



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: **SYKSB3001**

Emnenavn: **Sykepleie, forskning og fagutvikling  
(Bacheloroppgave)**

Vurderingsform: **Hjemmeeksamen.**

Kandidatnr: **46**

Leveringsfrist: **22.02.13.**

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: **Ordinær eksamen.**

Veileder: **Benny Huser.**

# BARN TIL ENHVER PRIS?

- Sykepleie til par som gjennomgår ufrivillig barnløshet utfordringer som følger av



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Bacheloroppgave i sykepleie  
Stord  
Februar 2013  
Kull 2010

Antall ord: 9025

## **SAMMENDRAG**

**TITTEL:** Barn til enhver pris? – Sykepleie til par som gjennomgår ufrivillig barnløshet og utfordringer som følger av prøverørsbehandling.

**BAKGRUNN:** Ufrivillig barnløshet rammer ca. 10 % av den norske befolkning. Det er med andre ord mange par som opplever ufrivillig barnløshet. Mange av disse parene velger å benytte seg av tilbudet om prøverørsbehandling. Paret vil kunne møte på utfordringer under behandlingen, og derfor er det viktig at det finnes gode sykepleiere som kan gi dem den støtten og veiledningen de trenger.

**PROBLEMSTILLING:** Hva kan sykepleier gjøre for å forberede et ufrivillig barnløst par på prøverørsbehandling gjennom veiledningssamtaler med fokus på å bevare et godt parforhold?

**HENSIKT:** Oppgaven ønsker å belyse ufrivillig barnløse pars utfordringer i henhold til prøverørsbehandlingen, og hvordan sykepleier kan hjelpe dem med fokus på å bevare parforholdet.

**METODE:** Oppgaven er en litteraturstudie. Det er gjort søk i CINAHL og Ovid Nursing med hovedvekt på søkeordene *IVF, nurse, depression, challenges, coping strategies* og *infertility*.

**RESULTATER:** Funnene jeg har gjort under arbeidet med oppgaven viser først og fremst at ufrivillig barnløshet og prøverørsbehandling gir reaksjoner hos både kvinner og menn, og at de reagerer forskjellig. De trenger derfor forskjellig veiledning og støtte. Sykepleier har en viktig rolle i fertilitetsbehandlingen, da de må tilrettelegge veiledningen etter parets behov. God kommunikasjon er avgjørende for at veiledningen kan tilrettelegges, og paret skal kunne håndtere de utfordringene de møter.

**OPPSUMMERING:** Prøverørsbehandling kan føre med seg mange utfordringer, som eksempelvis økonomiske-, seksuelle- og psykiske problemer. Dette er utfordringer som alle kan føre til at parforholdet blir satt på en prøve. Resultatet av dette kan være at behandlingen blir tøffere å hankses med, og det kan bli vanskeligere å oppnå graviditet. Sykepleien til disse pasientene bør bygges på god kommunikasjon og relasjon mellom paret og sykepleier, og tilrettelagt veiledning.

**Nøkkelord:** Ufrivillig barnløshet, prøverørsbehandling, parforhold, utfordringer.

## **SUMMARY**

**TITLE:** Children at any cost? Nursing for couple undergoing infertility an IVF treatment challenges.

**BACKGROUND:** Infertility affects about 10% of the Norwegian population. In other words, many couples experience infertility. Many of these couples choose to undergo IVF treatment. The couples are likely to meet challenges during the treatment, and therefore it is important that there are nurses who are qualified nurses to give the couple the support and guidance they need.

**QUESTION:** What can nurses do to prepare an infertile couple on the challenges IVF treatment brings on, through guidance focusing on maintaining a good relationship?

**PURPOSE:** The paper aims to illustrate infertile couples' challenges according IVF, and how nurses can help the couple overcome them with a focus on preserving their relationship

**METHOD:** The paper is a literature study. I have made searches in CINAHL and Ovid Nursing with a focus on the keywords: IVF, nurse, depression, challenges, coping strategies, and infertility.

**RESULTS:** I found while working on this paper primarily that infertility and IVF claims for reactions in both women and men, and that they react differently. Therefore they need different guidance and support. Nurses have an important role in fertility treatment, since it is their job to adapt the guiding so that it meets the couple's needs. Good communication is essential so that the guidance can be adapted, and so that the couple can be able to handle the challenges they face.

**SUMMARY:** IVF treatment can present many challenges for example financial-, sexual- and psychological problems. All these challenges can put the relationship to a test. As a result the treatment will possibly be tougher to deal with, and it may get harder to achieve pregnancy. Nursing for these patients should be based on good communication and relations between the couple and nurse, and individually prepared guidance to each and every couple.

**Keywords:** Fertility, IVF, relationship issues, challenges.

# **INNHOLDSFORTEGNELSE**

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Oppgavens hensikt.....	2
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.4 Avgrening og presisering av problemstilling.....	2
2.0 TEORI.....	3
2.1 Joyce Travelbees sykepleie teori.....	3
2.1.1 Menneske-til-menneske-forhold.....	3
2.1.2 Kommunikasjon gjennom Travelbees øyne.....	4
2.2 Ufrivillig barnløshet.....	4
2.3 Prøverørsbehandling.....	5
2.4 Utfordringer som følger av prøverørsbehandling.....	5
2.5 Veiledningssamtalen.....	6
2.6 Etske problemstillinger.....	7
3.0 METODE.....	8
3.1 Fremgangsmåte.....	8
3.2 Metodekritikk.....	10
3.3 Etikk i oppgaveskriving.....	12
4.0 RESULTAT.....	13
5.0 DRØFTING.....	16
6.0 AVSLUTNING.....	25

## REFERANSELISTE

VEDLEGG 1 - Søketablell

VEDLEGG 2 - Resultattabel

## **1.0 INNLEDNING**

I innledningen vil jeg starte med å begrunne hvorfor jeg valgte temaet ufrivillig barnløshet og utfordringer rundt prøverørsprosessen. Videre vil jeg forklare oppgavens hensikt og presisere problemstillingen og dens avgrensinger.

### **1.1 BAKGRUNN**

Jeg har valgt temaet ufrivillig barnløshet og veiledning til par som skal gjennomgå prøverørsbehandling med tanke på å bevare et godt parforhold gjennom behandlingen. Ufrivillig barnløshet er det samme som infertilitet, og vil si at en ikke har oppnådd graviditet i løpet av 1 års forsøk. (Ahus, 2012) Ca. 10 % av den norske befolkning opplever ufrivillig barnløshet. Hvor mange av disse som gjennomfører prøverørsbehandling er det ingen statistikk på, men ca. 5000 par gjennomgår prøverørsbehandling i Norge årlig. (Norges helseinformatikk, 2010).

Det er med andre ord ikke uvanlig at sykepleiere møter par i en slik situasjon. Disse parene er i en sårbar fase av livet, da barn gjerne har vært et brennende ønske over lang tid.

Prøverørsbehandling kan være parets siste håp om å få biologiske barn, og tanken på at forsøkene ikke skal lykkes kan være vanskelig for mange. For andre kan tanken på at forsøkene ikke skal lykkes være fjern, og de er sikker på at behandlingen skal lykkes. Andre utfordringer paret kan støte på kan være sorg, depresjon, krisereaksjoner og økonomiske problemer, som alle vil kunne føre til problemer i forholdet og videre gjøre opplevelsen av behandlingen dårlig. På bakgrunn av dette er det viktig at sykepleier kan være en god støttespiller som kan gjøre behandlingen lettere for paret å håndtere. Dette kan gjøres ved å gi god individuell veiledning, samtidig som sykepleier fokuserer på å opparbeide et godt forhold til paret, som vil fremme god og ærlig kommunikasjon.

Jeg har personlig interesse for temaet og kan i stor grad tenke meg å jobbe med dette når jeg er ferdig utdannet sykepleier. Jeg vil bruke denne oppgaven til å fordype meg i dette siden vi ikke har hatt mye undervisning om gynekologisk sykepleie på skolen. I arbeidet med oppgaven har jeg vært i samtale med Renate Kurszus, styreleder i Ønskebarn, en forening for ufrivillig barnløse, og familieterapeut Tone Bråten, som også skriver om barnløshet på [www.mammanett.no](http://www.mammanett.no). Dette valgte jeg å gjøre fordi jeg på bachelornivå ikke har møtt denne pasientgruppen i praksis. Med deres hjelp fikk jeg et bedre bilde på hvordan dette foregår i praksis enn hva jeg fant i teoribøkene.

## **1.2 OPPGAVENS HENSIKT**

Min hensikt er å undersøke hva sykepleiere kan gjøre for å forberede et ufrivillig barnløst par best mulig på utfordringene prøverørsbehandling fører med seg, slik at det ikke går ut over parforholdet. Jeg vil finne ut hva som kan gjøre opplevelsen lettere for paret, der de er forberedt på ulike utfordringer som kan påvirke parforholdet. Dette gjør jeg ved å gjøre et dypdykk i relevant teori, samtidig som jeg bruker forskning til å diskutere problemstillingen min.

## **1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING**

*Hva kan sykepleier gjøre for å forberede et ufrivillig barnløst par på prøverørsbehandling gjennom veiledningssamtaler med fokus på å bevare et godt parforhold?*

## **1.4 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING**

Jeg har avgrenset oppgaven til å handle om ufrivillig barnløse par som ikke har barn fra før, og som skal ha sitt første prøverørsforsøk. Jeg vil ha fokus på paret og deres opplevelse av behandlingen, og det å få sitt første barn sammen. Med dette vil jeg se hvilke tanker og meninger de har, og kan best mulig informere dem, og forberede dem på utfordringer og hindringer de kan møte på under behandlingen. Jeg vil spesielt fokusere på forholdet mellom paret. Jeg har valgt å ikke legge vekt på den delen av veiledningen som fokuserer på at paret er forberedt på ulike fysiske undersøkelser og prosedyrer. Jeg har heller ikke fokus på sykepleierens oppgaver under behandlingen. Dette begrunner jeg med at barnløshet og prøverørsbehandling er et omfattende tema, og med ordbegrensning på 9000 har jeg ikke kapasitet til å ta dette med. Dette er sykepleieoppgaver på spesialhelsetjenestenivå, jeg på bachelornivå vil ikke ha mulighet til å komme opp på spesialhelsenivå, men vil gjøre oppgaven så godt jeg kan fra mitt utgangspunkt.

## **2.0 TEORI**

I denne delen vil jeg presentere teori om de mest vanlige aspektene som et ufrivillig barnløst par kan møte med i en prøverørsprosess. Dette vil jeg belyse ut i fra en valgt sykepleieteori.

### **2.1 Joyce Travelbees sykepleieteori**

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori på grunnlag av at jeg legger vekt på kommunikasjon og å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient i min problemstilling. Menneske-til-menneske-forholdet er sentralt i Travelbees teori og dette er et godt redskap til å bygge relasjon til paret.

Joyce Travelbee definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 2007, s. 29)

#### **2.1.1 Menneske-til-menneske-forhold**

En grunntanke i Travelbees sykepleieteori er etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet kjennetegnes av at sykepleieren og pasienten forholder seg til hverandre som unike individer, ikke som stereotyp pasient og sykepleier. (Tveiten, 2007, s. 171).

Definisjonen av et menneske-til-menneske-forhold er:

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) han har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt.

(Travelbee, 2007, s. 177)

De ulike fasene i et menneske-til-menneske-forhold er:

- Det innledende møtet: Her blir førsteinntrykket dannet. Sykepleieren vil observere pasientens holdninger og oppførsel. Med dette vil sykepleieren gjøre seg en mening om pasienten. Det samme vil skje motsatt vei, ved at pasienten gjør seg en mening om sykepleieren. Dette skjer automatisk. I denne fasen ser de hverandre som stereotype ”pasient” og ”sykepleier”. (Travelbee, 2007, s. 186-187).



- Fremveksten av identiteter: Denne fasen handler om å se den andre som det unike individet det er, og bevege seg vekk fra det stereotype inntrykket fra det innledende møtet. Her vil sykepleier se at pasienten er forskjellig fra forventningene, og pasienten vil se at sykepleieren ikke er lik som andre sykepleiere. (Travelbee, 2007, s. 188).
- Empati: I empatifasen skal sykepleieren sette seg inn i pasientens situasjon. For å gjøre det må hun ha et åpent sinn og godta at pasienten er forskjellig fra henne. En kan knytte tetter bånd ved å vise empati, men samtidig vil den enkeltes status som forskjellige individ bli klarere gjennom empatiprosessen. (Travelbee, 2007, s. 193)
- Sympati: Sympati starter i empatifasen ved at sykepleier forstår pasienten bedre. I sympatifasen utvikler dette seg videre til et ønske om å lindre pasientens plager. En "tar del i" den andres følelser og viser varme, godhet, omsorg og medlidenhet. Tillit begynner å oppstå når pasienten ser at sykepleieren har sympati og medfølelse. (Travelbee, 2007, s. 200-201)
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt: Dette er målet med et menneske-til-menneske-forhold, og resultatet hvis punktene overfor er fulgt og gjennomført. (Travelbee, 2007, s. 211).

### **2.1.2 Kommunikasjon gjennom Travelbees øyne**

Kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee mener at kommunikasjon er et redskap som kan brukes av sykepleier til å vurdere hvilke behov pasienten har og hvilke sykepleietiltak hun skal iverksette. Kommunikasjonen kan skje verbalt ved en dialog, eller nonverbalt ved eksempelvis ansiktsuttrykk. Det foregår hele tiden kommunikasjon, bevisst og ubevisst fra sykepleier og den syke. All interaksjon med pasienten gir sykepleier kunnskap om hvordan han har det. Det er sykepleierens jobb å være oppmerksom på alle tegn som kan betyde noe for pasienten. (Travelbee, 2007, s.136)

## **2.2 Ufrivillig barnløshet**

Ufrivillig barnløshet eller infertilitet vil si at kvinnen ikke har oppnådd graviditet i løpet av 1 års forsøk, eller ikke klarer å gjennomføre graviditeten (Ahus, 2012). Vi skiller mellom primær- og sekundær infertilitet. Primær infertilitet vil si at paret aldri har oppnådd graviditet. Sekundær infertilitet brukes når kvinnen har vært gravid tidligere, men blir ikke gravid igjen. Ca. 10 % av den norske befolkning opplever ufrivillig barnløshet – periodevis og vedvarende. Årsaken ligger i 50% av tilfellene hos kvinnen, 30% av tilfellene hos mannen og i 20% av tilfellene hos begge. (Jerpseth, 2010, s. 48)

## **2.3 Prøverørsbehandling**

Prøverørsbehandling er en behandling for infertilitet og kalles IVF (In Vitro Fertilisering). IVF er regulert ved lov (bioteknologiloven § 2, 2003). I første del av IVF behandlingen får kvinnen hormonpreparater som skal stimulere follikkelmodningen i eggstokkene. Resultatet vil ønskelig være modning og frigjøring egg. Disse eggene hentes ut via skjeden. Eggcellene blandes med sædcellene i et plastrør (prøverør), og her skjer en spontan befruktning. Det befruktete egget blir ført inn i kvinnens livmor, der det forhåpentligvis fester seg og utvikler seg naturlig videre. (Jerpseth, 2010, s. 49)

## **2.4 utfordringer som følger av prøverørsbehandling**

Mange ufrivillig barnløse oppfatter situasjonen deres som en krise. (Schmidt, 2006 sitert i Jerpseth, 2010, s. 49). Å ikke få egne barn kan føles som et tap av funksjon paret regnet med å ha. Kvinner kan føle at barnløsheten er en svekkelse av kvinneligheten, og menn kan føle at barnløsheten er en svekkelse av manndommen. Dette kan ha innvirkning på kjønnsidentiteten deres og medføre seksualproblemer. (Haaland, 2010, s. 131). Behandlingen strekker seg ofte over flere år, og disse årene kan være preget av fortvilelse og håp.

At samfunnet forventer at paret skal få barn kan være tøft å håndtere. Familie venter på barnebarn, nieser, nevøer og venner lurere på om paret ikke skal få barn snart. Ikke minst er forventningene fra seg selv om å få barn tyngende. Det er den naturlige syklus å vokse opp, møte noen og å få barn. Når dette ikke går som planlagt er det lett for å føle skyld, depresjon, sorg og stress. Fristelsen om å isolere seg er sterk for mange slik at en slipper å svare på spørsmål om barn og se kjente trille barnevogner. (Bråten, 2012)

Seksuallivet kan lide under infertilitet og prøverørsbehandling. Seksuallivet kan bli preget av rutiner og *samleie på kommando*, det vil si at samleie skal skje hyppig ved eggøsning og ”kosen” med det uteblir. Det intense fokuset på forplantning fører til at samleie blir sjeldnere enn før. Kvinner kan miste lysten på grunn av alle undersøkelsene som blir gjort av underlivet og påkjenningene som følger med. Menn kan oppleve potenssvikt som følger av det rutinemessige og prestasjonsfokuserede samleiet. (Sundby og Guttormsen, 1989, s.49)

Prøverørsbehandling kan by på økonomiske utfordringer for mange par. Velger paret å få behandling på et offentlig sykehus får de tre forsøk delvis dekket av staten. Prisen paret må betale for et forsøk er kr 1.500,- og kr 4.500,- for tre forsøk. I tillegg er egenandelen for medisiner kr 15.000,-. (Helse-Bergen, 2010) Hvis paret ikke lykkes etter tre forsøk, men likevel velger å fortsette, må på privatklinikk. Å få gjennomført behandlingen på en privatklinikk er kostbart. En pakkepris på tre forsøk koster kr 56490,-, og forsøk utover det vil koste mer og mer for hvert forsøk. (Volvat, 2010)

## **2.5 Veiledningssamtale**

Sykepleieren vil møte disse parene på poliklinikker. Det betyr at sykepleieren vil være preget av korte møter, derfor det hensiktsmessig å tilstrebe at paret møter samme sykepleier til hver veiledning. Veiledningen tar sted på sykehuset, på en IVF avdeling og tar for seg behandlingsprosessen, parets tanker og følelser og utfordringer prøverørprosessen kan føre med seg. (Jerpseth, 2010, s. 49). Veiledning er definert av Tveiten (2006) som ” En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (sitert i Tveiten, 2008, s. 79). Veiledning til par som får prøverørsbehandling er en sykepleieroppgave og er en sentral del av behandling. Det er en rutine som er planlagt på forhånd av sykepleier, og tilpasset hver enkelt par. Alle par som er under behandling skal delta i slike veiledninger. Veiledningssamtalene skal inneholde rom for dialog mellom sykepleier og paret slik at paret kan komme med spørsmål og ytringer. (Barnlosht, 2011) Et viktig poeng i veiledningen er å møte paret der de er. Sykepleier må finne ut hva paret er opptatt av og hva de tenker om situasjonen. Dette kan fremme et tillitsforhold som er avgjørende for utfallet av veiledningen. Å gi informasjon, råd og undervise inngår ikke under begrepet veiledning, men hvis det er relevant kan det inkluderes i veiledningen. (Tveiten, 2008, s. 72)

Sykepleier må ha kunnskaper om ufrivillig barnløshet og IVF behandling, samt reaksjoner paret kan få i løpet av prosessen. Sykepleieren må være oppmerksom på kvinnens og mannens tanker og følelser rundt situasjonen, og sørge for at paret føler seg trygg og ivaretatt. Terskelen for å ta opp vanskelige temaer skal være lav under disse samtalene. (Jerpseth, 2010, s. 49)

## **2.6 Etiske problemstillinger**

En etisk problemstilling forklarer Kalkas og Sarvimäki (1987) som ” De er verdikonflikter med usikkerhet om type kunnskap som er nødvendig for beslutning, de vekker forvirring, og løsningen har betydning for synet på mennesket og dets relasjoner”. (sitert i Slettebø, 2008, s. 43). Sykepleier kan møte ulike etiske problemstillinger i møte med ufrivillig barnløse par. Eksempelvis kan sykepleier under samtale med paret får informasjon om noe som gjør at hun begynner å tvile på om det er riktig for paret å gjennomgå behandling. Det kan være opplysninger eller inntrykk paret gir om seg selv eller livssituasjon som kan trekke deres omsorgsevne i tvil.

En annen problemstilling er hvis ene forelderen har en alvorlig sykdom, eksempelvis MS, som vil svekkes i løpet av årene. Dette vil kunne gå utover deres evne til å ha omsorg for et barn, og sykdommen kan muligens bli videreført til barnet. (Hofmann, 2008, s.238).

Når er det riktig å avslutte behandlingen? Hva som er riktig for paret vil være individuelt. Skal en fortsette etter det 11 mislykkede forsøket? Hva hvis forholdet holder på å gå i oppløsning under presset fra behandlingen? Det er vanskelig å vite hva en skal gjøre og det er ingen oppskrift. (Bråten, 2012). Til min problemstilling er nærhetsetikk og relasjonsetikk relevant i den forstand at holdningene og væremåten til sykepleier viser hennes moral og etikk, og er avgjørende for hvordan situasjonen oppfattes av pasienten og videre hvordan relasjonen utvikler seg. (Brinchmann, 2008, s. 127).

### **3.0 METODE**

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Tranøy, 1985, sitert i Dalland, 2007, s. 83). Metode blir brukt som redskap i situasjoner der vi vil undersøke noe, da det hjelper oss med å samle inn data, – altså informasjonen vi trenger til undersøkelsen og kritisk analysere informasjonen for å bruke det opp mot problemstillingen. En skiller hovedsakelig mellom kvalitativt orienterte og kvantitativt orienterte metoder. Kvalitative metoder fokuserer på studere faktorer som ikke lar seg måle eller tallfeste, slik som mening og opplevelse. Kvantitative metoder bruker informasjon og former den til målbare enheter, slik at vi kan finne prosent og gjennomsnitt av en større mengde. (Dalland, 2007, s.84).

Den systematiske litteraturstudien hensikt er å samle kunnskap fra tidligere gjennomførte studier, som er relevant for problemstillingen. En skal kritisk vurdere og analysere kunnskapen i studiene. Kunnskapen som er relevant skal samles og settes sammen og det skapes et resultat på problemstillingen. (Dalland, 2007, s. 65)

I følge Herarn, Freuer, Higginson og Sheldon (1999) skal en litteraturstudie inneholde en klar og tydelig problemstilling, en søkestrategi for å finne relevante studier, presentasjon av metode og tydelige inklusjonskriterier for valg av studier. (sitert i Forsberg og Wengström, 2008, s. 93)

I arbeid med en litteraturstudie er en avhengig av at det finnes relevant forskning om temaet. For å finne dette må en gjøre seg godt kjent i de ulike databasene. Det innledende litteratursøket brukes til å få en oversikt over hva som er gjort av studier om det valgte temaet. På denne måten kan en lettere snevre seg inn på det som er skrevet om problemstillingen og velge de studiene som er mest relevant. Videre blir forskningen drøftet sammen med et valgt sykepleieperspektiv for å hjelpe å svare på problemstillingen min, og dermed avgi en konklusjon på oppgaven. (Dalland, 2007, s. 62-65) (Forsberg og Wengström, 2008, s. 29)

I eksamenskravene står det skrevet at metoden skal være en litteraturstudie. Jeg vil derfor bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven, søke systematisk og vurdere kunnskap i form av forskningsartikler for å finne svar på min problemstilling i henhold til ufrivillig barnløshet

### 3.1 Fremgangsmåte

Før jeg begynte arbeidet med oppgaven var problemstillingen min nesten ferdig. Jeg visste at jeg ville fokusere på ufrivillig barnløshet, prøverørsbehandling og samtalen mellom paret og sykepleieren. Dette ville jeg belyse gjennom Travelbees sykepleieteori, da hun fokuserer på viktigheten av god kommunikasjon og relasjon mellom pleier og pasient, som er sentralt for min problemstilling.

Da jeg startet søkeprosessen begynte jeg med søkeord som var relevant for problemstillingen. Jeg varierte sammensetningen, og brukte dem i ulike databaser. Det var imidlertid vanskelig å finne forskningsartikler som passet til problemstillingen. Samtidig hadde jeg tilgang til få artikler om temaet gjennom HSH. Jeg fant etter hvert relevante artikler som tok for seg forberedelser, veiledning og reaksjoner i henhold til ufrivillig barnløshet og prøverørsbehandling.

Jeg brukte databasene CINAHL, Ovid Nursing, SveMed+ og sykepleien forskning. To av artiklene jeg valgte fant jeg i CHINAHL og én fant jeg i Ovid Nursing, jeg vil derfor kun beskrive søkene som ble gjort i disse databasene. Den tredje artikkelen jeg bruker fant jeg i Jordmorboka (Tegnander, 2010).

Jeg brukte søkeordene "IVF", "Nurse", "Depression", "Challenges", "coping strategies" og "Infertility". Jeg forsøkte å kombinere de ulike søkeordene, for å se hvilke kombinasjoner som ga best treff. Jeg så på tittelen til artikkelen og i hvilke tidsskrift den var publisert. Hvis jeg fant titler som inneholdt søkeordene og var oppbygd som en forskningsartikkel, leste jeg gjennom den for å vurdere dens relevans. Artiklene måtte være engelsk språklige og helst fra de siste 10 årene. Jeg valgte imidlertid en artikkel som var eldre fordi tematikken i problemstillingen ikke vil forandre seg over årene slik som eksempelvis en prosedyre vil.

Søkeordet "IVF" gav meg 562 treff i Ovid Nursing, jeg søkte deretter på "Nurse" som gav meg 131923 treff. Videre kombinerte jeg disse søkene med "AND" og fikk 31 resultater. Jeg valgte artikkelen "Integrating preconceptional care into an IVF programme" av Henriëtta D.L. Ockhuijsen, Claudia J. Gamel, Agnes van den Hoogen og Nicholas S. Macklon, fordi den handler om veiledning om livsstilsendringer til IVF pasienter og hvorfor sykepleiere skal integrere dette i behandlingen. (Ovid, 16.01.13)

Søkeordet "Depression" gav meg 55662 treff i CINAHL. "infertility" gav meg 4134 treff. Når jeg kombinerte disse søkeordene med "AND" fikk jeg 126 treff og fant artikkelen

“

ne Ezer, Marcelo Pio Fleck, Daniela Riva Knauth, og Eduardo Pandolfi Passos. Denne artikkelen går ut på å kartlegge hvilke innsikt par som søker IVF behandling, har i hverandres livskvalitet. Jeg valgte denne fordi den viser at menn og kvinner har ulike måter å reagere på og gir meg innsikt i hvordan dette foregår i praksis. (CINAHL: 16.01.13)

“Differences between husbands’ and wives’ approach to infertility affect marital communication and adjustment” av: Lauri A. Pasch, Christine Dunkel-Schetter, og Andrew Christensen. Denne artikkelen er sitert i Jordmorboka, (Tegnander, 2010). Jeg forsøkte å finne den i databaser via HSH uten å lykkes, så jeg søkte den opp i Google med hele tittelen. Der fant jeg den under nettsiden research.net. Jeg klikket meg inn på adressen og artikkelen kom opp som en pdf-fil. Jeg valgte artikkelen fordi den er relevant opp mot min problemstilling da den fokuserer på menn og kvinners opplevelse av fertilitetsbehandling, og hvilke konsekvenser det har for parforholdet og kommunikasjonen dem i mellom. (søk gjort 14.01.13)

Søkeordet "Infertility" gav meg 4158 treff i CINAHL, "coping strategies" gav meg 5456 treff, mens "IVF" gav meg 610 treff. Jeg kombinerte disse søkeordene med AND og fikk 4 treff og fant artikkelen: "Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment" av Shu-Hsin Lee, Shu-Chuan Wang, Ching-Pyng Kuo, Pi-Chao Kuo, Maw-Sheng Lee og Meng-Chih Lee. Jeg valgte denne artikkelen fordi den tar for seg reaksjoner etter mislykkede IVF forsøk, og mestringsstrategier som blir brukt for å takle reaksjonene. Denne kunnskapen er relevant opp mot min problemstilling. (søk gjort 04.02.13)

### **3.2 Metodekritikk**

I dette avsnittet skal jeg vurdere artiklene jeg har valgt kritisk ved hjelp av sjekklister. (Forsberg og Wengström, 2008, s. 197-210) Kildekritikk er metoder som brukes for å fastslå kildens relabilitet, og dens hensikt er å gi leseren innsyn i hvilke refleksjoner jeg har gjort

meg om kilden, hvilke relevans og gyldighet artikkelen har opp mot min problemstilling.  
(Dalland, 2007, s. 66)

Studie nr. 1 av Ockhuijsen m.fl (2012) er en mixed – method studie. Her bruker jeg en kvantitativ sjekklister, da denne metoden er mest fremtredende. Studiens hensikt kommer godt frem i artikkelen. Metoden er et godt valg, da forskerne belyser temaet fra to vinkler. Forskerne har gjort etiske betraktninger om blant annet frivillig deltagelse og anonymisering av data, av den grunn hevder de at den ikke trenger å bli godkjent av etisk komité. Rekruttering av deltakerne, og hvordan dataen ble samlet inn er godt beskrevet. Resultatet kommer godt frem i tabeller og i teksten. Forskerne har vurdert valg av metode og den betydning for oppgaven kritisk. Jeg vurderer denne studien som god, ut ifra sjekklisten.  
(Forsberg og Wengström, 2007, s. 197)

Studie nr. 2 gjort av Chachamovich m.fl. (2010) og er en kvantitativ studie som undersøker i hvilke grad par som gjennomgår behandling for infertilitet klarer å oppfatte den andres livskvalitet. Studien er godkjent av etisk komité. Studiens hensikt, inklusjonskriterier for deltakere, metode og resultat kommer godt frem. Denne studien er gjort i Brasil, derfor kan kulturelle forskjeller forekomme, men jeg vurderer denne som aktuell også i Norge på grunn av fokuset på parforhold og livskvalitet. Jeg vurderer denne artikkelen som relevant og god ut ifra sjekklister. (Forsberg og Wengström, 2007, s. 197)

Studie nr. 3 gjort av Pasch m.fl (2001) er en kvalitativ studie. Studiens hensikt kommer godt frem i artikkelen. Det står ikke i artikkelen at den er godkjent av etisk komité, men jeg velger å ta den med fordi deltagerne meldte seg frivillig til å være med i studien, og ble godkjent for publisering. I følge Slettebø (2008) vil enhver forskningsartikkel bli etisk vurdert før publisering. Artikkelen har god informasjon rundt temaet og oppsettet er oversiktlig. Inklusjonskriteriene for deltagerne er godt beskrevet, datainnsamling og resultat er godt fremstilt. Sjekklisten viser at studien er av god kvalitet. Denne artikkelen er eldre enn ti år, men jeg velger å ta den med da jeg mener den fremdeles er relevant, siden infertilitet er tidløst og et all menneskelig fenomen. (Forsberg og Wengström, 2007, s. 206)

Studie nr. 4 av Lee m.fl. (2010) er en kvantitativ studie. Hensikten kommer godt frem i artikkelen. Artikkelen sier ikke noe om at den er etisk godkjent, men jeg velger å ta den med



av samme grunn som jeg valgte å ta med artikkel nummer 3. Resultatene kommer godt frem i teksten og ved hjelp av tabeller. God informasjon om infertilitet og IVF. Resultatene er til hjelp for sykepleiere og andre helsearbeidere da de peker på hvordan pasienter sørger etter et mislykket IVF forsøk og hvilke mestringsstrategier de velger. Da denne studien er gjort i Taiwan kan kulturelle forskjeller forekomme, men jeg har valgt å ta den med, da jeg mener at resultatene er relevant også i Norge. Forskerne vurderer seg selv kritisk. Jeg vurderer denne studien som god ut ifra punktene i sjekklisten. (Forsberg og Wengström, 2007, s. 197)

### **3.3 Etikk i oppgaveskriving**

Når det gjelder etikk i oppgaveskriving er kildebruk relevant. En skal ikke trekke sine egne slutninger fra litteraturen for å få det til å passe bedre opp mot problemstillingen. En skal ikke plagiere og en skal referere på en oversiktlig måte slik at leseren kan finne tilbake til kilden. I en litteraturstudie skal resultatene være kontrollbare, og oppgavens reliabilitet og validitet er derfor avhengig av god kildehenvisning. (Dalland, 2007, s. 93) Oppgaven min følger Høgskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer om å bruke APA-standard i henhold til kildereferering. (HSH, 2013)

## **4.0 RESULTAT**

Her vil jeg først presentere en oppsummering av hovedfunnene av artiklene som blir brukt i oppgaven. Videre vil jeg skrive en oppsummering av artiklene hver for seg.

Artiklene viser meg først og fremst at infertilitet og infertilitetsbehandling gir reaksjoner hos både kvinner og menn. Men de har imidlertid forskjellige måter å takle situasjoner på og trenger ulik veiledning og støtte. Eksempler på dette kommer jeg tilbake til i artikkelsammendragene. Artiklene viser til viktigheten av veiledningen og samtalen mellom sykepleier og paret. Studie nummer 1 og 4 fokuserer på bare kvinnen, mens studie nummer 3 og 4 fokuserer på paret. I tillegg fokuserer artikkel nummer 1 på sykepleierens synspunkt. Studien av sykepleierne viser at de har en viktig rolle i fertilitetsbehandlingen. De kan skape et forhold til paret som kan gi dem støtte, og noen å forholde seg til under behandlingen. Det unike med sykepleierens rolle er at de er der under utredningen, under behandlingen og under samtaler. Artiklene legger vekt på at god kommunikasjon er viktig for behandlingsresultatet og for parforholdet, både paret seg i mellom og mellom paret og sykepleier.

### **”Integrating preconceptional care into an IVF programme”**

Dette er en studie er gjort av Henriëta D.L. Ockhuijsen, Claudia J. Gamel, Agnes van den Hoogen og Nicholas S. Macklon i Nederland i 2007. Studien er en mixed-method studie og ble publisert i *Journal of Advanced Nursing* i 2012. Forskernes hensikt var å undersøke effekten av å integrere pre-unnfangelses veiledning i IVF behandlingen. 130 kvinner som var på venteliste for å få IVF behandling deltok i studien, samt 7 sykepleiere. For å kartlegge livsstilsfaktorer som utgjør en risiko for fertiliteten, utarbeidet forskerne et spørreskjema som fokuserte på livsstils- og risikofaktorer som eksempelvis røyking og overvekt. Videre ble kvinnene veiledet om livsstil og livsstilsendringer av sykepleierne som deltok i studien, og det ble forsket på hvilke innvirkning veiledningen hadde på kvinnene. Forskerne fant at i forkant av veiledningene var sykepleierne tvilende til at de skulle klare å utfylle sin nye rolle effektivt, og var skeptisk til integrering av livsstilsveiledning i IVF behandlingen. De var også redd for at veiledningen kunne bli preget av ”skolering”, og at kvinnene kom til å føle seg dømt. Studien viste imidlertid at 100% av kvinnene hadde godt utbytte av veiledningene, og satt stor pris på den tiden de fikk med sykepleier. De følte at de fikk veiledning tilpasset seg, ikke bare som et nummer i rekken. At kvinnene fikk god relasjon til sykepleier gjorde at kvinnene følte de kunne spørre sykepleierne om det de lurte på og de fleste av kvinnene ble

motivert til livsstilsendringer i form av vektreduksjon og røykeslutt. Forskerne konkluderer med at å integrere pre-unnfangelses veiledning i IVF behandling gir gode resultater og kan påvirke utfallet av behandlingen.

### **“Agreement on Perceptions of Quality of Life in Couples Dealing With Infertility”**

ne Ezer,

Marcelo Pio Fleck, Daniela Riva Knauth, og Eduardo Pandolfi Passos (2010). Forskerne har kartlagt hvilke innsikt par som søker IVF behandling har i hverandres livskvalitet. 163 par deltok i studien som tok sted i Brasil. Informasjonen ble hentet inn via spørreskjemaer. Et spørreskjema fra WHO – The World Health Organization Quality of Life Brief, som fokuserte på livskvalitet, fysisk helse, psykisk helse, sosiale forhold og miljø. Og et spørreskjema som gikk ut på å kartlegge depresjon – Beck Depression Inventory. Etter at disse ble utfylt av begge i forholdet, modifiserte forskerne spørreskjemaet fra WHO slik at spørsmålene gjaldt partneren, for å kartlegge hvilke innsikt partneren hadde i den andres livskvalitet og psykiske helse. Forskerne fant ut at det var få som hadde god innsikt i livskvaliteten til partneren, og de fleste mente at partneren hadde lavere livskvalitet enn seg selv. Forskerne konkluderte med at selv om parene hadde forsøkt å få barn lenge, og vært et par enda lenger, skulle en tro at de kjente hverandres følelser, tanker og forventninger bedre. Men slik var det ikke. En forklaring på dette kan være at paret er så opptatt av behandlingen og det å få barn, at de glemmer hverandre og kjæresteforholdet oppi det hele.

### **“Differences between husbands’ and wives’ approach to infertility affect marital communication and adjustment”**

Denne artikkelen er skrevet av Lauri A. Pasch, Christine Dunkel-Schetter og Andrew Christensen (2001) og omhandler deres kvalitative studie. Forskernes hensikt var å finne ut hvilke forskjeller menn og kvinner viste i forhold til infertilitet og IVF behandling. Samtidig undersøke hvilke effekt disse forskjellene har på kommunikasjonen til paret, og hvilke påvirkning kommunikasjonen har på parforholdet. 48 par som hadde problemer med å oppnå graviditet deltok i studien i USA. Informasjonen ble hentet inn ved intervjuer, spørreskjemaer og diskusjoner mellom paret. Forskerne tok opp åpne spørsmål for å kartlegge deltakernes følelser om infertilitet og viktigheten av biologiske barn. Parene ble instruert til å diskutere tema som skapte problemer i forholdet, for å kartlegge forskjeller. For å kartlegge tap av selvsikkerhet, designet forskerne et spørreskjema. Forskerne designet enda ett spørreskjema som fokuserte på hvilke effekt infertilitet hadde på parforholdet. Forskerne fant ut at å få barn

er viktig for begge parter, og begge var involvert i å prate om å få barn. Men gjennomsnittlig var det viktigere for kvinner, de ville prate mer om å få barn, var mer involvert i prosessen, og opplevde i større grad tap av selvtillit i forhold til menn. Forskerne konkluderte med at hvordan menn tilnærmer seg infertilitet har sammenheng med hvor godt paret kommuniserer om fertilitetsproblemene. I de forholdene menn var mer positiv til å få barn, mer delaktig i prosessen og ville prate mer om barn og infertiliteten, opplevde kvinnene en mer positiv effekt på forholdet av infertiliteten.

**”Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment”** er en kvantitativ studie gjort av Shu-Hsin Lee, Shu-Chuan Wang, Ching-Pyng Kuo, Pi-Chao Kuo, Maw-Sheng Lee og Meng-Chih Lee i 2003, og publisert i 2010. Forskernes hensikt var å identifisere ulike sorgreaksjoner etter mislykkede prøverørsforsøk, ulike mestringsstrategier som blir brukt for å overkomme sorg, og til slutt analysere sammenhengen mellom reaksjonene og mestringsstrategiene. Studien ble utført i Taiwan, og 95 kvinner som var under fertilitetsbehandling deltok i studien. Forskerne samlet inn data ved hjelp av to ulike spørreskjemaer, et om sorgreaksjoner og et om mestringsstrategier. Forskerne fant ut at reaksjonene varierte fra kvinne til kvinne, og varierer fra skuffelse til angst, depresjon, problemer i parforholdet, og seksuelle problemer. Mestringsstrategiene kvinnene brukte varierte også, men konfrontasjon av problemet og konstruktiv problemløsning var den mest vanlige strategien sammen med optimisme og positiv tenkning, fulgt av selv-kontroll. Forskerne konkluderte med at de kvinnene som tok i bruk mestringsstrategiene fikk effektiv hjelp til å takle reaksjonene.

## **5.0 DRØFTING**

### ***Hva kan sykepleier gjøre for å forberede et ufrivillig barnløst par på prøverørsbehandling gjennom veiledningssamtaler med fokus på å bevare et godt parforhold?***

Alle utfordringene som ufrivillig barnløshet og prøverørsbehandling fører med seg, vil kunne gå ut over parforholdet. Konsekvenser av dette kan være at behandlingen blir tøffere å håndtere for paret, og resultatet kan bli påvirket deretter. Paret er i en prosess som forhåpentlig vil gi dem barn, derfor er det viktig at forholdet ivaretas under behandlingen. Det er her sykepleiere kommer inn og kan gjøre opplevelsen lettere for paret ved veiledningssamtaler der hun kan gi dem råd og informasjon om hvordan takle situasjonen på best mulig måte.

I denne delen vil jeg diskutere hva sykepleiere kan gjøre for å forberede et ufrivillig barnløst par på prøverørsbehandling, gjennom veiledningssamtaler sett ut fra Travelbees perspektiv med fokus på menneske-til-menneske-forhold, opp mot relevant teori og funnene jeg har gjort.

Jeg vil basere drøftingen min på Travelbees perspektiv, og jeg mener at sykepleier må legge vekt på det første møtet med paret, siden førsteinntrykket vil kunne påvirke hvordan relasjonen mellom paret og sykepleieren utvikler seg. (Travelbee, 2007). I starten av møtet vil paret observere sykepleier, hvordan hun snakker og hva hun er opptatt av. De gjør seg en formening om sykepleieren. Sykepleier må være oppmerksom på dette og forsøke å hindre at paret får et dårlig inntrykk av henne. Dette kan gjøres ved å ha en rolig fremtoning, vise paret at hun er der for dem, og at de ikke kun er et nummer i rekken. Samt gi dem ærlig og dirkete informasjon og svar på det de lurer på. Disse elementene er viktig for å skape et godt førsteinntrykk som kan bygges videre til for å oppnå en god relasjon. På samme måte som paret skaper seg inntrykk av sykepleier, vil sykepleier skape seg et inntrykk av paret på bakgrunn av hvilke tanker og holdninger de har om ufrivillig barnløshet og prøverørsbehandlingen. Samt hvilke behov de har for informasjon og støtte. Dette er viktige observasjoner for sykepleieren, da de hjelper henne å tilpasse veiledningen etter parets behov. Ett av målene med veiledningen er å gjøre paret bevisst på hvordan de kan heve mulighetene for at behandlingen skal lykkes, som videre vil gjøre behandlingen lettere å håndtere og dermed slite mindre på forholdet. (Travelbee, 2007), (Tveiten, 2006)

## **Livsstil.**

Jeg fant i en av studiene at overvekt og røyking er to livsstilsfaktorer som kan påvirke fertiliteten og sjansen til å bli gravid, men integrering av livsstilsinformasjon og opplæring i livsstilsendring kan ha innvirkning på utfallet av prøverørsbehandlingen. (Ockhuijsen m.fl., 2012). Vekt og livsstil er sårbare temaer som kan være vanskelig å snakke om for sykepleier og pasient. Studien tok også for seg sykepleiernes syn på livsstilsveiledningen, og sykepleierne syntes veiledningen kunne være ubehagelig da de følte seg dømmende overfor kvinnene og at veiledningen kunne bli preget av skolering. (Ockhuijsen m.fl., 2012). En av sykepleierne som deltok i studien sa: ”(...) I was afraid of appearing to raise an accusing finger”. (Ockhuijsen m.fl., 2012). Dette tror jeg mange sykepleiere ville kjent seg igjen i. For å unngå dette er det avgjørende at sykepleier har gjort et godt inntrykk, og at hun trår varsomt når hun beveger seg inn på dette temaet. (Travelbee, 2007) Hun bør bruke god tid på å forklare og la det være rom til samtale og spørsmål. Funnene jeg gjorde i Ockhuijsen m.fl. (2012) viste at 100% av kvinnene som mottok livsstilsveiledning var fornøyd med tilbudet. På grunn av at de fikk god tid sammen med sykepleier ble det skapt et godt forhold der kvinnene følte de fikk individuell og god veiledning som fremmet motivasjon. På grunnlag av disse funnene, bør fokus på vekt og livstil ha en plass i veiledningen som gis til ufrivillig barnløse par. Dette må sykepleier legge frem på en ærlig og direkte måte slik at paret forstår hvilke konsekvenser vekt og livstil har på fruktbarheten. Samt hvilke fordeler det er med å legge om livsstilen, slik at paret ikke blir fornærmet – noe som kan hemme forholdet mellom sykepleier og paret. Sykepleier må påpeke at livsstil kan påvirke fruktbarheten og eggproduksjonen hos kvinnen. Spesielt overvekt kan forstyrre kjønnshormonene i kroppen, og gjøre det vanskelig å oppnå graviditet. Sykepleier må òg formidle at veldig magre kvinner som og trener mye kan ha forstyrrelser i kjønnshormonene og videre ha problemer med å bli gravid. (Sundby og Guttormsen, 1989). Røyking er en annen risikofaktor sykepleieren må fokusere på i veiledningen, og formidle at det har en sammenheng med nedsatt fruktbarhet. (Ockhuijsen m.fl., 2012), (Travelbee, 2007)

Andre funn jeg gjorde la vekt på at ufrivillig barnløshet er en tilstand som rammer paret, ikke kvinnen som enkeltperson. (Chachamovich m.fl., 2010) På grunnlag av dette bør både kvinnen og mannen delta i livstilveiledningen. Også mannens livsstil har betydning for fertiliteten, spesielt overvekt og røyking kan nedsette sædkvaliteten og dermed sjansen for å oppnå graviditet. (Aleris, 2012). Dette er viktig at sykepleier formidler siden fokuset ofte er

på kvinnen da hun er mest sentral i behandlingen. Fordelen med at paret er to om livstilendringene er at de kan støtte hverandre i prosessen, noe som kan fremme samhold. I tillegg kan det være lettere å gjøre livsstilsendringer når en er to. (Chachamovich m.fl., 2010). På en annen side er det viktig at sykepleier forsøker å forhindre at paret har ulik motivasjon angående livsstilsendringer. Det kan slite på forholdet hvis bare en av dem er motivert, mens den andre gir blaffen. Dette kan være vanskelig for sykepleier å kontrollere, men hun kan gi dem best mulig forutsetninger for å lykkes, ved at hun bevisstgjør paret på hva den andre føler og tenker om sin egen livstil. På denne måten kan paret finnes sitt ståsted og dermed bygge videre på dette. Sykepleier må fremme motivasjon hos begge parter slik at begge er innstilt på å gjøre endringer og at ikke alt ansvar ligger på den ene parten. Hun må gi dem kunnskapen de trenger om livsstilsendringer og hvordan de kan hjelpe hverandre nå målet. Sykepleier må gi konkrete råd om matinntak til både overvektige og undervektige, og opplyse om anbefalt individuelt aktivitetsnivå. Sykepleier må også legge til rette for røykeslutt og hjelpe å utarbeide nedtrappingsplan eller forslå andre strategier. (Aleris, 2012)

Sykepleiere kan møte på etiske problemstillinger i livsstilsveiledning av par. Kvinnen kan nekte å slutte å røyke selv om det utgjør en risiko for å ikke oppnå graviditet, og videre stor risiko for fosterets helse. Her kan det være krevende å veilede og støtte kvinnen når sykepleier vet at kvinnen ikke gjør som hun burde. I tillegg kan sykepleier føle at kvinnen ikke ”fortjener” at staten dekker tre forsøk, siden hun ikke gjør det hun må for å ha best mulig sjanse til å oppnå graviditet. (Brichmann, 2008). På en annen side må sykepleier godta at paret ikke har like meninger og holdninger som henne. Hvis sykepleier presser paret til å gjøre endringer, vil det kunne skade forholdet mellom sykepleier og paret. Å akseptere at paret er forskjellig fra sykepleier er et viktig steg i Travelbees menneske-til-menneske-forhold, og kan bedre relasjonen mellom paret og sykepleier. (Travelbee, 2007)

Livstil kan altså bety mye for en positiv behandling og vellykket befruktning. Klarer paret å samarbeide om å endre livstilen, vil dette fremme mestringsfølelse, gi dem bedre samhold, og dermed gjøre utfordringene ved behandlingen lettere. I beste fall vil det utgjøre en positiv effekt på utfallet av befruktningen. Det er selvsagt ikke alle par som trenger å gjøre livstilendringer og derfor er individuell veiledning viktig. Men realiteten er at noen trenger det i dagens samfunn, og siden livstilendringer har god effekt på utfallet av behandlingen, mener jeg at vi i Norge bør innføre dette i vår prøverørsbehandling. Dette vil jeg argumentere med at prøverørsbehandling er en stor utgift for den Norske Stat. Hvis sykepleiere brukte litt mer

ressurser og tid på veiledning i henhold til livsstil, og kunne fått suksessraten opp med noen prosenter, kunne staten spart mye penger.

### **Økonomi.**

Økonomi er et tema sykepleier bør fokusere på under veiledningene, og finne ut om paret har diskutert antall prøverørsforsøk de vil gjennomgå. Sykepleier må formidle viktigheten av at paret bestemmer seg for antall forsøk, slik at det ikke forårsaker uenighet og problemer for forholdet senere i behandlingen. Bråten (2012). Dette kan være et vanskelig tema å snakke om for sykepleieren og for paret. Sykepleieren må være forsiktig med hvordan hun fremstiller det, slik at paret ikke føler at hun "hindrer" dem fra å forsøke så mange ganger de ønsker, da dette kan ødelegge den relasjonen som er bygget opp. (Travelbee, 2007). Paret vil spørre seg selv: "Hvor mye skal vi betale for et barn?" "Skal vi stoppe på 7, hva hvis vi lykkes på det åttende forsøket?". Dette kan ingen vite, og det er en vanskelig problemstilling for paret. Hvis paret ikke klarer å sette en grense på forhånd, må sykepleier informere dem om indikasjoner på når de bør stoppe behandlingen, som hvordan det går med forholdet og parets psykiske og fysiske helse. (Bråten, 2012).

### **Krise**

Å gå gjennom prøverørsbehandling kan gå ut over parforholdet på ulike måter og mange ufrivillig barnløse par opplever sin situasjon som en krise. (Jerpseth, 2010). Funn viser at hva hvert enkelt par, og hva kvinnen og mannen føler - er forskjellig. (Pasch m.fl., 2001). Sykepleier må derfor kartlegge hvilke tanker/følelser/forventninger/kunnskaper paret har om hverandre, ufrivillig barnløshet og prøverørsbehandling, slik at hun kan tilpasse veiledningen etter parets behov. (Sundby og Guttormsen, 1989) Dette hjelper sykepleier å bli kjent med paret, og hvordan hun kan tilrettelegge veiledningen slik at hun kan hjelpe paret å få kontroll over situasjonen som oppleves som en krise. Sykepleier kan gjøre dette ved å møte paret der de er, og stille åpne spørsmål til paret og til kvinnen og mannen hver for seg. Sykepleier bør ha opparbeidet et godt forhold til paret slik at det blir en åpen og ærlig dialog mellom dem. Spesielt i starten av veiledningen kan det være vanskelig for paret å åpne seg nok til å klare å reflektere over situasjonen, sine egne følelser og partnerens følelser. Dette kan komme av at paret ikke er helt trygg på sykepleieren, eller at de ikke har reflektert over temaet før, og derfor trenger litt tid til å fordøye tankene. (Travelbee, 2007) Sykepleier kan be paret diskutere et eller flere temaer når de kommer hjem. På denne måten kan de kaste lys over



aspekter om hverandre de ikke har vært klar over, og de kan reflektere over behandlingen og tanker de har rundt den. Kvinner og menn er som sagt forskjellig og har forskjellig behov for informasjon og veiledning. Det er viktig at sykepleier er observant på både kvinnen og mannen slik at begge får deres behov tilfredsstilt. Dette kan sykepleier gjøre ved å følge med på hvordan paret kommuniserer og hvilke holdninger de viser. De fleste par har en dominant part, altså en som er mer fremtredende i samtalen og som svarer på flest spørsmål. Dette kommer av at vi har ulike personligheter. Det sykepleier må ha fokus på i slike situasjoner er at også den parten som er mer tilbakeholden får sagt den han eller hun mener. Dette kan hun gjøre ved å stille spørsmål direkte til han eller henne. Her vil det også være hensiktsmessig å oppmuntre til diskusjoner slik at begge får uttrykke sine tanker og forventninger til behandlingen. Slik vil parets kommunikasjon kunne bli bedre, og videre vil behandlingen kunne gå lettere for paret.

Bråten (2012) mener det er viktig å normalisere situasjonen til paret. Dette er jeg enig i og sykepleier kan gjøre dette ved å si at paret ikke er alene, og det er mange andre som opplever det samme som dem. Dette kan få paret til å føle seg som en del av et større fellesskap og finne trøst i at andre har vært gjennom det samme som dem.

Jeg har funnet at kvinner ofte tar infertiliteten verre enn menn og det kan ha en større innvirkning på selvtilliten hennes. (Pasch m.fl., 2001) Samtidig er det også slik at i de forholdene mannen er delaktig i prosessen og tar initiativ til å snakke med kvinnen om infertiliteten, ser kvinnen flere positive sider ved infertilitet enn negative. (Pasch m.fl., 2001). Derfor er det viktig at sykepleier gjør paret oppmerksom på dette, og igjen fokuserer på at infertilitet er en tilstand som rammer paret og ikke enkeltpersonen. Dette kan hun gjøre ved å oppmuntre mannen til å snakke mer med kvinnen om infertiliteten og be han være med på hver undersøkelse, veiledning og inngrep kvinnen må gjennom. (Sundby og Guttormsen, 1989) Dette kan i tillegg styrke samholdet til paret da kvinnen føler at han er mer engasjert. (Pasch m.fl., 2001)

Selvsagt er det ikke alle par som synes ufrivillig barnløshet er en krise som går ut over parforholdet. Det er mange som takler behandlingen uten problemer som ikke syns den går ut over forholdet. Jeg syns imidlertid det er viktig at sykepleiere klarer å fange opp de parene som sliter med infertiliteten og behandlingen, slik at de kan tilby dem kunnskap om hvordan de kan håndtere situasjonen og bevare forholdet, noe som vil gjøre behandlingen lettere.

## **Skyld, skam, depresjon og isolasjon.**

Skyld og skam er følelser som ufrivillig barnløse par vil kunne oppleve. Ofte er det slik at kvinner reagerer med skyldfølelse på barnløsheten, mens menn reagerer med skamfølelse. (Sundby og Guttormsen, 1989) Dette kan forklares med at mannens potens og maskulinitet har en direkte sammenheng med hans forplantningsevne. Spørsmål mannen kan få når han sier at han ikke kan få barn kan være: ”Får du det ikke til?”. Kvinner vil på en annen side kunne føle seg utilstrekkelig på mange måter. Spørsmål hun vil kunne stille seg selv: ”Hvis jeg ikke får barn, er jeg kvinne da?” Kvinnen kan begynne å tvile på at hun er egnet til å bli mor. Disse tankene kan påvirke selvfølelsen, usikkerhet, kjønnsidentitet og hennes egenverdi. Det er viktig at sykepleier setter lys på skyld- og skamfølelsen, og normaliserer dette. Hun må fortelle paret at det er normalt å tenke de tankene og føle de følelsene. (Sundby og Guttormsen, 1989). Hun må også oppmuntre paret til å snakke om følelsene, da det kan lette skyld- og skamfølelsen - som videre kan fremme et godt parforhold der de har innsikt i hverandres tanker og følelser.

Forventninger fra familie og samfunnet om at paret skal få barn kan være utfordrende for paret å håndtere. Det er ikke alle par som klarer å dele infertiliteten sin med andre, og det kan vekke såre følelser som de ikke vil vise i offentlighet. (Bråten, 2012). En lettvinnt løsning på disse følelsene kan være å isolere seg fra samfunnet og fra hverandre. Dette er en vanskelig situasjon for sykepleier å vite hvilke råd hun skal gi. Hva som er rett for hvert enkelt par er veldig individuelt, men det er viktig at paret å finner ut sammen hvordan de skal håndtere forventninger og spørsmål om barn. Her er god kommunikasjon avgjørende for å lykkes. Dette vil kunne føre til mestringsfølelse hos paret samtidig som det vil styrke samholdet deres. (Sundby og Guttormsen, 1989)

En depresjonstilstand har mye til felles med det som er nevnt ovenfor, som blant annet økt usikkerhet, verdiløshet, minsket selvfølelse og avstand fra andre mennesker og isolasjon. Det er ikke uvanlig at ufrivillig barnløse er deprimerte til tider. Jeg fant imidlertid at kvinner utgjør den største parten av deprimerte blant ufrivillig barnløse. (Chachamovich m.fl., 2010). Dette kan forklares ved at kvinner og menn har forskjellige måter å mestre vanskeligheter på. Menns mestringsstrategier kjennetegnes ved at han prøver å håndtere vanskeligheter ved å være aktiv og å handle i situasjonen. Kvinners mestringsstrategier preges av en rolig tilstedeværelse og mottakende holdning. Kvinner vil først bli passivisert av problemer, og deretter dvele ved følelsene sine rundt problemet. Mange vil la følelsene gå inn over seg og dette vil kunne gå ut over hennes selvfølelse. På denne måten blir kvinner ofte mer sårbare.

Det faktum at menn og kvinner reagerer forskjellig kan føre til at de trekker seg fra hverandre, i stedet for at de hjelper hverandre håndtere problemene. (Sundby og Guttormsen, 1989) Dette må sykepleier være observant på. Det er ikke sikkert paret selv har innsett at de sklir fra hverandre. Problemstillinger kvinnen kan uttrykke er at hun føler at hun ikke kan fortelle mannen om alle hennes tanker og følelser fordi da vil han tenke at hun er slitsom og vanskelig å leve med. Mannen på sin side, kan føle at han må trekke seg litt unna fordi han ikke forstår hvordan kvinner reagerer og ikke klarer å lese hvordan hun har det. Dette vil slite på forholdet og det vil være vanskelig å være i lag. (Sundby og Guttormsen, 1989) Funn viser at ufrivillig barnløse par ofte har dårlig innsikt i hverandre psykiske helse. En av grunnene til dette er at hverdagen i stor grad handler om behandlingen og om å få barn. Paret kan glemme hverandre oppi det hele, og dermed skli fra hverandre. (Chachamovich m.fl., 2010) Sykepleier må råde paret å snakke i lag for prøve å finne ut hvordan den andre har det, og hvordan de kan få det bedre. Hvis de lykkes i dette, vil behandlingsprosessen gå lettere ved at de får bedre samhold. (Sundby og Guttormsen, 1989), (Travelbee, 2007).

Ved sårbare temaer som skyld, skam og depresjon er det viktig at sykepleier trår varsomt. Det er avgjørende at hun har opparbeidet et godt forhold til paret som gjør at de føler de kan snakke ærlig med henne. Her mener jeg at sympatifasen i Travelbees menneske-til-menneske-forhold er sentral ved at sykepleier "tar del i" den andres følelser og viser medlidenhet og omsorg. Dette vil bidra til at sykepleier forstår paret bedre og dermed kan tilpasse veiledningen bedre.

## **Seksualliv.**

Funn viser at parets seksualliv ofte blir rammet under ufrivillig barnløshet og prøverørsbehandling. (Pasch m.fl. 2001) Par uttrykker at de føler de befinner seg i en hverdag som mer eller mindre handler om når neste behandling er, og kalkulering om når det er mest gunstig å ha samleie. (Sundby og Guttormsen, 1989). "Kosen" med intimitet og samleie forsvinner, og fokuset på behandlingen kan gjøre at samleie blir sjeldnere enn før. Smertefulle undersøkelser og prosedyrer av underlivet kan føre med seg konsekvenser som redusert sexlyst. Dette utsagnet av en pasient er et godt eksempel på det: "Det er umulig å koble lystfølelse til et organ som har skaffet meg så mange skuffelser og nederlag, og som dessuten har vært utsatt for så mange smertefulle og inngående undersøkelser og operasjoner." (Sundby og Guttormsen, 1989, s. 48). Dette kan resultere i et "dobbeltap"; tap av muligheten til å få barn og tap av kosen med samleie. Også dette er et ømtålig tema, som krever at

sykepleier har lyktes med å skape en god relasjon til paret ved hjelp av empati, medlidenhet, tillit og sympati. Sykepleier må råde paret å ta seg tid til å være kjærester, gjerne ta en pause fra behandlingen for noen måneder hvis de merker at de mister hverandre under prosessen. (Sundby og Guttormsen, 1989). De må snakke om de seksuelle problemene deres og finne ut hva som kan hjelpe situasjonen. For at dette skal lykkes er det viktig at de har et godt forhold og stoler på hverandre. Det beste rådet sykepleier kan gi her er å bruke tid, slik at begge er komfortabel med samleie og kan få nytelse ut av det. Sykepleier må ta hensyn til parets grenser for hva de er villige til å snakke om under veiledningen, da dette er et tema som kan være vanskelig å snakke om selv om sykepleier og paret har et godt forhold. Hvis sykepleier får inntrykk av at paret er ukomfortabel med temaet, kan hun gi dem i oppgave å diskutere det når de kommer hjem. På denne måten får de belyst temaet og hva de mener, noe som muligens vil kunne hjelpe dem i situasjonen. Samt unngår sykepleier å ødelegge relasjonen som er bygget opp ved å trekke over parets grenser.

### **Mislykkede forsøk.**

Sykepleier må også snakke med paret om muligheten til mislykkede forsøk. Mange par har høye forventninger til behandlingen, og ser ikke det som en mulighet at de ikke skal oppnå graviditet. Funn viser at mislykkede prøverørsforsøk fører med seg reaksjoner som skuffelse, depresjon, seksualproblemer og problemer i forholdet. (Lee m.fl 2010) Dette må sykepleier fokusere på da dess høyere forventninger, dess høyere er fallhøyden hvis behandlingen mislykkes. Travelbee (2007) mener at sykepleier må sette seg inn i parets situasjon og prøve å forstå hva de går gjennom for å kunne gi gode råd. Dette er jeg enig og vil legge til at det er viktig å være ydmyk og trå varsomt når sykepleier veileder om dette, da det vil være mange følelser i sving hos paret. Sorgen over barnet de ikke fikk kan treffe paret hardt når de innser at de ikke vil få biologiske barn. Dette kan gå ut over forholdet. De har gjerne sett for seg hvordan barnet kommer til å se ut, hvordan familielivet kommer til å være, hva barnet skal hete og hvordan fremtiden med barnet vil være. (Sundby og Guttormsen, 1989) Funn jeg har gjort i Lee m.fl. (2010), viser at det er nødvendig å opparbeide seg mestringsstrategier for å håndtere reaksjonene på en god og effektiv måte. Derfor er det viktig at sykepleier påpeker viktigheten av å håndtere reaksjonene på en måte som resulterer i aksept for paret. Måter å mestre disse reaksjonene kan være å støtte hverandre, samtale om følelser, trøste hverandre og bruke støtteapparat som familie, organisasjoner som Ønskebarn eller terapi. (Lee m.fl., 2010) På en annen side må sykepleier gjøre paret bevisst på å ikke håndtere sorgen på en måte som vil gjøre situasjonen verre, som benektelse og å la frustrasjonen gå ut over partneren.

”Sorg er arbeid” sier Freud (sitert i Sundby og Guttormsen, 1989, s. 176), og paret må være forberedt på å jobbe med følelsene og tankene sine helt til de finner avstand til sorgen, og klarer å akseptere situasjonen. Dette gjør de best sammen, og det kan påvirke hvordan forholdet deres blir videre.

## **6.0 AVSLUTNING**

Ufrivillig barnløse par som gjennomgår prøverørsbehandling kan møte på mange utfordringer som kan gå ut over parforholdet, og dermed deres opplevelse av behandlingen. Jeg valgte dette temaet av egen interesse da det er lite fokus på ufrivillig barnløse i sykepleiestudiet. Jeg var tidlig i prosessen bestemt på å bruke Travelbees sykepleieteori i oppgaven, og leste meg opp på teori gjennom hennes ”øyne”. Jeg valgte å ta for meg de mest vanlige utfordringene som ufrivillige barnløse par kan møte under prøverørsbehandling. Videre søkte jeg etter artikler via sykepleievitenskaplige databaser. Dette arbeidet var tidkrevende da jeg ikke fant mange artikler som passet mitt tema, eller som var tilgjengelig gjennom HSH. Jeg fant til slutt fire artikler som passet godt. Videre knyttet jeg Travelbees sykepleieperspektiv opp mot funnene fra artiklene og teorien i drøftingsdelen. Det jeg er kommet frem til er at det ikke er noen oppskrift på hvilke sykepleie ufrivillig barnløse par trenger under prøverørsbehandlingen. Alle par er forskjellig, og kvinner og menn er forskjellig. Derfor er en av de viktigste sykepleieoppgavene å skreddersy veiledningen til hver enkelt par i den grad at den tilfredsstiller parets behov for kunnskap, støtte, motivasjon og veiledning slik at de kan overkomme utfordringene og gjennomgå behandlingen uten at det går ut over forholdet. Videre må sykepleier fremme en god relasjon til paret ved å bruke Travelbees prinsipper med fokus på menneske-til-menneske-forhold, slik at paret føler seg hørt, trygg og ivaretatt og dermed våger å åpne seg for sykepleieren. Slik kan paret få mest mulig ut av veiledningen og få en god opplevelse av prøverørsbehandlingen.

## REFERANSER

Akershus universitetssykehus. (2012, 26. April). *Ufrivillig barnløshet*. Hentet 9. Januar 2013

Fra:

<http://www.ahus.no/pasient/diagnoseogsykdommer/Sider/ufrivillig-barnloshet.aspx?blankMaster=truer>

Aleris. *Aleris fertilitetsklinikk – IVF*. Hentet 9. Januar 2013 fra:

[http://www.aleris.no/Sykehus--medisinske-sentre/Vart-tilbud/Barnloshet\\_exempel/](http://www.aleris.no/Sykehus--medisinske-sentre/Vart-tilbud/Barnloshet_exempel/)

Aleris. (2012) *Assistert befruktning*. (Brosjyre) Hentet 6. Februar 2013 fra:

<http://www.aleris.no/Global/Norge/Aleris%20Helse/Brosjyrer/IVF%20INFO%20BROSJYRE%20MAI%202012%201.pdf>

Barnløshet. (2011, 30. August). *Hva skjer på en IVF-klinikk?* Hentet 23.01.13 fra

[http://www.barnloshet.no/hva\\_skjer\\_paa\\_ivf\\_klinikk.htm](http://www.barnloshet.no/hva_skjer_paa_ivf_klinikk.htm)

Bioteknologiloven. (2003) *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m av 12. Mai 2003*. Hentet 14. Januar 2013 fra:

<http://lovdata.no/all/hl-20031205-100.html>

Brinchman, B. S. *Nærhetsetikk*. I B.S Brinchmann (Red.),

*Etikk i sykepleien* (s. 116- 131). Oslo: Gyldendal Akademisk

Bråten, T. (2012, 05. November) *Isolasjon – venn eller fiende for ufrivillig barnløse?* Hentet

Fra: [http://mammanett.no/bligravid/isolasjon\\_og\\_ufrivillig\\_barnløs](http://mammanett.no/bligravid/isolasjon_og_ufrivillig_barnløs)

Bråten, T. (2012, 13. August) *Prøverør: Mange forsøk har sin pris*. Hentet fra:

[http://mammanett.no/bli-gravid/proverorsforsok\\_har\\_sin\\_pris](http://mammanett.no/bli-gravid/proverorsforsok_har_sin_pris)

Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D. R., Passos, E. P.

- (2010). Agreement on Perception of Quality of Life in Couples Dealing With Infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 39, 557-565; 2010. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01168.x
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stocholm: Natur och Kultur.
- Helse-Bergen. (2010, 5. Januar) *Dekking av utgifter*. Hentet 24. Januar 2013 fra: <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/assistert-befruktning/Sider/dekking-av-utgifter.aspx>
- Haaland, W. (2010) *Sexologi*. E. Tegnander (red.) *Jordmorboka* (s.110-141) Oslo: Akribe AS
- Hofmann, B. (2008) *Utvalgte utfordringer innenfor bioetikk*. I B.S Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 225-250). Oslo: Gyldendal Akademisk
- HSH. (2013, 04. Februar). *Oppgi kilder, skriv sitater, lage referanseliste*. Hentet 4. Februar 2013 fra: [http://www.hsh.no/biblioteket/studiestotte/kildebruk\\_og\\_litteraturlister.htm](http://www.hsh.no/biblioteket/studiestotte/kildebruk_og_litteraturlister.htm)
- Jerpeth, H. (2010). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (s.18-52). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lee, S. H., Wang, S. C., Kuo, C. P., Kuo, P. C., Lee, M. S., Lee, M. C. (2010) Grief responses and coping strategies after failed *in vitro* fertilization treatment. *Scandinavian Journal of caring sciences*. 24; 507-513. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00742.x
- Norges helseinformatikk. (2010, 14. Juni). *Infertilitet*. Hentet 9. Januar 2013 fra: <http://nhi.no/graviditetsoraket/svangerskap-og-fodselse/livsstil/barnloshet-infertilitet-1395.html>
- Ockhuijsen, H. D. L., Gamel, C. J., Hoogen, A. v. D., Macklon, N. S. (2012) Integrating



Preconceptional care into an IVF programme. *Journal of Advanced Nursing* 68(5), 1156-1165. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05829.x

Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., Christensen, A. (2001) Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *American Society for Reproductive Medicine*, 77(6):1241-1247.

Slettebø, Å. (2008). *Etiske dilemmaer*. I B.S Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 42-55). Oslo: Gyldendal Akademisk

Sundby, H & Guttormsen, G., (1989). *Infertilitet – En bok om ufrivillig barnløshet*. Otta: Engers Boktrykkeri A/S.

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget

Volvat (2010, 25. August). *Prisliste forsikring pr 25.08.2010*. Hentet 24. Januar 2013 fra:  
<http://www.volvat.no/Global/Pdf/Forsikring/PRISLISTE%20pr%20%2025%2008%202010.pdf>

VEDLEGG 1.

Søketabell:

Søk i Ovid Nursing 16.01.13		
Søkenummer:	Søkeord:	Antall treff:
S1	IVF	562
S2	Nurse	131923
S3	S1 AND S2	31

Søk i CINAHL 16.01.13		
Søkenummer:	Søkeord:	Antall treff:
S1	Depression	55662
S2	Infertility	4134
S3	Challenges	33272
S4	S2 And S3	3
S5	S1 AND S2	126

Søk i CHINAHL 04.02.13		
Søkenummer:	Søkeord:	Antall treff:
S1	Infertility	4158
S2	Coping strategies	5456
S3	IVF	610
S4	S1 AND S2 AND S3	4

## VEDLEGG 2.

### Resultattabell:

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p><i>"Integrating preconceptional care into an IVF programme"</i> av Henriëtta D.L. Ockhuijsen, Claudia J. Gamel, Agnes van den Hoogen og Nicholas S. Macklon (2012)</p>	<p>Å undersøke resultatene av å integrere pre-unnfangelses veiledning, med fokus på livsstilsendringer, spesielt overvekt og røyking, inn i IVF behandlingen.</p>	<p>Mixed-method studie. - Delt opp i tre deler. Del 1: kartlegge prevalensen av pre-unnfangelses risikofaktorer -Spørreskjema på internett - database med informasjon om livsstilsfaktorer og risikoer.</p> <p>Del 2: - Spørreskjemaer -hvordan både pasientene og sykepleierne verdsatt veiledning. - 8 påstander 1=veldig uenig .... 5= veldig enig - 4 åpne spørsmål mest/minst verdifullt, mangler, forslag til forbedring.</p> <p>Del 3: Vurdering av røykeslutt/vektnedgang. Konsultasjon av sykepleier Møter/telefonsamtaler</p>	<p>130 pasienter mellom 25 og 42 år som var på venteliste for IVF eller ICSI behandling. 101 fullførte studien. 7 sykepleiere. Minst 3 mnd veiledningserfaring Minst 5 år som ferdig sykepleier.</p>	<p>4% to livsstils risikofaktorer 96% tre eller flere risikofaktorer. 100% fornøyd med tiden de fikk med sykepleier. 96% muntlige informasjonen. Informasjon på Database var de fleste kvinnene fornøyd med: Informasjon 94% Råd om livsstilendring 89 % strategiene for endring 75% 30% av pasientene som røykte, sluttet, og 50% av dem som hadde BMI på &gt;30 gikk ned i vekt. Sykepleiernes innstilling til veiledningen før studien var 4.3 (1-10), etter studien var den 6.3. sykepleierne var fornøyd med stode deler av studien: opptrening i forkant 86 %. Databasen 86%. Evidens-basert manual 72%. At alle ble henvist til veiledning (42%). Kunnskapen de måtte gi til de overvektige.</p>
<p><i>"Agreement on Perceptions of Quality of Life in Couples Dealing With Infertility"</i></p>	<p>Å undersøke i hvilke grad par som gjennomgår behandling for infertilitet klarer å oppfatte den andres livskvalitet og psykiske helse.</p>	<p>kvantativ studie. spørreskjemaer profesjonelle intervjuere for å sikre anonymiserte og individuelle svar. <i>World Health Organization-Quality</i></p>	<p>163 heteroseksuelle par. Ett par trakk seg underveis. De fleste parene hadde ikke barn fra før, eller fått behandling for infertiliteten.</p>	<p>Deltagerne rangerte livskvaliteten til partneren lavere enn sin egen. Ingen kjønnsmessig forskjell Depresjonnivå: Minimal: menn - 85,2%, kvinner - 78,4%.</p>

<p>ne Ezer, Marcelo Pio Fleck, Daniela Riva Knauth, og Eduardo Pandolfi Passos. (2010)</p>		<p><i>of Life-Brief</i> Forkortet versjon av det originale, 26 punkter Kartlegge ens egen livskvalitet. <i>Beck Depression inventory</i>. graderer depresjon fra 1-10: ingen depresjon, 11-18: mild depresjon, 19-29: moderat depresjon, &lt;30: alvorlig depresjon. Siste del at studien: spørreskjemaet fra WHO ble omgjort slik at partneren kunne svare hva han trodde den andre parten hadde svart.</p>		<p>Mild: Menn - 12,9% Kvinner – 15,4 % Moderat: Menn - 1,9% Kvinner – 6,2% Ingen tilfeller av alvorlig depresjon. Funn: Depresjon blant kvinner var tydelig høyere enn blant menn.</p>
<p>“Differences between husbands’ and wives’ approach to infertility affect marital communication and adjustment” av: Lauri A. Pasch, Christine Dunkel-Schetter og Andrew Christensen (2001)</p>	<p>Finne ut hvilke effekt kvinners og menns holdninger til infertilitet har på kommunikasjonen dem i mellom. Og hvordan dette påvirker parforholdet.</p>	<p>Kvalitativ studie som bygger på en teoretisk modell: delt inn i Path A, B, og C. Path A: hvilke effekt mannens og kvinnens holdning til infertiliteten- samt kjemien mellom dem har på kommunikasjonen mellom dem. Sett på fra mannens og kvinnens negative og positive syn. Path B: hvilke effekt kommunikasjonen har på forholdet og effekten fertilitetsproblemene har på kommunikasjonen og videre på forholdet. Path C: holdningene til mannen og kvinnen i forhold til infertilitet og hvilke effekt infertilitet</p>	<p>48 par rekruttert fra tre fertilitetsklinikker. Flyge sedler med studiens informasjon ble hengt opp i klinikkene, og deltakerne selv tok kontakt med forskerne. Inklusjonsriterier: Prøvde å få barn per dags dato. Forsøkt å få barn i over ett år Ingen barn fra før Ingen tidligere sterilisering Begge parter sa seg villig til å delta.</p>	<p>Path A: Under diskusjonene viste menn som syns barn var viktig, var mer delaktig i kommunikasjonen og prosessen, mindre negativ holdning. Var mannen lite involverte i prosessen om å få barn, mens kvinnen var veldig involvert, uttrykket mannen mer negative holdninger. Path B: De situasjonene mannen og kvinnen viste negative holdninger under diskusjonen hadde sammenheng med at kvinnene opplevde en mer negativ effekt av infertilitet på forholdet. Path C: Menns tilnærming til infertilitet ble assosiert med kvinners oppfatning av effekten infertilitet hadde på forholdet. Kvinnene opplevde</p>

		<p>har på forholdet. Informasjonen til modellen ble hentet inn ved hjelp av intervjuer: åpne spørsmål som ”hvilke følelser har du rundt det å få barn?”, ”hvor involvert er du i prosessen?” svaret skulle summeres opp i en skala fra 1 (ikke involvert) - 9 (veldig involvert). To spørreskjema med spørsmål en skulle svare på en skala fra 1-9 og diskusjoner på 15 minutter mellom mannen og kvinnen. Disse diskusjonene ble analysert av forskerne for å kartlegge hvilke problemer infertilitet hadde for forholdet.</p>		<p>en bedre effekt på forholdet der mennene var involvert i å få barn, ville snakke om å få barn og syns barn var viktig.</p>
<p><i>”Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment”</i> av: Shu-Hsin Lee, Shu-Chuan Wang, Ching-Pyng Kuo, Pi-Chao Kuo, Maw-Sheng Lee og Meng-Chih Lee. (2010)</p>	<p>Identifisere de ulike måtene å sørge etter et mislykket IVF forsøk, og hvilke mestringsstrategier som ble brukt. Videre ble sammenhengen mellom disse studert.</p>	<p>Kvantitativ studie. Sorg reaksjonsskjema: Adaptert fra Kubler-Ross ”five stages of grief” Komponert av 25 elementer. Temaer som ble tatt opp: Fornektelse/isolasjon, sinne, aksept. Svarene ble rangert av deltakerne på en skal fra 1-5 (veldig uenig-veldig enig) Mestringsstrategiskala: ”The jalowiec coping scale.” Inneholder 60 elementer og 8 mestringsstrategier:</p>	<p>95 kvinner som har opplevd mislykket IVF behandling meldte seg frivillig til studien 5 falt fra underveis.</p>	<p>Sorg reaksjoner: 1- mest vanlig, 5- minst vanlig: 1. Forhandling 2. Aksept 3. Depresjon 4. Sinne 5. Fornektelse/ Isolasjon  Mestringsstrategier: 1- mest vanlig 8- minst vanlig: 1. Konfrontasjoner 2. Optimisme 3. Innesluttet 4. Pessimisme 5. Støttesystem 6. Unngå problemet 7. Gjøre ting som får en til å føle seg</p>

		<p>Konfrontasjon, unngå problemet, optimisme, pessimisme, emosjoner, gjøre ting som får en til å føle seg bedre, støttesystem og innesluttet.</p> <p>Rangert: hvor ofte fra 0-3 (never- often).</p> <p>Hvor hjelpsom: 0-3 (ikke hjelp- veldig hjelpsom)</p>		<p>bedre.</p> <p>8. emosjoner</p>
--	--	---	--	-----------------------------------