studien var å fastslå nivåer av angst og håpløshet hos kvinner under IVF-behandling.	Deskriptiv tverrsnittstudie, inkluderte 50 infertile kvinner. Utført i Tyrkia, 2015-2016. Deltagerne var kvinner under førstegang IVF behandling. Data innhentet med standardiserte og validerte skjemaer og skalaer.	Funnene viste en betydelig endring i håp/håpløshet gjennom behandlingen. Kvinnene scoret lavere på håp jo lengre i behandlingsprosessen de kom. Kvinnene hadde høy score av håpløshet, og høyere score på angst ga også lavere score på håp.	Studien viser en sammenheng mellom angst og håp, og viser at en tilnærming som fremmer håp kan være viktig gjennom hele prosessen.
<p>C) Infertile Couples' Needs after Unsuccessful Fertility Treatment: A qualitative Study.</p> <p>(Ebrahimzadeh Zagami et al., 2019)</p>	Kvalitativ studie med formål å undersøke de psykologiske og emosjonelle behovene til infertile par etter mislykket IVF-behandling.	Kvalitativ deskriptiv studie utført ved en iransk fertilitetsklinikk 2016-2017. 9 par, 9 kvinner og 2 menn deltok i studien, og data ble innhentet ved semistrukturerte intervjuer. Omhandlet behov for psykologisk støtte, behov for mer nyttig informasjon, behov for sosial støtte og behov for tilgang til supplerende helsetilbud.	Funnene viste at pasientenes behov etter mislykket fertilitetsbehandling ikke ble møtt. Ved å identifisere og møte disse behovene kan man hjelpe pasientene til å håndtere den mislykkede behandlingen og til å ta valg angående videre behandling.	Den kvalitative tilnærmingen gir dybdekunnskap om hvordan pasientene opplever behovet for støtte og informasjon, og hvordan disse behovene ikke blir møtt.
<p>D) Addressing the Needs of Fertility</p>	Formålet å undersøke i hvor stor grad fertilitetspasient	Kvantitativ, prospektiv kohortstudie. Inkluderte 352	56,5 % av kvinnene, og 32,1 % av mennene scoret innenfor	Studien konkluderer med at til tross for at

<p>Treatment Patients and their Partners: Are they Informed of and Do they Receive Mental Health Services?</p> <p>(Pasch et al., 2016)</p>	<p>er, og deres partnere, mottar psykisk helsehjelp og blir tilbudt informasjon om psykisk helsehjelp av fertilitetsklinikkene. Og hvorvidt det ble rettet mot de mest utsatte (lidende) pasienten.</p>	<p>kvinner og 274 menn som søkte fertilitetsbehandling. Deltakerne ble målt på depresjon, angst og bruk av, og informasjon om psykisk helsehjelp.</p>	<p>klinisk depressive symptomer. 75,9 % av kvinnene og 60,6 % av mennene scoret innenfor klinisk angstsymptomer. Både depresjon og angst scoret høyere hos de som vedvarte infertil sammenlignet med de som hadde vellykket behandling. 21 % av kvinnene og 11,3 % av mennene rapporterte at de hadde mottatt psykisk helsehjelp, og 26,7 av kvinnene og 24,1 % av mennene hadde mottatt informasjon om psykisk helsehjelp av klinikkene. De fant ingen sammenheng mellom at pasientene med de alvorligste angst-og depresjonssymptomene hadde større sannsynlighet for å motta informasjon om psykisk helsehjelp.</p>	<p>psykologisk stress er vanlig hos fertilitetspasienter, vil de færreste motta eller bli henvist til psykisk helsehjelp. Psykisk helsehjelp blir heller ikke mer rettet mot pasienter med særlig risiko for alvorlig psykisk lidelse. Mer oppmerksomhet må rettes mot psykisk helse for fertilitetspasienter og deres partnere.</p> <p>Studien peker på de mulige konsekvensene av å ikke møte pasientenes behov for psykologisk støtte. Ikke bare for å dempe de psykologiske belastningene de gjennomgår, men også for å hindre utvikling av, eller identifisere og sørge for behandling av psykiske lidelser.</p>
--	---	---	--	---

<p>E) Grief Responses and Coping Strategies Among Infertile Women after failed In Vitro Fertilization Treatment. (Lee et al., 2010)</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke 1) Sammenhengen mellom bruk av, og opplevd effekt av mestringsstrategier hos kvinner som gjennomgår infertilitet og mislykket fertilitetsbehandling og 2) sammenheng mellom sorgresponser og mestringsstrategier brukt.</p>	<p>Tverrsnittstudie som undersøkte 66 kvinner som hadde gjennomgått minst ett mislykket IVF-forsøk. Data ble innhentet ved selvadministrert strukturert spørreskjema</p>	<p>Den vanligste sorgresponser var bargaining, etterfulgt av aksept, depresjon, sinne, fornektelse og isolering. De vanligste mestringsstrategiene var konfronterende, optimistisk, self-reliant, fatalistisk, støttende, evasive, palliativ og emotive. Alle mestringsstrategiene var relatert til sorgresponserne.</p>	<p>Studien konkluderer med at å identifisere sorgresponserne og mestringsstrategiene til kvinnene som har gjennomgått mislykket IVF, kan hjelpe sykepleiere i jobben med å tilby informasjon, pleie og psykologisk støtte.</p>
---	--	--	--	--

<p>F) Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial.</p> <p>(Ozan & Okumus, 2017)</p>	<p>Forskningsstudie av effekten av sykepleie basert på Watsons teori om «Human Caring», på angst, stress/lidelse og mestring, under fertilitetsbehandling med negativt utfall.</p>	<p>Randomisert, kontrollert studie utført 2012. Inkluderte 86 tyrkiske kvinner, hvorav 45 i intervensjonsgruppe og 41 i kontrollgruppe. Påfølgende oppfølging i fire uker, av kvinnene med mislykket fertilitetsbehandling. Data ble innhentet og analysert ved validerte standardiserte skjemaer og verktøy.</p>	<p>Betydelig forskjell i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på angst, stress/lidelse og mestring. Watsons teori om «Human Care» anbefales derfor som en guide til sykepleie for pasienter under fertilitetsbehandling for å minske angst og stress, og fremme positiv mestring.</p>	<p>Studien konkluderer med at sykepleie basert på en bestemt teori kan ha betydning for pasientens opplevelse av stress og mestring. Watsons teori er kanskje ikke direkte relevant, men kan sammenlignes med de valgte teoriene i oppgaven, likheter og ulikheter og kan bidra til perspektiv.</p>
<p>G) Effect of a Mind-Body Therapeutic program for infertile women repeating In Vitro Fertilization Treatment on Uncertainty, Anxiety, and Implantation Rate.</p> <p>(Kim et al., 2014)</p>	<p>Formålet med studien var å utvikle et mind-body behandlingsprogram, og evaluere dets effekt på usikkerhet, angst og implantasjonsrate hos andreforsøks IVF hos kvinner.</p>	<p>Programmet ble utviklet på bakgrunn av et spørreskjema fra 8 infertile kvinner, samt tilgjengelig litteratur. Studien ble så utført i Korea, i 2014, med en intervensjonsgruppe på 26 kvinner og en kontrollgruppe på 24 kvinner. Kvinnene var diagnostisert med uforklarlig infertilitet, og hadde et mislykket IVF forsøk bak seg,</p>	<p>Programmet var fokusert rundt tre ulike typer angst/stress utløst av usikkerhet: kognitiv, emosjonell og biologisk respons. Pasientene i intervensjonsgruppen viste lavere nivåer av både usikkerhet og angst sammenlignet med kontrollgruppen. Ingen betydelig forskjell i implantasjonsrate mellom gruppene.</p>	<p>Studien viser et eksempel på hvordan en bestemt tilnærming kan ha effekt på den psykologiske belastningen med usikkerhet, angst og stress. Metodene i programmet, som inkluderte bl.a deling av erfaringer, identifisere misoppfatninger, dele følelser, fremme positivitet og pusteøvelser, kan være overførbare til</p>

		og ventet nå på neste runde. Programmet besto av 5 to timers sesjoner over den 5 uker lange IVF prosedyren, og ukentlig oppfølging 6 mnd etter.		sykepleiere på fertilitetsklinikk er. Studiens fokus på implantasjonsrate er ikke relevant for oppgaven.
H) Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. (Klitzman, 2018)	Formålet med studien var å undersøke hvilke hindringer som står i veien for god kommunikasjon og gode relasjoner mellom fertilitetsbehandlere og pasienter, og hvordan de kan håndteres.	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju på ca 1 time hver, utført med 37 fertilitetsbehandlere og pasienter (17 leger, 10 andre helsepersonell og 10 pasienter).	Fertilitetspasienter anser ofte kommunikasjonen og relasjonen til helsepersonell som viktig, men ofte ikke tilfredsstillende. Pasientene og behandlerne kan ha ulike forventninger til utfallet av behandlingen. Behandlerne kan ofte føle skyld og trekke seg unna pasienten etter mislykket behandling, noe som kan påføre pasientene ytterligere stress. Interaksjon med sykepleier kan spille en viktig rolle.	Denne studien viser hvilke utfordringer som eksisterer i dag knyttet til god kommunikasjon og gode relasjoner mellom fertilitetspasienter og helsepersonell. Den får frem perspektivet til både pasienten og behandleren. Helsepersonellet i studien var med overvekt av leger og få sykepleiere. Likevel står både leger og sykepleiere overfor de samme utfordringene, og det er derfor relevant.

Tabell 3 Artikkelmatrise

4. Teori

4.1. Fagrelatert teori

4.1.1. Infertilitet

Kvinner regnes å være i reproduktiv alder fra 15-49 år (WHO, 2020). For at en kvinne skal bli gravid må flere prosesser skje. Kvinnen må produsere en eggcelle, mannen må produsere friske sædceller, eggcellen må kunne passere fra kvinnens eggstokk til egglederen og paret må ha samleie i tiden rundt egglosning. Sædcellene må kunne passere skjeden og livmoren og svømme videre inn i egglederen og egget må kunne befruktes av en sædcelle. Videre må det befruktete egget feste seg i kvinnens livmorvegg (Helsenorge, 2019.) Blant par som forsøker å bli gravide, vil omtrent 80 prosent lykkes innen et år. De parene som ikke blir gravid innen ett år kan søke helsehjelp for å oppnå graviditet (Bioteknologirådet, 2010). WHO definerer infertilitet som «*en sykdom i reproduksjonssystemet hvor klinisk graviditet ikke oppnås etter 12 måneder med regelmessig ubeskyttet samleie*» (WHO, 2020).

Nedsatt fruktbarhet kan oppstå både hos mannen og kvinnen. Hos mannen skyldes det ofte nedsatt sædkvalitet. Hos kvinnen kan det ha mange årsaker, ofte skyldes det forstyrrelser i egglosningen eller tette eggledere. Kvinnene har også synkende fruktbarhet fra 35 års alder. I ti prosent av tilfellene finner man ingen årsak (Helsenorge, 2020). Man regner at omtrent ti prosent av befolkningen til enhver tid vil oppleve vedvarende eller periodevis ufrivillig barnløshet i Norge. Fordi kvinner i økende grad venter lengre med å få barn, er det forventet av problemer med fertilitet vil øke (NHI, 2019).

4.1.2. Fertilitetsbehandling

Behandlingsmetode avhenger av årsaken til den nedsatte befruktningsevnen. Noen vanlige metoder er hormonstimulering, korreksjon av anatomiske forhold ved f. eks. tette eggledere, og inseminasjon med sæd fra partner eller donor. Eggdonasjon er ikke tillatt i Norge per 2019. I mange tilfeller er assistert befruktning, også kalt prøverørsbefruktning eller *In Vitro Fertilisering*, det beste behandlingsalternativet (Helsenorge, 2020).

In Vitro Fertilisering (IVF) innebærer at kvinnens egg befruktes utenfor livmoren. Behandlingen starter med hormonbehandling av kvinnen, med hensikt å modne flere egg for å øke sjansen for å lykkes med behandlingen. Ved et mindre inngrep hentes eggene ut. Eggene befruktes så av sædceller i en liten skål på laboratoriet, og etter befruktning og embryodyrkning plasseres ett eller to av embryoene i kvinnens livmor (Bioteknologirådet, 2010). Denne behandlingen kan være aktuell uavhengig av årsak, så lenge kvinnen har brukbare egg. Etter tre forsøk vil omtrent 60 til 70 prosent av parene oppnå å få barn. Men sjansen til å lykkes reduseres betydelig ved økende alder, og ved 43 års alder ender halvparten av IVF graviditetene i spontanabort (Helsenorge, 2020).

Verdens første «prøverørsbarn» ble født i 1978. I dag er assistert befruktning blitt en vanlig behandlingsform, og omtrent 4 % av barn som fødes i Norge blir til ved hjelp av assistert befruktning (Bioteknologirådet, 2010).

Assistert befruktning reguleres av Bioteknologiloven, kapittel 2. Lovverkets formål er «å sikre medisinsk bruk av bioteknologi til det beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle. Loven skal sikre at dette skjer i samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, menneskelige rettigheter og personlig integritet og uten diskriminering på grunnlag av arveanlegg basert på de etiske normer nedfelt i vår vestlige kulturarv » (Bioteknologiloven, 2003.) Lovverket innebærer blant annet krav om samlivsform, vilkår, informasjon og samtykke (Bioteknologiloven, 2003, § 2-2, 2-4, 2-5). Endringer i bioteknologiloven som gjelder assistert befruktning, er per tid opp til høring på Stortinget, hvor et flertall går inn for blant annet oppheving av forbud mot eggdonasjon og tillatelse av assistert befruktning for enslige kvinner (Krüger, 2020).

4.1.3. Fertilitetssykepleie

Sykepleiere i fertilitetsklinikker har arbeidsoppgaver som å assistere ved undersøkelser og prosedyrer. På operasjonsstuen assisterer sykepleieren gynekologen ved egguttak og tilbakeføring av embryo, og ved testikkelbiopsier. I tillegg har de en rekke selvstendige oppgaver, som informasjon, veiledning, undervisning i medisinbehandling, og å gi svar på ulike prøver (Nellemann & Seibæk, 2016). En av de viktigste oppgavene er å informere og forberede pasientene under alle ledd i behandlingen, og å svare pasienter på spørsmål knyttet til behandlingen (vedlegg 1).

4.1.4. Stress

Begrepet stress innebærer ulike belastninger mennesker utsettes for, og fysiologiske og psykologiske reaksjoner på belastningene. I tillegg innebærer begrepet konsekvensene av disse stressreaksjonene. Opprinnelig er begrepet hentet fra fysikken, senere overført til biologien, i dag et velkjent begrep de fleste har en forståelse av. Stress knyttes ofte til utløsende stimuli; påkjenninger som utløser stressreaksjoner. Såkalte stressorer kan være fysiske, kulturelle, sosiale, psykiske eller biologiske. Moderne forskning viser imidlertid at det som oftest er følelsesmessige belastninger som er årsak til stressreaksjoner (Kristoffersen et al., 2011, s. 135).

Den biologiske stressreaksjonen har flere fysiske kjennetegn, som økt aktivitet i hypothalamus, hypofysen og binyrebarken og i det sympatiske nervesystemet. Økt utskillelse av stresshormonene adrenalin og noradrenalin fører til økt hjertefrekvens, blodtrykkstigning, økt blodtilførsel til hjerte og muskulatur, og nedsatt blodtilførsel til hud og fordøyelsesorganene. Denne responsen betegnes ofte som den generelle stressreaksjonen, eller GAS, et uttrykk som ble innført i medisinen av fysiologen Hans Selye (Kristoffersen et al., 2011, s. 136) .

Den akutte stressresponsen er nødvendig for vår overlevelse, men stress kan bli helseskadelig når stressfaktorene blir for store, kravene vedvarer, og vi føler at vi ikke mestrer situasjonen. Det som kjennetegner uhensiktsmessig stress er følelsen av å ikke ha kontroll over en livssituasjon (Kroese, 2003, s. 23). Angst er ofte en underliggende årsak til stress. En eksistensiell angst, som omhandler et ønske om å være noe, være betydningsfull for andre og å oppleve å ha verdi (A. J. Kroese, 2003, s. 27).

Psykologen Lazarus definerer *psykologisk stress* som «et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser, og setter hans velbefinnende i fare.» Denne definisjonen innebærer at en situasjon er en påkjenning når personen selv opplever den som det. Det psykologiske stresset er ofte knyttet til at personens grunnleggende behov er truet eller mangelfullt ivaretatt. Opplevelsen av stress vil være sterkere, jo mer sentrale behovene eller verdiene som er

truet er for personen (Kristoffersen et al., 2011, s.143-144).

4.1.5.Mestring

Alvorlige livshendelser som sykdom, tap eller andre store livsendringer kan føre til tap av mening. Verden oppleves plutselig annerledes, utrygg og uforutsigbar, og den som rammes kan gå inn i en krise. Begrepet mestring innebærer intrapsykiske og handlingsorienterte forsøk på å beherske, tolerere og redusere de ytre eller indre belastningene en er utsatt for. Det inkluderer også forsøk på å unngå eller redusere negative følger av disse belastningene. Generelt kan mestring beskrives som mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige livshendelser (Eide & Eide, 2007, s. 166).

4.1.6.Håp

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 som har stor personlig betydning. Håp er normalt ikke bevisst tilstede i et menneskes oppmerksomhet, men en underliggende fornemmelse av tro og tillit til livet. Opplevelsen av håp er viktig for hvordan mennesker mestrer livssituasjonen når de erfarer sykdom, usikkerhet, tap og lidelse. Et menneske trenger håp dersom livet skal oppleves meningsfullt her og nå, og har også betydning for personens forventninger om fremtiden. En persons håp gjenspeiles i ens tanker, følelser og handlinger (Kristoffersen et al., 2011, s. 270).

4.2.Sykepleieteori

Konkrete teorier gir oversikt og perspektiver innenfor fagområdet, og kan identifisere og beskrive sentrale sykepleiefenomener som tydeliggjør sykepleierens funksjon (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011, s. 208).

4.2.1. Benner og Wrubels teorier om stress, mestring og omsorg

Benner og Wrubels omsorgsfilosofi bygger på Heideggers fenomenologiske virkelighetsforståelse, som innebærer at mennesket ikke kan forstås isolert fra den sammenhengen det inngår i (Kristoffersen et al., 2011, s. 259). Når det gjelder helse legger Benner og Wrubel, i tråd med den fenomenologiske tilnærmingen, vekt på de subjektive aspektene ved begrepet, og bruker gjerne begrepet velvære fremfor helse. De fremhever at velvære og helse må forstås helhetlig og omfatte personen som helhet. Sykepleien rettes mot personer som opplever stress ved helsesvikt, tap og sykdom. Stressbegrepet er hos Benner og Wrubel nært knyttet til behovet for sykepleie, og sykepleier må tilnærme seg pasientens situasjon helhetlig og ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen. Benner og Wrubel definerer stress på denne måten: «Stress defineres som sammenbrudd av mening, forståelse og ubesværet funksjon, som medfører at personen blir skadd, opplever tap eller står overfor en utfordring. Situasjonen innebærer sorg, behov for fortolkning eller tilegnelse av nye ferdigheter.» Videre beskriver Benner og Wrubel følgende: «Fordi omsorg er bestemmende for hva som betyr noe, bestemmer omsorg også hva som oppfattes som stressende, og hvilke muligheter som finnes for å mestre.» Mestring er, ifølge Benner og Wrubel, det mennesker gjør når det opplever stress. Fordi stresset springer ut av en situasjonsforståelse man ikke selv kan velge, er også mulighetene for mestringsstrategier begrenset (Kristoffersen et al., 2011, s. 263). Mennesket står ikke fritt til å velge blant alle mulige mestringsstrategier, fordi mange av strategiene vil være utenkelige eller irrelevante i den bestemte situasjonen, og mulighetene til å mestre en belastende situasjon er dermed vesentlig begrenset. Når det

gjelder sykepleiers rolle peker Benner og Wrubel på sykepleiers ansvar for å kartlegge hvordan pasienten selv opplever sin situasjon og hvilken mening han tillegger den (Kristoffersen et al., 2011, s. 265.).

4.2.2. Travelbees teorier om mening, håp og å bruke seg selv terapeutisk

Joyce Travelbees teorigrunnlag er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi (Kristoffersen et al., 2011, s. 216). Travelbee hevder at sykepleiers viktigste oppgave er å hjelpe mennesker å finne mening i ulike livserfaringer. Dette kan oppnås ved å etablere et *menneske-til-menneske-forhold*. Et slikt forhold forutsetter at man ser forbi de etablerte rollene som sykepleier og pasient, og forholder seg til *menneskeligheten* hos hverandre. Denne relasjonen kan oppstå gjennom følgende faser: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Videre mener Travelbee at kommunikasjon er en forutsetning for å kunne utøve sykepleiens hensikt. Kommunikasjonen inngår i det Travelbee kaller *å bruke seg terapeutisk*. Dette beskrives som bevisst bruk av personlighet og kunnskap for å bidra til en ønsket forandring hos syke mennesker. Sykepleieren må bruke en intellektuell tilnærming og systematisk bruke sin fagkunnskap og innsikt for å finne frem til personens sykepleiebehov (Kirkevold, 1998, s. 114-119). Begrepet håp er også sentralt i sykepleierens mål og hensikt hos Travelbee. Hun forklarer at når nået er preget av fortvilelse, vil håpet, som er rettet mot fremtiden, bidra til å gjøre nået utholdelig. «Et menneske som håper opplever en viss mulighet til å velge, noe som gir opplevelse av autonomi», sier Travelbee (Kristoffersen et al., 2011, s. 217).

5. Diskusjon

Å drøfte er å diskutere og granske noe fra forskjellige sider, hvor formålet er systematisk og kritisk refleksjon (Dalland, 2012, s.143). I dette kapittelet drøftes det empiriske materialet opp mot problemstillingen. Fenomenene fra problemstillingen diskuteres sett fra de teoretiske perspektivene og knyttes til funnene i forskningen og erfaringene til sykepleier Mari på fertilitetsklinikken, som fremkommer i ressursamtalen.

5.1. Infertilitet og psykologisk stress – en livskrise

Det er med undring og beundring vi kjenner et nyfødt barn gripe om fingeren vår første gang. Det er statsministerens ord som først tar oss inn i denne oppgaven, med beskrivelsen av den altoppslukende, universelle og bunnløse kjærligheten til ens eget barn. Denne forventningsgleden og spenningen er gjerne utgangspunktet for planlegging av familieførøkelse. Ønsket om å få egne biologiske barn er ikke bare grunnlaget for hele menneskehetens eksistens, men for mange forbundet med selve meningen med livet. Når svangerskapet så uteblir og drømmen om å få egne barn svekkes, kan det reise mange eksistensielle spørsmål. Dembińska skriver i studien *Psychological costs of life crisis in Polish women treated for infertility*, at par som opplever infertilitet ofte reagerer med å isolere seg fra andre. Ofte skjuler de både tilstanden og følelsene sine fra andre, noe som øker følelsen av sosial isolasjon, ofte ledsaget av skyldfølelse og angst. De vanligste psykologiske belastningene var ifølge studien tap av håp, utmattelse, nedsatt selvfølelse, humørsvingninger og tristhet, i tillegg til å være besatt av tanken på å få barn. Dembińska beskriver erfaringene med infertilitet som en kronisk livskrise, der de ulike etappene av behandlingen kontinuerlig trigger nye kriser. Fordi den eneste løsningen, medisinsk sett, er å føde et friskt barn, forblir krisen uforløst over tid (Dembińska, 2014, s. 100).

I studien *An analysis of the anxiety and hopelessness levels of women during IVF-ET treatment* undersøkte man kvinnenes psykologiske konsekvenser i de ulike fasene av behandlingen. Funnene viste at kvinnene opplevde angst gjennom hele behandlingen, knyttet til usikkerheten i behandlingen og muligheten for negativt utfall. I venteperiodene i behandlingen rapporterte mange at de opplevde blandede følelser av glede og engstelse. De som videre opplevde mislykket behandling følte i etterkant tomhet, fravær, skyld, mislykkethet og dyp sorg. Studien viste også at lengden på behandlingen var en påvirkende faktor. Forlenget behandling hadde negativ innvirkning på kvinnenes forventninger til fremtiden, og stress, angst og håpløshet økte i takt med lengden på behandlingen (Gozuyesil, Karacay Yikar, & Nazik, 2020, s. 342-343). Dette stemmer med Kroeses beskrivelse av stress, hvor han påpeker at det er dette kroniske stresset, hvor stressfaktorene er store og kravene vedvarer over tid, som er helseskadelig (Kroese, 2003, s. 23). Dembińska skriver i sin studie at fordi både diagnostisering og behandling av infertilitet ofte tar lang tid, gjerne mange år, er de berørte utsatt for kronisk stress, kombinert med kontinuerlig overlappende kriser (Dembińska, 2014, s. 100). Dembińska forklarer videre infertilitet som både en situasjonsbetinget krise, helsebetinget krise, familiekrise og eksistensiell krise. Med eksistensiell krise menes det krise knyttet til interne konflikter, frykt, livsmål og mening med livet (Dembińska, 2014, s. 101).

Sammenhengen mellom stress og eksistensielle spørsmål beskrives av både Benner og Wrubel og Kroese. Benner og Wrubel forklarer stress som en opplevelse av sammenbrudd av mening (Kristoffersen et al., 2011, s. 263). I en eksistensiell krise hvor man stiller spørsmål ved meningen med livet, vil man dermed være svært utsatt for stress. Kroese forklarer på sin side at stress ofte forårsakes en eksistensiell angst, et ønske om å være noe, å være betydningsfull for noen og å ha verdi (Kroese, 2003, s.23). Ønsket om å være betydningsfull for noen er kanskje en av årsakene til at man ønsker å få barn i utgangspunktet. Videre beskriver Kroese stress som følelsen av å ikke ha kontroll over en livssituasjon (Kroese, 2003, s. 23). Sykepleier Mari forteller i ressursamtalen om hvordan kvinner hun jobber med på fertilitetsklinikken opplever infertilitet som tap av kontroll og mening:

«Mange klandrer seg selv for at de selv ikke får til noe som andre, ofte `tilfeldigvis` greier. Noen klandrer kroppen sin og tenker at de ikke vil være i stand til å bære frem et barn. Flere sier at det går utover deres selvfølelse som kvinne, at de ikke får til noe som er så enkelt for andre, og som de mener en kvinne er skapt for å gjøre» (vedlegg 1).

Denne skyldfølelsen beskriver også Dembinska i sin studie. Skyldfølelsen kan føre til at pasientene leter etter årsaker til infertiliteten i sine tidligere handlinger og opplevelser, som tidligere abort, bruk av prevensjon, eller å ha utsatt å få barn for lenge (Dembińska, 2014, s. 97).

Lazarus knytter opplevelsen av stress til at en persons grunnleggende behov er truet. Videre sier Lazarus at stresset vil være sterkere jo mer sentrale behovene eller verdiene som er truet er for personen (Kristoffersen et al., 2011, s. 143-144). Studiene beskrevet over understøtter at infertilitet berører helt sentrale verdier og eksistensielle spørsmål som opplevelse av mening, og at tilstanden og behandlingen fører til at pasientene over lengre perioder er utsatt for alvorlig psykologisk stress.

5.2. Håp under fertilitetsbehandling

«Håp må man ha, for hvorfor skal man ellers orke å bruke tid og penger på dette? Mister man håpet så gir man opp. For de fleste er det en grunn til å håpe! Håp og motivasjon henger sammen.» (vedlegg 1).

Sykepleier Mari fremhever her håp som en avgjørende motivasjonsfaktor for å gjennomgå fertilitetsbehandling. I Travelbees teori er mening og håp svært sentralt. Travelbee hevder at det å hjelpe pasienter med å finne mening i ulike livserfaringer er sykepleiers viktigste arbeidsoppgave (Kirkevold, 1998, s.114-119). Hun forklarer håp som noe som kan bidra til å gjøre nået utholdelig, når nået er preget av fortvilelse. Hun forklarer det med at håpet er fremtidsrettet, og dermed flytter fokuset vekk fra det fortvilte nået. Hun knytter også håp til opplevelse av autonomi, da håp innebærer en viss mulighet for valg (Kristoffersen et al., 2011, s. 217). Det er kanskje dette håpet som gjør at pasientene velger å oppsøke hjelp til å bli gravid. I den fortvilte situasjonen er det trolig håpet som gir motivasjonen til å velge å søke behandling, og forsøke å gjenvinne en viss kontroll. Kristoffersen skiver at håp er helt nødvendig for at livet skal oppleves meningsfullt her og nå (Kristoffersen et al., 2011, s.270).

Gozyyesil et. al. beskriver håp som den mest verdifulle ressursen for å mestre belastende situasjoner. Likevel viser studien til Gozyyesil et. al. at bare 8,3 av kvinnene i studien følte

seg håpefull under behandlingen. Opplevelsen av angst økte gjennom behandlingen, og når angsten økte sank håpet og kvinnene mistet motivasjon (Gozuyesil et al., 2020). Sykepleier Mari har lignende erfaringer:

«Noen pasienter blir redde for å håpe, for de er redde for å bli skuffet, gjerne de som har hatt flere behandlinger uten å lykkes. Man prøver kanskje å beskytte seg litt, for at fallhøyden ikke skal bli for stor (...). Oftest så er forventningene høyest på det første forsøket, og så faller forventningene etterhvert som man gjennomgår flere forsøk og ikke lykkes. Men de trenger håp for å få motivasjon, og det å skulle bli foreldre er en veldig stor motivasjon!» (vedlegg 1)

Dembńska bruker i sin studie uttrykket *pendel av håp*, for å skildre hvordan opplevelsen av håp gjennom fertilitetsbehandlingen er i kontinuerlig endring, og oppleves som en svingende pendel. Pasientene i studien fortalte at de følte seg håpefulle og forventningsfulle i begynnelsen av ny syklus, men forventningene gikk over i skuffelse og sorg når syklusen ikke resulterte i graviditet (Dembńska, 2014, s. 101). Denne svingningen av følelser, hvor man på den ene siden tillater seg å håpe, for så å bli skuffet gjentatte ganger, må tenkes å være svært belastende. Hvis håpet er det som gjør at situasjonen føles utholdelig, kan man tenke seg at periodene der man mister håpet føles uutholdelig. Dette kan kanskje føre til at fertilitetspasienter avslutter behandling som kunne ført til graviditet, fordi belastningen føles uoverkommelig. Dette forteller sykepleier Mari:

«Noen ganger kan pasientene gi opp litt midlertidig, så ser vi at de kommer tilbake igjen etter noen år. Det er litt synd, fordi for veldig mange i denne pasientgruppen er tiden så verdifull» (vedlegg 1).

5.3. Å mestre infertilitet

Krise og mestring er tett knyttet sammen, og hvis infertilitet og påfølgende behandling oppleves som en krise, vil det følges av ulike måter å mestre situasjonen. Som Eide og Eide forklarer, kan mestringsstrategier kan være hensiktsmessige eller uhensiktsmessige (Eide & Eide, 2007, s. 166).

Artikkelen *Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment* beskriver en studie der formålet var å undersøke sammenhengen mellom sorgreaksjoner og mestringsstrategier. Et interessant funn i studien var sammenhengen mellom mestringsstrategi og psykologisk stress. Bruk av problemorientert mestring var forbundet med høyere grad av velvære, enn følelsesorienterte mestringsstrategier, som indikerte høyt nivå av infertilitetsrelatert stress (Lee et al., 2010, s. 510-511). Ved å identifisere mestringsstrategiene, kan man dermed få en bedre forståelse av pasientens opplevelse av situasjonen.

Benner og Wrubel hevder på sin side at mennesker har en svært begrenset mulighet til å velge mestringsstrategier. De forklarer det med at mennesker ikke kan velge sin forståelse av stresset de opplever, og dermed heller ikke kan velge hvordan de mestrer det (Kristoffersen et al., 2011, s. 265). Sykepleier Mari erfarer også at pasientene mestrer situasjonen ulikt.

«Noen pasienter er bedre `rustet` og forberedt på behandling, og kan for eksempel glede seg til å komme i gang fordi de tenker at de nå skal komme ett skritt nærmere

babyen de drømmer om. Andre kan ha det mer tøft fra begynnelsen og se det som et nederlag å skulle gå igjennom IVF-behandling for noe som de kanskje tenker `egentlig` burde ordnet seg selv.» (vedlegg 1).

5.4. Sykepleie som reduserer stress og fremmer håp

5.4.1. Kartlegge behov

Benner og Wrubel vektlegger at sykepleier må tilnærme seg pasienten helhetlig. De fremhever særlig sykepleiers ansvar i å kartlegge hvordan pasienten selv opplever sin situasjon og hvilken mening han tillegger den (Kristoffersen et al., 2011, s. 265). Sykepleier Mari forteller at de bruker mye tid på å undersøke behovene til pasientene på klinikken.

«Vi setter av god tid under utredningstimen. Legen har paret inne hos seg i en time, og deretter samtale med sykepleier som kan vare like lenge. Noen sier rett ut at dette er tøft og vanskelig for dem, mens andre holder følelsene sine mer private, men kan begynne å gråte når man spør dem hvordan det egentlig går, for eksempel.» (vedlegg 1).

Med utgangspunkt i Maris erfaringer og Benner og Wrubels sykepleieteori, kan man forstå det slik at det første steget for å utøve sykepleie som reduserer stress til disse pasienten, vil være å kartlegge hvordan pasientene opplever situasjonen, og hva de faktisk har behov for.

Travelbees teori fremhever at sykepleier må bruke en intellektuell tilnærming, og systematisk benytte sin fagkunnskap for å avdekke pasientens sykepleiebehov. Det påpekes at dette er avhengig av et menneske-til-menneske-forhold, basert på empati, sympati og forståelse (Kirkevold, 1998, s. 114-119). Slik Mari beskriver det kan det se ut som dette er den vanlige tilnærmingen på fertilitetsklinikkene i dag. Men forskningen viser at det ofte ikke er tilfelle. To av de inkluderte studiene undersøkte fertilitetspasientenes behov, og om behovene i tilstrekkelig grad ble møtt.

I artikkelen *Infertile couples` needs after unsuccessful fertility treatment: a qualitative study* beskrives en studie utført i Iran, med infertile par som hadde gjennomgått minst ett mislykket IVF forsøk. Studien viste at parene hadde særlig behov for psykologisk støtte, mer nyttig informasjon og utvidede helsetjenester. Mange av parene hadde mottatt lite informasjon om behandlingen og hadde urealistiske forventninger (Ebrahimzadeh Zagami et al., 2019, s. 99). Mange fremhevet et behov for rådgiving, empati og hjelp til stresshåndtering. Studien fremmer også at behovene er tilstede gjennom hele behandlingsprosessen, og særlig etter et mislykket forsøk. Det påpekes at helsepersonell må tilby psykologisk støtte og vurdere behov for psykisk helsehjelp, ikke bare i møte med ny pasient, men kontinuerlig og ved flere anledninger gjennom prosessen (Ebrahimzadeh Zagami et al., 2019, s. 100).

I artikkelen *Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services?* beskrives en kvantitativ studie som undersøker hvorvidt fertilitetspasienter faktisk får den informasjon om psykisk helsehjelp de har behov for, og om de som er særlig utsatt blir henvist videre fra fertilitetsklinikkene til psykisk helsehjelp. I artikkelen påpekes det at kunnskapen om fertilitetspasienter som særlig utsatt for psykologiske belastninger, og med høy risiko for

psykiske lidelser, har eksistert siden tidlig 80-tallet, og at psykisk helsehjelp derfor burde være en naturlig implementert del av fertilitetsbehandling (Pasch et al., 2016, s. 209). Funnene fra studien, som ble utført ved fem fertilitetsklinikker i USA, viser derimot at de fleste pasientene hverken mottar eller blir informert om psykisk helsehjelp (Pasch et al., 2016, s. 209).

Disse to studiene kan tyde på at det er behov blant fertilitetspasientene som ikke blir identifisert. Hvis behovene ikke blir identifisert, vil det også være vanskelig å utøve sykepleie som møter disse behovene. Sykepleier Mari forteller på sin side at de av og til henviser parene videre.

«Noen ganger er behovet for emosjonell veiledning større enn det vi greier å oppfylle. De pasientene som vi opplever at trenger ekstra oppfølging, setter vi i kontakt med psykolog eller familieterapeut som er kvalifisert til å gå `dypere inn` på problemene pasienten måtte ha.» (vedlegg 1).

Det kan tenkes at fertilitetspasienter i Norge får bedre oppfølging enn det studiene fra Iran og USA viser, men det lar seg vanskelig stadfeste uten videre forskning. Det er også mulig at det er ulik praksis ved de ulike klinikkene i Norge. Ressurssamtalen, med kvalitativ tilnærming gir et bilde av en enkelt sykepleiers erfaring på en enkel klinikk. En kvantitativ studie som omfatter både offentlige og private klinikker i Norge kunne gitt et mer nyansert bilde.

5.4.2.Utøve

I tillegg til å kartlegge pasientens behov for sykepleie, vil det kunne være av betydning hvilken sykepleiefaglig tilnærming som benyttes. Forskningsartikkelen *Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial* beskriver en studie der sykepleien til fertilitetspasientene ble basert på en bestemt sykepleieteori. Studien fokuserte på kvinner som hadde gjennomgått mislykket IVF-behandling. Det presiseres at disse kvinnene har behov for videre oppfølging og støtte av sykepleier, men at disse kvinnene ofte blir overlatt til seg selv i den mest belastende fasen av fertilitetsbehandlingen. I studien ble det til en gruppe pasienter utført sykepleie basert på Jean Watsons omsorgsteori. Gruppen ble målt på stress, angst og mestring ved mislykket IVF, og sammenlignet med en kontrollgruppe (Ozan & Okumus, 2017, s. 96). Watsons omsorgsteori var utgangspunktet for et eget pleieprogram som ble designet for forskningsprosjektet. Watsons omsorgsteori fokuserer særlig på menneskelige omsorgsfulle relasjoner, humanistisk-altruistiske verdier og tro og håp (Ozan & Okumus, 2017, s.98). Pasientene i intervensjonsgruppen ble fulgt opp med dette programmet gjennom hele prosessen, også i etterkant av mislykkede IVF forsøk. Resultatet fra studien viste en betydelig forskjell i de to gruppene, hvor pasientene i intervensjonsgruppa rapporterte betydelig lavere score på angst og stress samt høyere score på positiv mestring, sammenlignet med kontrollgruppen. Studien konkluderer med at sykepleie basert på omsorgsteorien til Watson sørger for høyere kvalitet på sykepleien, og kan fungere som en guide til sykepleiere på fertilitetsklinikker (Ozan & Okumus, 2017, s. 107).

Studien til Ozan & Okumus tydeliggjør her hvordan sykepleieteori kan implementeres og systematiseres i den praktiske utøvelsen av sykepleien. Watsons omsorgsteori med fokus på menneskelige, omsorgsfulle relasjoner er nært beslektet med Travelbees fokus på *menneske-til-menneske-forhold* med sykepleiers evne til å se forbi de etablerte rollene sykepleier og pasient, og fokusere på *menneskeligheten* (Kirkevold, 1998, s. 114-119).

Man kan tenke seg at også Travelbees teori om mening og håp på samme måte kan benyttes systematisk i sykepleien til fertilitetspasienter, for bedre å kunne utøve sykepleie som reduserer psykologisk stress og fremmer håp.

I studien *Effect of a Mind-Body Therapeutic Program for infertile women repeating In Vitro Fertilization on uncertainty, anxiety and implantation rate*, var formålet å undersøke om en mer effektiv strategi for sykepleie kunne hjelpe kvinnene å overkomme de psykologiske belastningene. Rammeverket for sykepleien i studien var basert på fysiologiske, psykologiske og sosiale tilnærminger, hvor sykepleier skulle veilede kvinnene gjennom IVF, for å forstå og håndtere usikkerheten og angsten knyttet til behandlingen (Kim et al., 2014, s. 14). Det ble laget et eget *Mind-Body Therapeutic Program*, hvor pasientene ble fulgt opp med fem 2 timers behandlinger gjennom IVF behandlingen. I programet ble ulike aspekter ved angst og usikkerhet adressert, med tema som misoppfatninger, dele følelser, selvsikkerhet, positivitet. Alle behandlingene inkluderte også pusteøvelser, som en del av å håndtere den psykologiske angsten. Pasientene ble også tett fulgt opp med e-post, telefon og tekstmeldinger minst to ganger i uken i seks måneder etter (Kim et al., 2014, s. 8). Funnene i studien viste at denne tilnærmingen hadde betydelig effekt på både angst og usikkerhet. Pasientene som fikk denne behandlingen opplevde mindre usikkerhet, og angstnivået hadde lite økning gjennom IVF behandlingen, sammenlignet med kontrollgruppen. Studien konkluderer med at dette gir empirisk evidens på at en slik tilnærming reduserer usikkerhet og angst til kvinner under IVF behandling (Kim et al., 2014, s. 13).

Disse to studiene viser at sykepleier kan utgjøre en vesentlig forskjell for fertilitetspasientenes opplevelse av stress. En forutsetning er derimot at sykepleien som utøves er systematisert på en slik måte at disse utfordringene blir adressert og håndtert. I begge studiene var sykepleien omfattende organisert og strukturert for å tilrettelegge for en slik måte å jobbe på. Dette kan ha direkte overføringsverdi til organiseringen av sykepleien på de norske fertilitetsklinikkene også.

Når det gjelder sykepleiers rolle i å fremme håp, kan dette ses som en utfordring. Fordi fertilitetsbehandling har usikkert utfall, og pasienten ofte må gjennom flere forsøk før de lykkes, ligger det kanskje i behandlingens natur at opplevelsen av håp vil variere gjennom prosessen. For å motiveres til nytt forsøk er håpet en nødvendighet, men når forsøket ikke lykkes vil håpet erstattes av skuffelse. Så hvordan kan sykepleieren påvirke det som synes å være en naturlig reaksjon på en usikker prosess? Og er det riktig fremme håp hvis sjansen for å lykkes i realiteten er liten?

Klitzman beskriver utfordringer med pasientenes forventning til behandling og resultat (Klitzman, 2018, s. 2). Klitzman skriver at pasientene ofte kan ha for høye forventninger, med tanke på at behandlingen er usikker. Han påpeker også at det konkurrerende privatpraktiserende markedet kan føre til at fertilitetsklinikkene «overselger» behandlingsresultatene for å «vinne» pasienter, og dermed selv er med på å gi for høye forventninger. I andre tilfeller kan helsepersonellet derimot være for realtetsorienterte, og frata pasientene håp (Klitzman, 2018, s. 10). Sykepleier Mari beskriver hvordan hun håndterer den vanskelige balansen mellom å fremme håp og være realistisk:

«Det er lurt med en forventningsavklaring før man går i gang med prosessen, slik at pasientens forventning samsvarer med realiteten. Det er viktig å ha håp, men samtidig være realistisk. Hos noen pasienter hvor prognosene er dårlige så må vi være ærlige på det, men deres håp om å lykkes er jo vel så stort.»

Videre sier hun:

«Det hadde vært veldig mye enklere om vi hadde visst at de hadde kommet til å lykkes på ett eller annet tidspunkt, men det kan vi ikke vite. Det er en hårfin balanse mellom å motivere til nye forsøk, men samtidig være realistisk dersom prognosene ikke er veldig gode.» (vedlegg 1).

Dette kan bli et etisk dilemma. Vi vet at håp er avgjørende for at den vanskelige situasjonen skal oppleves utholdelig. Håpet kan være vel så stort hos pasienter hvor prognosene er dårlig, sier Mari. Forventningene samsvarer da kanskje ikke med realiteten. Er det da riktig å motivere til behandling med alle de fysiske og psykologiske belastningene det innebærer, hvis prognosene ikke er gode? Hvis pasienten skal kunne ta et velinformert valg om videre behandling må informasjonen være riktig. Men på den andre siden, hva vil skje med pasientens velbefinnende hvis vi fratar dem håpet? Kanskje er det ikke bare innholdet i hva vi kommuniserer som har betydning, men hvordan vi kommuniserer det.

5.4.3. Overkomme hindre

I travelbees sykepleieteori kommer det tydelig frem at den gode menneske-til-menneske-relasjonen er viktig i møte med pasienten (Kirkevold, 1998, s. 114-119). Fordi fertilitet ofte oppleves som et personlig anliggende, er fertilitetspasienten særlig sårbar, og en god kommunikasjon med behandler er en viktig faktor. Men det finnes noen utfordringer knyttet til den gode relasjonen og kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Klitzman skriver i artikkelen *Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients* om hvordan både fertilitetspasienter og helsepersonell på fertilitetsklinikken opplever disse utfordringene. Studien viser at fertilitetspasienter anser relasjonen til helsepersonellet som viktig, men ofte ikke så god som ønsket. Funnene viser stor variasjon i kvaliteten i kommunikasjonen. Klitzman fant i studien at små nyanser i kommunikasjonen kunne ha stor betydning for pasientenes opplevelse (Klitzman, 2018, s.10). Mange av pasientene opplevde at kommunikasjonen var for medisinskfokusert, og ønsket et mer pasientsentrert perspektiv. Mange oppga også at de følte mangel på empati fra de ansatte (Klitzman, 2018, s.5). De ansatte oppga derimot at de kunne bli for emosjonelt involvert i pasientene sine, og følte skyld når behandlingen ikke lyktes. Denne skyldfølelsen kunne føre til en tilbaketrekking og redusert kommunikasjon til pasientene, som førte til at pasientene følte seg overlatt til seg selv i en fase av behandlingen hvor behovet for støtte var størst (Klitzman, 2018, s.10). Særlig sykepleierne kan bli for involvert, skriver Klitzman (Klitzman, 2018, s. 5).

«Man kan jo selv bli veldig emosjonelt involvert, og det kan være tøft for meg som sykepleier også, når pasienter som jeg har blitt ekstra godt kjent med og bryr meg litt ekstra om, ikke lykkes med behandlingen for eksempel, eller opplever abort. Da kan det være litt vanskeligere å distansere seg, og jeg kan bli veldig lei meg på deres vegne.» (vedlegg 1).

Slik beskriver sykepleier Mari utfordringene med den nære relasjonen til pasientene. Likevel presiserer hun at det å være emosjonelt involvert i pasientene også er en styrke.

«Dette kan vel være en utfordring og en styrke samtidig, for det gjør at jeg opplever jobben som veldig meningsfylt samtidig som det nok også er godt for pasientene å oppleve at vi virkelig bryr oss om dem og vil at de skal lykkes» (vedlegg 1).

5.5. Veien videre

Den samlede empirien viser et gap mellom det fertilitetspasientene har behov for, av både informasjon, psykologisk støtte, oppfølging og videre helsehjelp, og det de mottar i dag. Funnene i empirien samsvarer dog ikke alltid med det som kommer frem av sykepleier Maris erfaringer fra den norske fertilitetsklinikken. Forskningsgrunnlaget for oppgaven er verdensomspennende, og inkluderer studier fra blant annet USA, Polen, Iran og Tyrkia. Det var ønskelig å inkludere forskning også fra de skandinaviske landene, men det var utfordrende å finne relevant forskning av god kvalitet fra Skandinavia. Det er derfor vanskelig å konkludere med at det samme gapet eksisterer i Norge, selv om det heller ikke kan utelukkes. Det er også tenkelig at kvaliteten på tjenesten kan variere i de ulike klinikkene i Norge, særlig med tanke på at det er både offentlige og private aktører. Denne studien viser derfor at det er et behov for økt kunnskap og forskning innen feltet også i Skandinavia og Norge.

6. Konklusjon

Denne studien understøtter infertilitet som en svært alvorlig belastning. Fertilitetsbehandling innebærer kontinuerlig psykologiske påkjenninger, med svingende emosjoner av håp, forventning, skuffelse, sorg, angst og depresjon. Tilstanden berører sentrale indre verdier og behov, og fertilitetspasienter kan anses å være i en eksistensiell livskrise. Fertilitetsbehandling er ofte tidkrevende, noe som gjør at pasientene blir værende i krisen over lang tid. Dette vedvarende stresset kan være skadelig, og forskningen viser at fertilitetspasienter er særlig utsatt for å utvikle psykiske lidelser som følge av de vedvarende psykologiske belastningene. Det hviler derfor et stort ansvar på sykepleieren på fertilitetsklinikken. Ved å anerkjenne det psykologiske stresset som en livskrise, og kartlegge pasientenes opplevelse av situasjonen og behov for psykologisk støtte, informasjon og videre oppfølging, kan sykepleieren spille en viktig rolle. Empirien viser også at håp er en viktig faktor for pasientens evne til å mestre situasjonen. Tap av håp identifiseres i en av studiene som den største av alle psykologiske belastninger, og mangel på håp påvirker også opplevelsen av de andre psykologiske påkjenningene. Det vil derfor være av stor betydning at sykepleier benytter en tilnærming som fremmer håp. For å oppnå det vil det være viktig at sykepleier og pasient inngår i en menneske-til-menneske-relasjon, basert på empati og forståelse. Sykepleieren bør være klar over, og jobbe for å overkomme, de hindringer som ligger i veien for at pasientene opplever en god kommunikasjon og relasjon. Kommunikasjonen bør baseres på en åpen og ærlig tilnærming, som hjelper pasientene med å ha realistiske forventninger til behandlingen, og samtidig bevare håp som en viktig ressurs. For at sykepleieren skal kunne jobbe aktivt med å fremme håp og redusere psykologisk stress, vil det være en forutsetning med gode rammer for dette, på systemnivå. Sykepleien må være systematisert på en slik måte at denne tilnærmingen er implementert i sykepleiepraksisens rutiner. Praksisen bør også organiseres slik at pasientene sikres god oppfølging gjennom hele behandlingen og etter avsluttet behandling, og sikre at pasienter med behov for supplerende helsetjenester får informasjon om og henvisning til dette. Det er et behov for mer forskning på fertilitetspasienters behov for psykologisk støtte, og i hvor stor grad disse behovene blir møtt på fertilitetsklinikkene i Norge i dag. På samme måte som håpets pendel svinger, har kanskje den offentlige debatten godt av å svinge litt vekk fra verdisyn og politisk ståsted, og sette mer fokus på menneskene, de ufrivillig barnløse og deres behov for psykologisk støtte, ikke bare fra sykepleieren, men fra samfunnet i helhet. Kanskje statsministeren får oppfylt sitt ønske om at den norske befolkningen får flere barn hvis samfunnet, med sykepleierens kompetanse og kunnskap i spissen, støtter de menneskene som av hele sitt hjerte ønsker å bidra til det. *Små mirakler. Så vanlige, men likevel nesten uforståelige.*

Referanser

- Assistert befruktning. (2010). Retrieved 27 May 2020, from <https://www.bioteknologiradet.no/temaer/assistert-befruktning/>
- Barnløshet - behandling - helsenorge.no. (n.d.). Retrieved 24 April 2020, from <https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/behandling-av-barnlosket>
- Barnløshet (infertilitet). (n.d.). Retrieved 7 May 2020, from <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsel/livsstil/planlegger-graviditet/barnlosket-infertilitet/>
- Dalland, O. (2012). *Metode og Oppgaveskriving* (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademske.
- Dembińska, A. (2014). Psychological costs of life crisis in Polish women treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 96–107. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.852772>
- Ebrahimzadeh Zagami, S., Latifnejad Roudsari, R., Janghorban, R., Mousavi Bazaz, S. M., Amirian, M., & Allan, H. T. (2019). Infertile Couples' Needs after Unsuccessful Fertility Treatment: a Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 8(2), 95–104. Retrieved from <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.014>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet (FHI), U. i A. (n.d.). Termbasen MeSH på norsk og engelsk. Retrieved 4 May 2020, from </pasientinformasjon/sprakverktoy/sok-i-norske-mesh>
- Gozuyesil, E., Karacay Yikar, S., & Nazik, E. (2019). An analysis of the anxiety and hopelessness levels of women during IVF-ET treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/ppc.12436>
- Gozuyesil, E., Karacay Yikar, S., & Nazik, E. (2020). An analysis of the anxiety and hopelessness levels of women during IVF-ET treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 338–346. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/ppc.12436>
- Kim, M., Kim, S., Chang, S., Yoo, J.-S., Kim, H. K., & Cho, J. H. (2014). Effect of a Mind-Body Therapeutic Program for Infertile Women Repeating In Vitro Fertilization Treatment on Uncertainty, Anxiety, and Implantation Rate. *Asian Nursing Research*, 8(1), 49–56. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.02.002>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Norbok (2. utg.). Oslo: Ad notam Gyldendal. Retrieved 8 May 2020 from https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008121604142
- Klitzman, R. (2018). Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. *BMC Women's Health*, 18(1), 84. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0572-6>

- kontor, S. (2019). Statsministerens nyttårstale 2019 [Taleartikkel]. Retrieved 3 April 2020, from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/statsministerens-nyttarstale-2019/id2623249/>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011a). *Grunnleggende sykepleie 1. 1.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011b). *Grunnleggende sykepleie 3 3.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kroese, A. J. (2003). *Stress*. Oslo: Aschehoug.
- Krüger, L. (2020). Eggdonasjon blir tillatt i Norge. Retrieved 12 May 2020, from <https://www.nrk.no/norge/eggdonasjon-blir-tillatt-i-norge-1.15008310>
- Lee, S.-H., Wang, S.-C., Kuo, C.-P., Kuo, P.-C., Lee, M.-S., & Lee, M.-C. (2010). Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 507–513. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00742.x>
- Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven) - Lovdata. (n.d.). Retrieved 26 May 2020, from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100#KAPITTEL_2
- Nellemann, A. N., & Seibæk, L. (2016). Sygeplejerskens støtte er afgørende for barnløse | Sygeplejersken, DSR. Retrieved 4 May 2020, from <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2016-1/sygeplejerskens-stoette-er-afgoerende-for-barnloese>
- Ozan, Y. D., & Okumuş, H. (2017). Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial. *Research & Development in Medical Education*, 6(2), 95–109. Retrieved from <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.010>
- Pasch, L. A., Holley, S. R., Bleil, M. E., Shehab, D., Katz, P. P., & Adler, N. E. (2016). Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertility and Sterility*, 106(1), 209-215.e2. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.03.006>
- PICO. (n.d.). Retrieved 4 May 2020, from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41–47.
- Ufrivillig barnløshet (infertilitet) - hels norge.no. (n.d.). Retrieved 7 May 2020, from <https://helsenorge.no/sex-og-samliv/barnloshet-infertilitet>
- WHO | Global prevalence of infertility, infecundity and childlessness. (n.d.). Retrieved 11 May 2020, from <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/>
- WHO | Infertility definitions and terminology. (n.d.). Retrieved 7 May 2020, from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
- WHO | Multiple definitions of infertility. (n.d.). Retrieved 7 May 2020, from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide

Intervjuperson:

Sykepleier ved fertilitetsklinikk

Formål:

Formålet med intervjuet er å innhente erfaringer, synspunkter, opplevelser, refleksjoner og perspektiver fra en fagperson innen fagfeltet infertilitet og fertilitetsbehandling. Informasjonen som fremkommer av intervjuet skal benyttes i bacheloroppgave for bidra til å belyse følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere psykologisk stress og fremme håp hos ufrivillig barnløse under fertilitetsbehandling? Det skriftlige materialet vil presenteres i sin helhet som vedlegg i oppgaven, samt benyttes i oppgavens drøfting for å belyse problemstillingen.

Intervjutemaer:

Intervjuet er strukturert etter 3 valgte fokusområder; sykepleie til ufrivillig barnløse/infertile par, psykologiske påkjenninger ved infertilitet og behandling og håp.

Sykepleie til ufrivillig barnløse/infertile par

- Som sykepleier på en fertilitetsklinikk, hva anser du som dine viktigste arbeidsoppgaver?

Arbeidsoppgavene er veldig varierte og viktige på hver sin måte. På operasjonsstua er jeg med og assisterer gynekologen ved egguttak og tilbakesetting av embryo, og ved testikkelbiopsier. Utenom det går nok mine viktigste oppgaver ut på å informere og forberede pasientene under alle ledd av behandlingen. Vi jobber mye selvstendig, og en stor del av arbeidsdagen går ofte med på å svare på ulike spørsmål pasientene har som er knyttet til behandlingen.

- Hvordan opplever du behovet for veiledning og undervisning blant pasientene?

Alle som kommer til oss som skal til fertilitetsbehandling får informasjon og tilbud om opplæring i medikamentene de skal bruke (injeksjoner for det meste). Mange pasienter har et stort behov for informasjon da dette ofte er helt nytt for dem. For de pasientene som har vært til behandling andre steder tidligere er ikke nødvendigvis behovet for undervisning (sprøyteopplæring og informasjon om prosessen) så stort, men de kan ha behov for en annen type støtte

- På hvilke måter har du erfart at pasienter har behov for omsorg og emosjonell støtte fra deg som sykepleier?

Det merker man i den daglige kommunikasjonen med pasientene, noen sier rett ut at dette er tøft og vanskelig for dem, mens andre holder følelsene sine mer private, men kan feks begynne å gråte når man spør dem hvordan det egentlig går, for eksempel.

- Kan du si noe om behovet for sykepleie endrer seg i de ulike stadiene av behandlingsforløpet, f eks under utredning, før under eller etter oppstart av IVF, eller ved avslutning av behandling?

Ja, dette endrer seg, og er også ulikt fra pasient til pasient. Noen pasienter er bedre "rustet" og forberedt på behandling, og kan for eksempel glede seg til å komme i gang fordi de tenker at de nå skal komme ett skritt nærmere babyen de drømmer om. Andre kan ha det mer tøft fra begynnelsen og se det som et nederlag å skulle gå igjennom IVF-behandling for noe som de kanskje tenker "egentlig" burde ordnet seg selv. Vi vet jo også at mange kan ha problemer med å lykkes selv etter flere behandlinger, og for dem så vil følelsene kanskje gå fra forventning og håp til skuffelse og fortvilelse over tid, og de vil kunne trenge mer emosjonell støtte etterhvert som de møter på flere hindre.

- Opplever du et holistisk fokus, der «hele mennesket» blir sett i pasientbehandlingen? Hvis ja, kan du fortelle litt om hvordan dere jobber med det?

Ja, det er vi opptatt av, og prøver å etterleve mest mulig, at det skal være rom for å prate med oss om vanskelige følelser og tanker. Etter pasientene har vært inne hos legen kommer de som regel en tur innom samtalerommet til oss sykepleiere etterpå, hvor vi snakker litt om behandlingen videre og hører hvordan det går med dem. Disse samtalenene kan fort bli ganske lange. En annen ting som er viktig for oss er å inkludere partner under alle steg i behandlingen, partneren til kvinnen som mottar behandlingen kan også slite med vanskelige følelser som trenger å snakkes om. Noen ganger er behovet for emosjonell veiledning større enn det vi greier å oppfylle, og da kan vi f eks henvise til en parterapeut for videre oppfølging.

- Hvordan opplever du selv at du knytter relasjoner til pasientene du møter? Og hvor følelsesmessig involvert blir du i disse relasjonene?

Det som er litt spesielt med å jobbe med denne gruppen pasienter er at det er friske, relativt unge pasienter på min egen alder, og vi treffes gjennom flere runder; først når jeg tar blodprøver før de kommer til utredning, deretter ved sprøyteopplæring og oppstartssamtale før behandling, deretter 1-3 ganger når de kommer til ultralyder underveis i behandlinger, ved egguttaket, ved tilbakesettingen og på ultralyd tidlig i svangerskapet, eller ny runde med ultralyder, egguttak osv. I tillegg snakker vi med pasientene på telefon underveis for å planlegge ultralydene eller dersom de ringer og har spørsmål. Vi prøver også å arrangere timene slik at pasientene treffer den samme sykepleieren (og legen) hver gang de kommer til oss, for at de skal oppleve mer forutsigbarhet og trygghet. Dermed blir vi ofte godt kjent med pasientene våre, og har flere par som jeg aldri kommer til å glemme, som jeg har fått veldig gode relasjoner til.

- Kan du fortelle om noen utfordringer med å skape gode relasjoner til pasientene i denne situasjonen?

Man kan jo selv bli veldig emosjonelt involvert, og det kan være tøft for meg som sykepleier også, når pasienter som jeg har blitt ekstra godt kjent med og bryr meg litt ekstra om, ikke lykkes med behandlingen for eksempel, eller opplever abort. Da kan det være litt vanskeligere å distansere seg, og jeg kan bli veldig lei meg på deres vegne. Dette kan vel være en utfordring og en styrke samtidig, for det gjør at jeg opplever jobben som veldig meningsfylt samtidig som det nok også er godt for pasientene å oppleve at vi virkelig bryr oss om dem og vil at de skal lykkes. Mange av pasientene våre kunne vært gode venner av meg, om vi hadde treftes på andre arenaer i livet. Så det kan være en balansegang det

med å skape gode relasjoner, men ikke riktig så gode at man blir venner på facebook. For om man skal være profesjonell så er det også viktig å skille mellom jobb og privatliv.

Psykologiske påkjenninger ved infertilitet og behandling

- På hvilke måter opplever du at ufrivillig barnløshet kan være en psykisk belastning for pasientene dine?

Mange er åpne om at dette er tøft, og noen gråter, både under utredning og behandling. Mange synes det er vanskelig å kjenne på egne følelser når personer rundt dem blir gravide, og mange isolerer seg litt fra omverden for å skåne seg selv fra disse følelsene. Mange klandrer seg selv for at de selv ikke får til noe som andre, ofte "tilfeldigvis" greier. Noen klandrer kroppen sin og tenker at de ikke vil være i stand til å bære frem et barn. Flere sier at det går utover deres selvfølelse som kvinne, at de ikke får til noe som er så enkelt for andre, og som de mener en kvinne er skapt for å gjøre.

- På hvilke måter opplever du at fertilitetsbehandling (utredning, diagnostisering og behandling) kan være en psykisk belastning for pasientene dine?

Noen reagerer mer enn andre på hormoner for eksempel, ved at de kan bli emosjonelt ustabile og nedstemt. Noen gruer seg til egguttaket, og andre gruer seg fordi de er rette for embryoutviklingen (som de jo ikke har noen som helst kontroll over). Hvis man får dårlige nyheter ved utredningen for eksempel, hvis mannen ikke har sædceller eller kvinnen er tom for egg, kan dette være helt andre svar enn de var forberedt på å få, og trenger tid til å bearbeide svarene de får.

- Hvordan snakker du med pasientene dine om mulige psykologiske påkjenninger, som f eks stress, angst og depresjon?

Først snakker vi litt om at dette kan være normale reaksjoner etter utredningstimen, når de skal igang med behandling. Spør vanligvis hvordan de har det nå, og hvordan prøveperioden har vært for dem, og prøver å forberede på at det kan være tøft å gå igjennom ART-behandling.

- Hvordan jobber dere på klinikken for å avdekke og følge opp psykisk sykdom som følge av infertilitet og/eller behandling?

Vi setter av god tid under utredningstimen. Legen har paret inne hos seg i en time, og deretter samtale med sykepleier som kan vare like lenge. Det tas anamnese inne hos legen, og da blir det spurt om evt psykisk sykdom eller problemer, i noen tilfeller kan det være aktuelt med en uttalelse fra en kyndig tredjepart dersom vi er i tvil om paret er psykososial egnet til å gjennomgå behandling og ta vare på et barn. De pasientene som vi opplever at trenger ekstra oppfølging, setter vi i kontakt med psykolog eller familieterapeut som er kvalifisert til å gå "dypere inn" på problemene pasienten måtte ha.

- Har du noen tanker om sammenhengen mellom psykologisk stress og infertilitet?

Ja, tenker at det er situasjonsbetinget stress, som er helt naturlig. Nettopp fordi det er en stor sorg og en krise å oppleve at man ikke greier å bli gravid, med de følelsene og tankene det fører med seg.

- Har du noen erfaringer med at påkjenningene ved behandling blir så belastende for noen, at de avslutter behandling «for tidlig»? Kan du fortelle litt om det?

Ja, noen orker ikke å gå igjennom flere behandlinger fordi de synes det tar for mye på med hormoner, egguttak og gynekologiske undersøkelser, og noen har allerede satt seg et "tak" på forhånd hvor mange behandlinger de skal ha. Noen ganger ser vi at dette taket flyttes, det kan være begge veier. Gjerne de som har barn fra før, avslutter behandlingen "for tidlig", fordi de ikke synes hele prosessen er verd å utsette seg for. Men her er det ingen fasit, for hvem kan avgjøre når "for tidlig" er? For noen kan det være nok etter en behandling, mens andre kan ha ti. Noen ganger kan pasientene gi opp litt midlertidig, så ser vi at de kommer tilbake igjen etter noen år. Det er litt synd, fordi for veldig mange i denne pasientgruppen er tiden så verdifull.

- Opplever du at pasienten er åpne og ønsker å dele bekymringer, engstelser, sorg og andre faktorer relatert til psykologisk stress med deg?

Både ja og nei. Her er det stor forskjell på folk, og hvordan kjemi man får med pasientene. Noen er veldig åpne fra dag 1, mens andre liker å holde kortene tett til brystet og ikke ønsker å snakke om dette.

- Hvordan opplever du at arbeidsforholdene dine er tilrettelagt for å kunne fokusere på de psykologiske påkjenningene til pasientene?

Vi har egnede samtalerom hvor vi kan sitte uforstyrret og snakke med pasientene. Som regel tar vi oss god tid, men noen ganger er det travelt i klinikken og vi rekker ikke å snakke så mye med pasientene som vi gjerne skulle gjort. Enkelte pasienter vet jeg trenger ekstra omsorg, jeg har for eksempel en kvinne under behandling hos oss nå, som er veldig mye trist og bekymret for å ikke lykkes. Jeg kan aldri ha en kort samtale med henne, så når jeg ser at hun tar kontakt må jeg alltid time telefonsamtalene med henne slik at jeg har god tid når hun skal prate.

- På hvilke måter jobber du for å redusere psykologisk stress hos pasientene dine?

Normaliserer følelser og tanker som de har. Dette er en midlertidig situasjon, og de kommer til å komme ut av dette "problemet" på ett eller annet tidspunkt. Informerer om at eggutviklingen, befruktningen, embryoutviklingen og hvorvidt embryoet fester seg eller ikke er helt utenfor deres kontroll, så lenge medisinene tas som anvist. De kan ikke gjøre noe fra eller til, så da er det best å prøve å ha det bra underveis i prosessen. Oppmuntrer til å gjøre ting som gir dem energi, og kutte ut ting som tapper energi. Oppmuntrer til at paret skal ha en god dialog sammen, men at de må gi hverandre litt "slack" denne tiden, tåle at den ene parten, eller begge kan synes at dette er tøft. Info om at menn og kvinner ofte takler dette forskjellig, og at det er helt normalt. Henviser til parterapeut der det kan virke som et godt tiltak. anbefaler å ikke leve som om man er gravid før man faktisk sitter med en positiv test, ellers kan det bli ekstra tøft dersom prøveperioden tar lang tid, om man i tillegg skal vokte seg for matvarer etc, som ikke har noen hensikt.

Håp

- Hvordan opplever du at håp er en viktig faktor for pasientbehandlingen?

Håp må man ha, for hvorfor skal man ellers orke å bruke tid og penger på dette? Mister man håpet så gir man opp. For de fleste er det en grunn til å håpe! Håp og motivasjon henger sammen.

- Har du noen erfaringer med tap av håp hos pasienter? Kan du fortelle litt om det?

Noen pasienter blir redde for å håpe, for de er redde for å bli skuffet, gjerne de som har hatt flere behandlinger uten å lykkes. Likevel greier man ikke å la være å bli skuffet dersom forsøket skulle resultere i en negativ test. Man prøver kanskje å beskytte seg selv litt, for at fallhøyden ikke skal bli så stor. Oftest så er forventningene høyest på det første forsøket, og så faller forventningene etterhvert som man gjennomgår flere forsøk og ikke lykkes.

- På hvilke måter samtaler du med pasientene dine om håp?

Pasientene lurer ofte på sine prognoser og hvor mange prosent sjanse de har til å lykkes. Jeg tenker at de prøver å forberede seg på hvor positiv de kan tillate seg å være. Det er et spørsmål som er veldig vanskelig å svare på, for det er så mye man ikke vet før man allerede er godt igang med behandlingen, etter eggene allerede er befruktet og man ser hvordan de utvikler seg på laboratoriet. Men de trenger håp for å få motivasjon, og det å skulle bli foreldre er en veldig stor motivasjon! Ellers er det lurt med en forventningsavklaring før man går igang med prosessen, slik at pasientens forventning samsvarer med realiteten. Det er viktig å ha håp, men samtidig være realistisk. Hos noen pasienter hvor prognosene er dårlige så må vi være ærlige på det, men deres håp om å lykkes er jo vel så stort. For disse pasientene kan det være aktuelt å gå videre med eggdonasjon. Dette er ikke aktuelt for noen, men for mange andre er det det. Da er det godt å ha en plan i backup og vite at det finnes hjelp å få om man ikke skulle lykkes med egne egg.

- Opplever du noen utfordringer med å fremme håp hos pasientene og samtidig være realitetsorientert? Kan du fortelle litt om det?

Ja, denne er vanskelig. Det hadde vært veldig mye enklere om vi hadde visst at de hadde kommet til å lykkes på ett eller annet tidspunkt, men det kan vi ikke vite. Det er en hårfin balanse mellom å motivere til nye forsøk, men samtidig være realistisk dersom prognosene ikke er veldig gode. Noen ganger er pasientene ikke helt realitetsorientert, for eksempel hvis kvinnen er 42+ men har bra med egg. Hun fokuserer gjerne på beskjeden om at det er bra med egg igjen, men kvaliteten vet vi blir dårligere med alderen, og at det mest sannsynlig vil være utfordrende å finne det "riktige" egget. Hvordan realitetsorienterer uten at hun mister håpet? For det er jo ofte fortsatt muligheter-om enn ikke så gode.

- På hvilke måter jobber du for å fremme håp hos pasientene dine?

Vi tilbyr aldri behandling til pasienter hvor vi ikke har noen tro på at de kommer til å lykkes, og det at jeg sier det er for å gi pasientene håp.



NTNU, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED RESSURSSAMTALE

Samtalens innhold skal brukes i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Ressurspersonen

- er kjent med at samtalen er frivillig og at vedkommende når som helst kan trekke seg fra å delta
- velger selv grad av anonymitet
- kan be om å få lese det skriftlige materialet før det benyttes i oppgaven

Samtalen

- tas ikke opp som lydopptak underveis
- vil bli gjengitt som fortalt, uten endring eller tilføyelse i innholdet

Ved behov for kontakt med bachelorstudent etter samtalen kan ressursperson henvende seg til

Navn: Silje Skorstad Moen

Mailadresse: siljemoen1986@gmail.com

Mobil: 91398267

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon som nevnt over og samtykker i å være ressursperson i forbindelse med en bachelor-oppgave i sykepleie.

Navn

Olav Krøyer Hermstad

Dato/sted

Trondheim 18/5-2020