



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	06-05-2020 15:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	10-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2020 VÅR1 HAUGESUND		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 304

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Det infertile paret.

Antall ord *: 8492

Engelsk tittel *: The infertile couple.

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Ja**
konfidentielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Det infertile paret.

The infertile couple.

Kandidatnummer 304

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Campus Haugesund

Veileder: Merete Røthing

Innleveringsdato 10.06.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn: Med tanke på eldrebølgen som vil komme har blant annet statsminister oppfordret nordmenn til å få flere barn. Hver 4. kvinne og hver 6. mann er i dag barnløse etter fylte 45 år. Disse tallene representerer alle barnløse i Norge, noen av disse tallene representerer de frivillig barnløse. Mens en stor andel representerer de ufrivillig barnløse. Dette er et stadig økende problem i befolkningen, og grunnen til dette er usikker.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hva mislykket IVF-behandling gjør med par og hvordan sykepleier kan bidra til helhetlig ivaretagelse av disse parene.

Metode: Dette er en litteraturstudie basert på relevant litteratur og forskning.

Resultat: Par som opplever mislykket IVF-behandling opplever å bli utsatt for fysiske og psykiske belastninger, som angst, depresjon, isolasjon og nedsatt livskvalitet. For mange blir parforholdet satt på prøve. Sexlivet blir for mange preget av plikt og ulik opplevelse i prosessen kunne føre til for lite forståelse hos hverandre. Det kommer også frem i studier at par opplever kommunikasjonen som noe varierende. Og at behandlere ofte har mer fokus på det kliniske enn det emosjonelle belastningene paret utsettes for. En kunne også se at håp var et sentralt begrep for par som opplevde mislykket IVF-behandling.

Konklusjon: Sykepleier kan spille en vesentlig rolle for disse parene. Studier viser at par som fikk individ sentrert sykepleie basert på respekt, følsomhet, tilgjengelig omsorg og ærlighet opplevde reduksjon i angst og økt livskvalitet. Funn fra studier viser at disse parene også har behov for støtte og veiledning og ivaretagelse av håpet.

Nøkkelord: Infertilitet, parforhold, opplevelser, sykepleie, livskvalitet

Abstract

Background: Given the wave of aging that will come, among other things, the prime minister has urged Norwegians to have more children. Every 4th woman and every 6th man are today childless after the age of 45. These numbers represent all the childless in Norway, some of these numbers represent the voluntary childless. While a large proportion represent involuntary childless. This is a growing problem in the population, and the reason for this is uncertain.

Aim: The purpose of this literature study was to investigate what unsuccessful IVF treatment does to couples and how nurses can contribute to the overall care of these couples.

Method: This is a literature study based on relevant literature and research.

Result: Couples experiencing unsuccessful IVF treatment experience physical and mental stress, such as anxiety, depression, isolation, and reduced quality of life. For many, the relationship is put to the test. For many, sex life is characterized by duty and different experiences in the process could lead to too little understanding of each other. Studies also show that couples perceive communication as somewhat variable. And that therapists often have more focus on the clinical than the emotional strain the couple is exposed to. One could also see that hope was a key concept for couples experiencing unsuccessful IVF treatment.

Conclusion: Nurse can play a significant role for these couples. Studies show that couples who received individual centered nursing based on respect, sensitivity, available care and honesty experienced a reduction in anxiety and improved quality of life. Findings from studies show that these couples also need support and guidance and safeguarding hope.

Keywords: Infertility, relationships, experiences, nursing, quality of life

Dette uinnvidde

kan vi være ensomme
i vår tosomhet

vite alt forsvinner
i våre øyne
for hverandre

vite intet kommer
etter oss
ingen følger etter

i våre spor

dette intet
så stort og ubegripelig

-

Oktober 2019, Runa A. Jensen

Innhold

BACHELOROPPGAVE.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.0 Introduksjon	7
1.1 Problemstilling.....	7
1.2 Avgrensning.....	7
1.3 Begrepsavklaring	8
1.3.1 Helhetlig ivaretagelse	8
1.3.2 Assistert befruktning	8
1.4 Hensikt.....	8
2.0 Teori.....	9
2.1 Infertilitet.....	9
2.2 Utredning.....	9
2.3 Helsetjenester	10
2.4 Sorg.....	11
2.5 Livskvalitet	12
2.6 Sykepleiers rolle	12
1.0 Metode	13
3.1 Valg av metode.....	14
3.2 Litteratursøk	14
3.3 Søkeprosess til forskning.....	14
3.4 Kildekritikk.....	16
3.5 Etske overveielser.....	16
4. Funn/litteratur.....	17
4.1 Artikkel 1.....	17
4.2 Artikkel 2.....	18
4.3 Artikkel 3.....	19
4.4 Artikkel 4.....	20
4.5 Artikkel 5.....	21
4.6 Artikkel 6.....	22
4.7 Oppsummering av hovedfunn.....	22
5.0 Diskusjon	23
5.1 Parets utfordringer	23
5.2 Sorg og mestring.....	25
5.3 Kommunikasjon og ivaretagelse.....	26
5.4 Sykepleiers rolle	27
6. Konklusjon	29

Referanseliste.....	30
Vedlegg.....	34

1.0 Introduksjon

I løpet av studietiden har det vært fokus på eldrebølgen som vil komme, både i skolesammenheng og i media. Erna Solberg oppfordret i 2018 til at nordmenn må få flere barn. I dag er hver 6. kvinne og hver 4. mann barnløse etter fylt 45 år (sykepleien.no, 2020). For at folketallet skal opprettholdes på lang sikt, er norske kvinner nødt for å føde i snitt 2,1 barn. Grunnen til det dramatiske fallet i å få barn er usikkert, og et område som det er forsket for lite på. Derfor er dette et satsingsområde til senter for fruktbarhet og helse, de har som mål å finne ut av om endringer i fertilitetsmønster og familiestrukturer kan ha innvirkning på helsen (FHI.no, 2019).

Disse tallene representerer alle i det norske samfunnet som er barnløse, men her er kanskje forskjellen vesentlig. Noen er frivillig barnløse, mens en stor gruppe av dette tallet representerer de ufrivillig barnløse. Og det er nettopp de ufrivillig barnløse jeg ønsker å finne mer ut av i min bachelor besvarelse. Dette er et lite og ungt fagområde, som ikke får stor oppmerksomhet til tross for det har stor betydning for samfunnet. Det er spesialisthelsetjenesten som gir dette tilbudet både med utredning og behandling, hvor i hovedsak henvisningen om utredning kommer fra fastlegen. Bakgrunnen for dette valget er interesse for helsetjenestens rolle og personlige erfaringer. Jeg var i en lang periode en del av statistikken som ufrivillig barnløs. Det har vært lite fokus på dette temaet i studietiden, mens min erfaring er at vi i samfunnet møter stadig på par som er rammet av infertilitet. Påkjenningsene som følger med det å være ufrivillig barnløs er mange, både personlig men også sosialt. Og på ulike måter kan det få betydning for helsen og livskvaliteten. Hvordan disse parene blir møtt, og hvilke utfordringer dette gir for helsepersonell er det jeg ønsker å finne mer ut av i denne bachelor besvarelsen.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til en helhetlig ivaretagelse av par som opplever mislykket assistert befruktning?

1.2 Avgrensning

På grunn av oppgaven størrelse avgrenses det til heterofile par som lider av primær infertilitet. De som opplever mislykket IVF-behandling uavhengig med eller uten ICSI (intracytoplasmatiske sædcelleinjeksjon).

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Helhetlig ivaretagelse

Når vi snakker om den helhetlige helsen, omfatter dette de psykiske, fysiske, åndelige, sosiale og materielle dimensjonene et menneske har. Disse dimensjonene veier like mye i et menneskets liv, når jeg i problemstillingen skriver «en helhetlig ivaretagelse», mener jeg at alle disse aspektene ved menneske blir ivare tatt (helsekompetanse.no).

1.3.2 Assistert befruktning

I oppgaven vil «assistert befruktning» og «IVF-behandling» bli brukt som synonymmer. Assistert befruktning kan i hovedsak gjelde flere typer behandling innen fertilitetsbehandling, mens IVF er forkortelse for «in vitro fertilization». In vitro fertilization eller assistert befruktning betyr hjelp til befruktning utenfor kroppen, og er en samlebetegnelse på ulike medisinske metoder for å oppnå graviditet (Gudim & Juvkam, 2008, s. 111-112).

1.4 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å gi leserne god forståelse, informasjon og kunnskap av det som allerede er beskrevet i tidligere litteratur (Thidemann, 2015). Gjennom oppgaven ønsker jeg å se på hva mislykket IVF-behandling gjør med kvinnen og mannen. Hvordan det påvirker deres livskvalitet, hvilken innvirkning det har på parforholdet og hvilken støtte disse menneskene trenger når de er i kontakt med spesialisthelsetjenesten for behandling.

2.0 Teori

Her presenteres teori, definisjoner og årsaker til infertilitet, utredning, behandlingsmetoder. Deretter skal begrepet sorg og livskvalitet beskrives.

2.1 Infertilitet

Når graviditet ikke har oppstått etter et år med regelmessig ubeskyttet samleie, kalles det infertilitet. Årsakene til infertilitet er mange, men en regner med at i 40% av tilfellene ligger problemet hos kvinnen, 20% hos mannen, mens i 30% hos begge. De siste 10%, finner en ikke årsaken til at paret ikke oppnår graviditet, dette kalles uforklarlig infertilitet (onskebarn.no, 2019). Noen av de vanligste årsakene er forstyrrelser i eggløsning, skader i eggleder av ulike årsaker, tidligere infeksjoner som kan ha laget arrvev, endometriose, overvekt, undervekt, PCOS og nedsatt sædkvalitet (NHI.no, 2020).

Ifølge verdens helseorganisasjon, defineres infertilitet som en sykdom. For noen er denne tilstanden midlertidig, mens for en andel vedvarer infertiliteten. Dette er en tilstand som kan være tung og psykisk belastende for paret, og som kan føre til isolasjon, sorg og nedsatt livskvalitet (WHO.com, 2020).

2.2 Utredning

Når paret ikke har oppnådd graviditet etter ett år med regelmessig samleie, starter utredningen for å finne årsak og eventuell behandling. Her blir både kvinnen og mannen utredet for å finne årsaken til at graviditet ikke har oppstått. Kvinnen blir spurt om syklus, tidligere infeksjoner, om hun har vært gravid, operasjoner og medikamenter. Og mannen blir spurt om generell helse og livstil samt om han tidligere har hatt kusma (helsenorge.no).

Videre blir kvinnens eggløsning kartlagt, noe som gjøres ved blodprøver og temperaturmåling. Ved eggløsning stiger kroppstemperaturen med 0,5 grader. Mannens spermier blir analysert, for å sjekke ut om problemet ligger hos mannen. Dersom prøvene ikke viser noe unormalt blir kvinnen sjekket videre. Både røntgen og ultralyd kan brukes for å sjekke innsiden av livmor og om eggledere eventuelt er tette. Laparoskopi er også en undersøkelse som kan bli brukt, ved denne utredning kan en oppdage endometriose, livmor knuter, cyster på eggstokker, skade på eller tette eggledere. Under dette inngrepet kan en også skylle med kontrastvæske for å prøve å løsne eventuelle trange eggledere (helsenorge.no).

Tiden det tar å utrede varierer, det kan i noen tilfeller være enkelt å finne årsak, mens i andre tilfeller finner en ikke årsaken i det hele tatt. Det er også avgjørende hvor lang ventetid det er ved de forskjellige stedene paret utredes ved. Så snart årsaken er funnet vil det bli vurdert hvilket behandlingsopplegg som vil fungere best for paret (babyverden.no).

2.3 Helsetjenester

Det er i spesialisthelsetjenesten infertile par i første omgang får tilbud om assistert befruktning. I dag får både heterofile og lesbiske par (kvinnen under 39) tilbud om assistert befruktning i Norge. I hovedsak er det fastlegen som henviser paret til utredning ved fertilitetsavdeling, det er her det blir foretatt både utredning og behandling. Om paret egner seg til behandlingen, er det legen som avgjør. Avgjørelsene bygger på medisinske og psykososiale vurderinger, og av hensyn til barnets beste vurderes også omsorgsevnen. Paret får informasjon om både behandling, medisiner og komplikasjoner som kan oppstå av behandlingen. I Norge blir inntil 3 forsøk dekket, men paret må betale en egenandel for hvert forsøk. Paret må selv legge ut for utgifter til medikamenter og får deretter refusjon fra helfo etter en viss sum. (Bioteknologirådet.no). Helfo's samfunnsoppdrag er å ivareta privatpersoner og helseaktørers rettigheter, samt å gi veiledning og informasjon om helsetjenester og rettigheter (helfo.no).

De ulike behandlingsmetodene mot infertilitet som i dag finnes er medikamenter, hormonell behandling, kirurgi eller IVF behandling (in vitro fertilisering). Hvor IVF-er den mest vanlige behandlingsmetoden.

Klomifen stimulerer til eggløsning, denne behandlingen brukes hos kvinner som ikke har eggløsning. Denne metoden kan føre til flerlingfødsler da klomifen kan føre til at eggstokkene frigjør mer enn et egg i løpet av syklusen. Bivirkninger som ødemer og vektøkning kan forekomme ved denne behandlingsformen. Denne behandlingsformen kan kombineres med andre medikamenter, basert på hvilken diagnose kvinnen har. Kvinner med eggløsningsproblemer som bruker Klomifen har tre ganger større sjans for å oppnå graviditet enn kvinner som ikke bruker Klomifen (Helsenorge.no).

Hormonsprøyter stimulerer follikkel, som hjelper til å modne egg. Denne behandlingen blir ofte brukt av kvinner med PCOS eller med manglende eggproduksjon. Behandlingen gir bivirkninger som ødemer i armer og ben, vektøkning, oppblåst mage. I sjeldnere tilfeller kan en oppleve kvalme, oppkast, tungpust og/eller problemer med lever og nyrer (Helsenorge.no).

Kirurgi kan utføres med ulike formål som laparoskopi, ved PCOS kan det lages små hull i eggstokken som kan føre til at egg frigjøres. Ved endometriose kan arrvev som har ført til at kvinnen ikke har

opnådd graviditet, fjernes ved kirurgi. Men det er noe usikkert hvor effektivt dette er, og en tyr ofte til IVF behandling i stede for kirurgi, da kirurgi har større risiko for komplikasjoner (Helsenorge.no).

In vitro fertilisering også kalt assistert befruktning, består av lang protokoll og kort protokoll. Den førstnevnte inkluderer å bruke en nesespray som setter kvinnen i overgangsalderen. Dette for å få bedre kontroll på stimuleringen som senere skal skje med hormonsprøyter. Når kvinnen har gått i ca 10-14 dager på hormonsprøyter, og legen er fornøyd med antall egg og deres størrelse, avtales tid for egg uthenting. 48 timer før dette skal skje setter kvinnen en egglosningssprøyte som frigir eggene. Når eggene er hentet ut, og mannen har avlevert sædprøve startes befruktningen. Etter to dager settes det ett eller flere befruktete egg tilbake i livmoren, dette er det legen som avgjør ut i fra IVF historikk og kvalitet på egg. Denne prosessen er veldig krevende både psykisk og fysisk, spesielt for kvinnen. Behandlingen fører ofte med seg store bivirkninger som ødem, vektøkning, humørsvingninger. Men også alvorligere bivirkninger kan forekomme som problemer i hjerte- og karsystemet, lunger, nyrer eller lever. Denne behandlingen er den vanligste å bruke ved assistert befruktning og brukes mot problemer med egglosning, nedsatt sædkvalitet, tette eggledere og når årsaken til infertilitet er ukjent (Helsenorge.no).

Ved sterkt nedsatt sædkvalitet kan en kombinere assistert befruktning med **ICSI**, dette betyr at en injiserer sædcellen inn i egget, slik at en befruktning oppstår. Denne behandlingen kan føre til fysiske og psykiske skader på barnet, men det er for lite forskning så en er usikker på risikoen dette kan føre til (Helsenorge.no). Dersom mannen har så nedsatt sædkvalitet kan sæddonasjon være et alternativ.

Ved kort protokoll bruker en ikke nesespray, men går rett på hormonstimuleringen. Denne behandlingsprosessen er kortere og kan oppleves mindre krevende for kvinnen (Helsenorge.no).

2.4 Sorg

Sorg er en tilstand som kan oppstå når mennesket opplever tap. Det trenger ikke bare være ved at vi mister noen vi er glad i, men det kan også oppstå ved for eksempel flytting, skilsmisse, tap av jobb, eller ved sykdom. Ved sorg kan en kjenne på følelser som tristhet, skyld, sinne, lettelse og håpløshet. (Renolen, 2015, s. 197). For par som opplever infertilitet, kan sorg oppstå. Og spesielt når gjentatte IVF- behandling mislykkes. Sorgprosesser er beskrevet i forskjellige modeller i litteraturen, tidligere sa en at personer i sorg gikk gjennom ulike stadier og at sorgen har en avsluttende fase. I dag ser en at det ikke fungerer slik i praksis, for en kan få tilbakefall av sorgen og sorgen lever som regel med personen. Tosporsmodellen til Stroebe og Shut (1999), beskriver sorgprosessen som to parallelle spor, som personer i sorg pendler mellom. Den ene delen beskriver det tapsorienterte spor og det

andre kalles det gjenopprettede spor. Det er knyttet enorme følelser til sorg, og i perioder har personen som sørger behov for pause. Fortrenging, avledning eller unngåelse som hører til under gjenoppbyggelses prosessen. Da kan det være til hjelp å gjøre praktiske gjøremål eller gjenoppta en aktivitet for å ta pause fra sorgen. Med tiden vil sorgen ta mindre plass, men vi blir aldri ferdig med den. Det kommer gode perioder og perioder med tilbakefall, den blir en del av oss (Renolen, 2015, s. 197 – 201).

2.5 Livskvalitet

I 1970- årene fikk begrepet «livskvalitet» stor gjennomslagskraft innenfor filosofi og samfunnsfag, senere fikk det også stor betydning innen medisin og sykepleie. Men det var først på 1990-tallet at livskvalitet begynte å bli et mål innenfor pasientbehandling, både nasjonalt og internasjonalt (Kristoffersen, 2016, s. 57-60). Ordet livskvalitet omfatter to sider ved livet, den subjektive siden og den objektive siden. Hvordan den enkelte oppfatter livet, inngår under den subjektive livskvaliteten. Dersom en person har positive tanker til sitt liv og opplever tilfredshet og mestring i den han gjør, kan en si at personen har god livskvalitet. Mennesker med disse positive følelsene kan oppleve god livskvalitet på tross av sykdom. Den objektive livskvaliteten omhandler hvordan livssituasjonen er. Dette betyr hvilken helsetilstand og funksjonsevner en har (NFI.no). En ser at god livskvalitet har stor innvirkning både på den psykiske og den fysiske helsen (Kristoffersen, 2016, s. 59). Personer som opplever god livskvalitet har mindre sjans for angst og depresjon. En person som har god livs kvalitet anses å ha gode sosiale relasjoner, god livsstil og mestrer bedre stress. Faktorer som kan påvirke livskvaliteten er gener, personlighet, ressurser en har i forhold til å takle stress, positive og negative livshendelser, hvordan en tilknytter seg andre, økonomi, kultur og forhold i samfunnet. Ifølge World Happiness Report (2017), var Norge på toppen av verdens «lykkeligste» nasjoner. Grunnen til så høye tall er trolig trygg økonomi, ingen korrupsjon samt sosial støtte både i nærmiljø og lokalsamfunn (FHI.no).

2.6 Sykepleiers rolle

Sykepleie er et omfattende profesjonsfag, hvor grunnlaget i all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og det iboende verdighet (nsf.no). Yrket har lang historie knyttet til medisin, men sykepleiens perspektiv har fokus på det å være syk, fremfor det å ha en sykdom (Kristoffersen, 2014, s.61). Sykepleier ivaretar menneskets verdighet, integritet, samt ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg. Med helhetlig omsorg menes det at alle aspektene i et menneskets liv blir ivare tatt, de psykiske, fysiske, åndelige, sosiale og materielle dimensjonene (Helsekompetanse.no).

1.0 Metode

Ifølge Dalland (2017) definerer Vilhelm Aubert begrepet metode slik: «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (Dalland, 2017, s. 50). For å nå et mål trenger vi en plan, dette er det som kalles metode. Det samles inn informasjon og kunnskap som analyseres og tolkes. Måten å samle informasjon på deles inn i tre metodiske kategorier, avhengig av hva man ønsker å undersøke. Det er kvalitative, kvantitative og metode for systematisk litteratur studie.

En kvalitativ studie omhandler ofte en mindre gruppe, og en kan si at forfatteren i denne studien ønsker å granske et tema. I den kvalitative studien går en gjerne i dybden og ønske mange opplysninger om de forholdsvis få deltakerne som er med i studien. Det brukes ofte intervju som metode, som ofte er preget av fleksibilitet uten svaralternativer. Det som også karakteriserer denne metoden er at det er et jeg-og-du forhold mellom forsker og deltaker (Dalland, 2017, s 52.53).

I en kvantitativ studie ønsker en å gå med i bredden, da ønsker forsker å innhente ut få opplysninger hos en stor gruppe mennesker. Og spørreskjema med fastsatte svaralternativer er det som vanligvis brukes for å innhente opplysninger. Forsker er ikke i direkte kontakt med deltakere og det er et jeg-det-forhold. I denne type undersøkelser omtales forfatteren som en «teller» (Dalland, 2017, s. 52-54).

En systematisk litteraturstudie består ofte av to forfattere som uavhengig av hverandre jobber med å samle og gjennomgå alle studiene som er gjort innenfor et felt. I media blir vi bombardert av forskning, en dag sier forskning en ting mens neste dag fremstiller media samme problemstillingen med et helt annet resultat. Det blir vanskelig å vite hva en skal tro om den aktuelle problemstillingen etter hvert. Derfor har en systematisk litteratur studie som hensikt å samle alle studier, tolke de og oppsummere de i en systematisk litteraturstudie (helsebiblioteket.no).

3.1 Valg av metode

I tråd med HVL's retningslinjer for bachelor i sykepleie, skal oppgaven besvares som en litteraturstudie. En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteratur som gjøres rundt en valgt problemstilling. Det skal gjøres en gransking, vurdering og analyse av relevante forskningsartikler som er funnet (Dalland, 2017). Litteraturstudien gir store mengder data slik at man tilegner seg mer kunnskap og ser ulike perspektiver. Siden litteraturstudien er en sekundærkilde kan innholdet i artikkelen misforstås dersom viktige elementer fra publikasjonen frafaller. Det er derfor viktig å være kritisk når en leser (Dalland, 2017, p. 171).

3.2 Litteratursøk

Siden tema ikke har vært et bredt fag under studieforløpet, var det ikke så mye relevant å finne om selve temaet, infertilitet og assistert befruktning på pensumlistene. Derfor søkte jeg litt underveis på internett. Det jeg har funnet av litteratur og informasjon til nå er nettsteder som bla «Ønskebarn.no», «WHO», «sykepleien.no», «NHI.no». De pensumbøkene som står på HVL sine pensumlistene for oppgaveskriving har jeg også brukt, «Bachelor oppgaven for sykepleiestudenter», «forskningsmetode for sykepleierutdanningen» og «Metode og oppgaveskriving». Jeg har også funnet en bok som jeg håper kan være relevant for bachelor oppgaven, «Obstetrik og gynekologi», samt en annen bok som kommer til å bli mye brukt, «Infertilitet: en bok om ufrivillig barnløshet». Begge disse bøkene er av eldre årgang, men velger å ta de med da jeg likevel mener de fortsatt er like aktuelle og av høy relevans for oppgavens problemstilling. For øvrig har det blitt brukt litteratur fra bøker som står på pensumlisten, som blant annet «Grunnleggende sykepleie 3; pasientfenomener, samfunn og mestring» og «Forståelse av mennesker»

3.3 Søkeprosess til forskning

Høsten 2019 startet søkeprosessen, på det tidspunktet var jeg veldig usikker på om det var nok litteratur og forskning i forhold til hva jeg ønsket å skrive om. Men siden tiden var inne for å velge tema, gjorde jeg en del søk i forskjellige databaser for å se om dette var et tema jeg ville finne nok litteratur og forskning på. Databasene jeg har brukt er Cinahl og SveMed. Dette er databaser med hovedvekt på sykepleie hvor en finner vitenskapelige artikler og rapporter (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 241).

Jeg deltok på en workshop om søkestrategi i regi av biblioteket på campus HVL. Det var veldig nyttig for meg, og jeg fikk frisket litt opp i hvordan en søker, samtidig som jeg fikk gode tips. Jeg startet med

å lete etter gode søkeord som kunne være relevante. De første søkene gjorde jeg for å teste litt ut og finne enda flere søkeord som kunne øke sjansen for å finne relevante studier.

SveMed

Første søk som ble gjort var i SveMed, her ble søkeord som «in vitro fertilization», «failed» og «quality of life» brukt. Dette gav to treff, hvor begge abstraktene ble lest men kun den ene ble tatt med videre. Denne artikkelen var noe gammel, fra 2010. Men jeg synes den virket interessant og relevant, og ville se om resultatet på studien kunne sammenlignes med nyere studier.

Cinahl

I Cinahl gav de samme søkeordene («in vitro fertilization» og «failed») utallige treff, derfor spisset jeg søket med å bruke AND mellom søkeordene «in vitro fertilization» AND «quality of life», dette gav 160 treff. Ved å avgrense søket med ikke eldre enn 2015, samt å krysse av på bare Academic Journals, gav det 111 treff. Her ble 78 overskrifter lest, 5 abstrakter hvor av to artikler ble lest og tatt med videre.

Det fjerde søket ble også gjort i Cinahl, og denne gangen ble søkeord «IVF or in vitro fertilization» AND «couples or partners», brukt. Dette søket ble avgrenset til 2017-2020, samt kun academic journals. Dette gav 144 treff, 9 abstrakter ble lest, 4 artikler ble lest i sin helhet mens en ble inkludert med i oppgaven.

Den femte artikkelen ble søkeordene «Infertile couples» AND «experience or perceptions or attitudes or views» brukt. Også her ble det avgrenset til academic journals, samt publiseringsdato 2015-2020. Dette gav 145 treff, hvor 7 abstrakter ble lest, 4 lest i sin helhet og 1 ble tatt med i oppgaven.

I siste søket ønsket jeg å finne ut mer om hva sykepleier kan gjøre for paret som opplever mislykket IVF behandling. Dette søket ble også gjort i Cinahl og søkeordene som ble brukt var «infertility» AND «nursing care». Videre spisset jeg søket til «full tekst», og «academic journals». Søket gav 7 treff, hvor kun en studie var av interesse, denne ble tatt med videre i oppgaven.

Siden alle artiklene følger IMRAD strukturen, er fagfellevurdert og er relevante for problemstillingen, ble de derfor inkludert med i oppgaven (Dalland, 2017, s. 163-164). Videre i besvarelsen har jeg presentert hver studie, og brukt IMRAD strukturen, dette gjør presentasjonen ryddig og oversiktlig.

3.4 Kildekritikk

Hvordan det søkes etter kilder er strengt i en bachelor oppgave. Kildene skal være holdbare, og da må den gjennom en prosess for å sjekke at kvaliteten er god nok og om det er relevant for oppgavens problemstilling (Dalland, 2017, s. 149-150). Når en skal gjennomgå store mengder med litteratur er det viktig å være kritisk. Med kildekritikk skal en kunne vurdere, karakterisere, gjøre rede for sine kriterier en har for å kunne ta med de aktuelle studiene videre i oppgaven (Dalland, 2017, s. 158).

I artiklene ser jeg forfatter gjerne drar paralleller med tidligere studier som er gjort på bakgrunn av samme problemstilling. Her må en ta med i betraktning at måten forfatteren kan ha tolket teksten på, kan ha fått en annen betydning enn det opprinnelige perspektivet (Dalland, 2017, s. 159).

Artiklene ser jeg på som relevante til å ta videre med i oppgaven, til tross for at den ene artikkelen er 10 år. Samtlige av artikler er ikke fra Norge eller Norden, men velger likevel å inkludere de da jeg synes det kan være spennende å se hvordan infertilitet oppleves og hvilken innvirkning dette har, på tross av landegrenser. Alle seks artiklene er forskningsbasert, fagfellevurdert og inngår i kriteriene, samt at de svarer til min problemstilling.

3.5 Etske overveielser

Forskningsetikk vurderer forskningens normer og verdier i forhold til samfunnet, den ivaretar også deltakernes personvern og påser at det ikke blir påført unødvendige belastninger (Dalland, 2017, s. 236). Veiledende regler for helsepersonell som arbeider med studier som omfatter mennesker er beskrevet i Helsinkideklarasjonen, 30.08.2013 (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, s.43-45). Deltakerne som er med i studier skal samtykke til at de frivillig ønsker å delta i undersøkelsen. Det skal gis god informasjon i forkant og samtykket kan skje skriftlig, muntlig eller elektronisk.

Opplysninger om deltakerne skal anonymiseres og personopplysningene er taushetsbelagt (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, s. 49-50). I artiklene har jeg prøvd å legge vekt på etiske godkjenninger, dette kvalitet sikrer studiene og deltakerne ivaretas. Fire av studiene er etisk godkjent, men i de to siste står det ingenting om artiklene verken er etisk godkjente eller om deltakerne i artiklene har fått skriftlig eller muntlig informasjon, eller om de har samtykket. Mens i artikkel 1 og 2 er det innhentet skriftlig samtykke. I artikkel 3 og 4 har deltakerne gitt muntlig samtykke. Alle seks artiklene er publisert i kjente tidsskrifter, disse tidsskriftene publisere ikke forskning som ikke er blitt fagfellevurdert. Det vil si at to eller tre uavhengige forfattere innenfor kunnskapsområdet har vurdert og godkjent artiklene (utdanningsforskning.no, 2016).

4. Funn/litteratur

4.1 Artikkel 1.

Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment (Shu et.al, 2010).

Bakgrunn: mislykket IVF-behandling kan være en hendelse som er tung å takle og kvinner som opplever infertilitet kan oppleve å ha nedsatt evne til kontroll i løpet av livssyklusen. Når graviditet ikke inntreffer, er responsen på sorg høyere. I disse situasjoner vil psykologisk belastning oppleves mestringsstrategier vil oppstå. Dette kan føre enten til mestring av den nye situasjonen eller til å sitte igjen med følelsen av å ha mislykkes. Til tross for at mislykket IVF behandling er en enorm belastning både fysisk og psykisk for kvinnen og paret, opprettholdes håpet. Så mange som 46.80% av de som opplever mislykket behandling velger å gjennomføre et nytt IVF-forsøk.

Hensikt: studiens hensikt var å identifisere sorgresponser og mestringsstrategier hos kvinner som opplevde mislykket IVF-behandling. Studien undersøkte sammenhengen mellom hvordan kvinnene responderte på sorg og hvilke mestringsstrategier de brukte.

Metode: dette er en tverrsnittstudie som inkluderte 95 kvinner, i perioden januar – desember 2003. Av disse 95 var det kun 66 av deltakerne som returnerte spørreskjemaene

Resultat: basert på forskningsresultatene ser en at ved mislykket IVF-behandling kan følelser som tristhet, depresjon og sinne ses som vanlige reaksjoner. I denne studien ser en at forhandlinger og aksept er de vanligste reaksjonene etterfulgt av depresjon, sinne, fornektelse og isolasjon.

Relevans: denne studien viser til sorgprosesser og mestringsstrategier og er derfor relevant for oppgaven, for å forstå hvilke behov disse pasientene har og hvordan sykepleier kan ivareta de på best mulig måte.

Konklusjon: ved denne tverrsnittstudien var det bare mulig å undersøke sammenhengen, men det kunne ikke fastslå årsaken mellom mestringsstrategier og sorgrespons. Det antydes at det krever en bredere undersøkelse for å få en bedre forståelse for konsekvensene og årsakene.

4.2 Artikkel 2.

Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples (Karaca et.al. 2017).

Bakgrunn: mislykket IVF-behandling kan forårsake angst, depresjon samt svekke livskvaliteten hos par som lider av ufrivillig barnløshet.

Hensikt: med denne studien var hensikten å undersøke hvilken effekt mislykket IVF-behandling har på par. En ønsket å se om det både hadde noe å si for den psykiske helsen, men også for livskvaliteten til paret. I studien ser de på par som er til sitt første IVF forsøk og sammenligner med par som har erfart å ikke oppnå graviditet ved tidligere forsøk.

Metode: studien ble utført på 64 par som hadde minst en mislykket IVF behandling og 56 par uten tidligere IVF bakgrunn, ved en privat klinikk i Istanbul. Målet med studien og innholdet i spørreskjemaet ble forklart til alle deltakerne, samtidig ble det innhentet samtykke før datainnsamlingen ble innført og. FertiQoL skalaen og HAD skalaen ble brukt i testen. FertiQoL er en sykdomsspesifikk livskvalitets skala for infertile, denne skalaen ble utviklet for å måle hvilke utfordringer par som opplevde infertilitet kunne ha (Bovin et al., 201).

Resultat: studien avslørte psykososiale utfordringer hvor en kunne se en høyere forekomst av negative holdninger hos infertile par som misnøye, uvilje og desorientering angående behandlingen. Varigheten av infertilitet i kombinasjon med lavere inntekt førte til forverring i parets aksept av den terapeutiske tilnærmingen og deres orientering til behandlingen. Mislykket forsøk øktet nødvendigvis ikke nivået av angst, men en kunne se at depresjon økte i takt med varigheten av infertilitet.

Relevans: denne artikkelen ble tatt med da den ser på hvordan mislykket IVF-behandling påvirker paret.

Konklusjon: en ser at de par som tidligere har opplevd IVF-svikt, scorer bedre på livskvalitet. Trolig har dette med at de har mer kunnskap om behandlingsopplegget og har tidligere tilegnet seg en form for mestringsstrategi.

4.3 Artikkel 3.

Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales (Kaplan og Sut, 2014.)

Bakgrunn: Infertilitet er en traumatisk prosess som påvirker kvinner liv i negativ retning, både i sosiale emosjonelle og psykososiale aspekter. Ufrivillig barnløshet svekker livskvaliteten ved at deres angst og depresjonsnivå øker.

Hensikt: målet med denne studien var å undersøke om det var noen sammenheng mellom livskvalitet, angst og depresjon hos kvinner med infertilitet.

Metode: 89 kvinner med infertilitet deltok i denne tverrsnittstudien, som brukte spørreskjema som inkluderte demografisk data, FertiQoL skala og HAD skala som måleverktøy.

Resultat: Resultatene fra studien støtter hypotesen om at infertilitet har en betydelig påvirkning av livskvaliteten. Primært kan en se på den FertiQoL scoren at infertilitet har en emosjonell påvirkning, da spesielt hos kvinnen, og at emosjonell støtte er viktig for å forbedre livskvaliteten hos infertile. Når en ser på resultatene fra HAD scoren, ser en at pasientene scorer høyt også her. Det vil si at på sikt kan IVF-behandling føre til både angst og depresjon. Det var også en signifikans sammenheng mellom antall IVF forsøk og forverring i det emosjonelle og sosiale aspekt, i FertiQoL scoren

Relevans: denne forskningsartikkelen ser på den infertile kvinnens livskvalitet, og ble derfor tatt med videre da jeg mener den er veldig relevant for oppgaven.

Konklusjon: Det konkluderes avslutningsvis i studien at FertiQoL som et pålitelig redskap og kan være avgjørende for å gi og helhetlig tilnærming ved infertilitetsbehandling. Og trolig vil personsentrert omsorg øke livskvaliteten og redusere angst og depresjon. Helsepersonell bør evaluere livskvaliteten med en helhetlig tilnærming ved undersøkelse og behandling av infertile kvinner.

4.4 Artikkel 4.

Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients (Klitzman, R, 2018).

Bakgrunn: Infertilitetspasienter mener kommunikasjon og relasjon til helsepersonellet de er i møte med ved fertilitetsklinikken er avgjørende, men opplever det utilstrekkelig. Bakgrunnen for studien var derfor å finne ut hvorfor dette oppstår.

Hensikt: studiens hensikt var å finne ut hvorfor pasienter som er til assistert prøverørsbehandling mener kommunikasjonen og det medmenneskelige aspektet er for utilstrekkelig. Pasientene opplever at leger og annet personal er for fokusert på evidensbasert praksis, mens pasientene selv føler det mangler fokus på deres individuelle behov, opplevelser og preferanser.

Metode: Studien er en kvalitativ studie og det ble utført et semistrukturert intervju på 37 deltakere som varte i omtrent en time pr deltaker. Deltakerne besto av både leger og andre yrkesgrupper som arbeidet innen fertilitet, samt pasienter.

Relevans: Studien er tatt med da jeg mener den hadde interessante funn som kunne bidra til å gi svar på oppgavens problemstilling.

Resultater: Basert på resultater fra studien ser en at det er ulik oppfatning av samspillet mellom pasient og kliniker. Pasienter sier at de opplever kommunikasjonen som varierende. Noen mener de får tilstrekkelig med informasjon, mens andre føler de ikke har fått tilstrekkelig informasjon. Pasientene har opplevd mangel på empati og forståelse fra ansatte. Spesielt når kvinner går gjennom et mislykket IVF-forsøk kan de kjenne på denne misnøyen og føle seg forlatt. De opplever også behandlerne som ufølsomme og føler seg skuffet og frustrert over at omsorgen er så upersonlig. Videre i studien forklares dette med at til tross for at suksessraten økes, er det allikevel under 50% sjans for at graviditet oppstår ved en IVF syklus. Da å øke forventningene enda mer kan føre til at fallhøyden blir enda høyere for paret. Det nevnes også i artikkelen at det var først da leger selv ble infertilitets pasienter, at de forsto pasientenes behov og oppfatning. Dette kan tyde på at det er behov for å øke fokuset på pasientperspektivet og pasient sentrert omsorg også innenfor infertilitet.

Konklusjon: denne studien er den første til å undersøke hvorfor ansatte ved IVF avdelinger/klinikker har problemer med å kommunisere og samhandle med sine pasienter. Studien viser til flere viktige faktorer som er involvert og har kritiske implikasjoner for fremtidig samhandling mellom pasienter. Studien fremhever også behovet for fokus på pasientperspektivet og dynamiske prosesser.

4.5 Artikkel 5.

Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples (Gabr et al. 2017).

Bakgrunn: seksuell helse er et viktig aspekt av livskvalitet. Kvinner rammes hovedsakelig mer av seksuell dysfunksjon, enn menn. Det er gjort få studier på seksuell dysfunksjon hos kvinner, kontra menn. Det er viktig å estimere forekomsten av dette problemet og hvilke underliggende faktorer, for å kunne kjenne til de faktiske belastningene dette har. Er en klar over dette kan en hjelpe pasienten med faktorer som øker risikoen og dermed bidra til å forbedre livskvalitet.

Hensikt: den primære hensikten med studien var å undersøke hypotesen om seksuell dysfunksjon virkelig er høyere blant infertile kvinner sammenlignet med friske. Og dersom hypotesen stemte, ville de sekundært se på hvilke bestemte faktorer som påvirket den dysfunksjonelle scoren hos den infertile gruppen.

Metode: Studien er en tverrsnittstudie som ble utført på 200 infertile og 200 friske, hvor begge partene samtykket til å delta i studien.

Resultat: I følge studien ser en at andelen seksuell dysfunksjon er høyere blant infertile kvinner. Dette kan trolig skyldes psykisk stress i forhold til planlagt seksuell omgang for å oppnå graviditet.

Relevans: seksuallivet er sentralt og viktig i alle parforhold. Det ser ut til å påvirke så mange som 50% av infertile par, derfor ble dette en relevant artikkel å ta med i oppgaven.

Konklusjon: Sykepleier bør være klar over den høye forekomsten av seksuell dysfunksjon hos sine pasienter. Avdelinger for assistert befruktning bør kjennet til medisinske og psykologiske behandlingsmetoder for å bedre livskvaliteten for de infertile parene som rammes.

4.6 Artikkel 6.

Effects on nursing care based on Watsons theory of human caring on anxiety, distress and coping, when infertility treatment fails (Ozan & Okumus, 2017).

Bakgrunn: Mislykket IVF behandling fører til individuelle, familiære og sosiale utfordringer.

Hensikt: med studien var å evaluere effekten av sykepleieprogrammet, basert på Watson's teori.

Metode: studien ble utført på 86 Tyrkiske kvinner i periode april-november, 2012. Deltakerne ble delt inn i to grupper. Deltakerne i kontrollgruppen fikk vanlig sykepleie, mens i intervensjons gruppen ble det utført et spesialtilpasset pleieprogram, basert på Watson's teori for å se om dette kunne ha positiv effekt hos kvinnene.

Resultater: basert på studiens resultater ser en stor forskjell på intervensjons gruppen og kontrollgruppen. Hos intervensjonsgruppen kunne en se en positiv score på angst, stress og mestring.

Relevans: denne artikkelen viser til gode resultater basert på en konkret teori og ble dermed tatt med i oppgaven da den gir gode svar på oppgavens problemstilling.

Konklusjon: i denne studien ser en at pasientsentrert omsorg basert på Watsons's teori er av stor betydning for infertile kvinner som opplever IVF-svikt. En ser at dette kan ha gunstig effekt på par som opplever mislykket IVF-behandling. Watson's teori anbefales derfor som en veileder til sykepleiere ved fertilitets avdelinger for å øke kvaliteten av sykepleie.

4.7 Oppsummering av hovedfunn

Tiltros for at studiene tar for seg ulike problemstillinger, kan en finne like fellesnevner i funnene. En ser at i samtlige av artiklene beskrives ulike **utfordringer parene møter på** og har at de har behov for **informasjon og støtte**. Kvinnen viser at hun har behov for støtte i de ulike kritiske periodene av behandlingsforløpet, og at **sykepleier spiller en sentral rolle**. En ser at **god kommunikasjon og helhetlig ivaretagelse** fra sykepleier er av stor betydning. Resultater viser også at en **personsentrert tilnærming** har positiv innvirkning på angst, depresjon og livskvalitet. En ser at **håpet** er av stor betydning for de ufrivillig barnløse og at håpet er som en pådriver for å klare å utføre en ny behandling.

5.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen har jeg systematisert funnene fra artiklene og skal drøfte de ulike funnene. Det første punktet tar for deg noen av utfordringene som oppstår i parforholdet. Videre drøftes sorg og mestring, kommunikasjon og ivaretagelse. Avslutningsvis i diskusjonsdelen ønsker jeg å dra frem sykepleiers viktige rolle for par som opplever mislykket assistert befruktning.

5.1 Parets utfordringer

Måten menn og kvinner opplever infertilitet er forskjellig, hvor en ser at kvinnen er ofte den som preges mest (Kaplan & Sut, 2014). Når par går gjennom selve prøverørsbehandling er det ikke unaturlig at kvinnen nok tynges mest, da både den fysiske og emosjonelle helsen påvirkes. Under behandlingsprosessen er det mange elementer som påvirker forholdet. Ulike opplevelser i prosessen kan føre til for lite forståelse hos hverandre. På samme tid kan en tenke seg at de store belastningene og erfaringene kan bidra til å styrke forholdet. Hos kvinnen er det og bli mor dyp forankret, og det å være infertil kan ses på som en trussel mot identiteten (Sundby & Guttormsen, 1989, s. 45). Mannen igjen speiler sin maskulinitet og verdighet basert på sin arbeidsinnsats og hvilken posisjon han har i forhold til andre menn. Og en ser at kvinnen er den som bebreider seg selv mest, også i de tilfellene da fertilitetsproblemet ikke ligger hos henne, men hos mannen (Sundby & Guttormsen, s. 47).

Infertile kvinner opplever mer stress enn infertile menn, og dette kan føre til ulike utfordringer i parforholdet under prosessen. En ser at seksuell dysfunksjon er noe som rammer infertile par, og da spesielt kvinnen (Garb et. Al, 2017). Gabr et. Al beskriver at infertile par har et stort psykisk press og samleie er ofte timet ift kvinnens eggøsning og blir mer preget av plikt enn lyst (Gabr et.al, 2017). Dette er ofte et forbigående problem i parforholdet, men cirka halvparten av infertile par møter på denne utfordringen i løpet av tiden de prøver å bli gravide. Et godt seksualliv er viktig for at mennesker skal oppleve god livskvalitet. Det er derfor viktig for sykepleier å kjenne til dette og er åpen med paret om tematikken, og fertilitetsavdelingene bør kjenne til riktige medisinske og psykologisk behandlingsmetode som kan øke livskvaliteten for sine pasienter. Det nevnes ulike typer behandling for å bedre seksuell dysfunksjonalitet, som psykolog eller familierådgiver (Sundby & Guttormsen, 1989, s. 49). Seksuell rådgivning basert på BETTER- modellen kan også ha en positiv forbedring hos spesielt kvinner som sliter med seksuell dysfunksjon og primær infertilitet (Karakas & Aslan,2019). Par som lider av infertilitet opplever å ha generelt lavere livskvalitet sammenlignet med par som er infertile (Karaca et. Al, 2017). Kvinnen er den som rammest mest, og en kan se at livskvaliteten svekkes med antall mislykkede IVF-forsøk (Kaplan & Sut, 2014). Kvinner som opplever

mislykket IVF-behandling har også større sjans for angst og depresjon, dette ser en også kan ha en sammenheng mellom hvor lenge paret har vært infertile. Av egne erfaringer er det ikke uvanlig å kjenne at stressnivået øker i takt med tiden. En opplever ofte at utenforstående kan ha en forventning om at graviditet skal inntreffe, som også kan føre til økt stress, angst, depresjon og isolasjon. For noen par kan det i perioder være så vanskelig med sosiale sammenkomster, at de isolerer seg. I høytider og ferier, når familien skal samles blir de påmint om at disse dagene ikke er like betydningsfulle uten barn. For personer som ikke har gått gjennom denne emosjonelle påkjenningen, kan det være lurt og forklare hva som er vanskelig og be om forståelse for hvorfor man har behov for å trekke seg litt tilbake (Guttormsen & Sundby, 1989, s. 153-155). For noen par kan denne prosessen bli så altoppslukende og kvinnen er så preget av situasjonen hun er i, at å se barn på lekeplassen eller gravide på bussen, kan være ekstremt belastende. Dette kan også være en av grunn for at paret isolerer seg. Sykepleier kan motivere kvinnen og komme i kontakt med andre par eller kvinner som er i samme situasjon. På internett er det ulike forum hvor ufrivillig barnløse deler erfaringer og finne trøst i hverandre. Også hos støtteforeningen for ufrivillig barnløse, Ønskebarn, kan paret finne informasjon om temakvelder, seminarer og treffpunkt flere steder i landet (Ønskebarn.no, 2014). Det er variasjon i hvordan par opplever og takler de psykiske påkjenningene, men hovedsakelig ser en at mislykket IVF-behandling har en negativ påvirkning på det emosjonelle aspektet og livskvalitet. Men en ser at de som mestrer stress, angst og depresjon opplever bedre livskvalitet. En vet at når antall IVF forsøk øker og varigheten av infertilitet vedvarer, forverres livskvaliteten (Kaplan & Sut, 2014). På bakgrunn av dette bør sykepleier observere og undersøke parets livskvalitet underveis i behandlingsprosessen og åpne for refleksjon om tema. I studien til Karaca et. Al, brukes FertiQol testen, denne måler livskvalitet hos infertile, det kan tenkes at dette kunne vert et godt verktøy for sykepleier å bruke for å kartlegge parets opplevelse av livskvalitet (Karaca et.at, 2017).

5.2 Sorg og mestring

Ufrivillig barnløshet kan gi sterke reaksjoner og generelle samlivsproblemer, spesielt for kvinnen som kan oppleve større psykiske påkjenninger i form av sjokk, fornektelse, sinne isolasjon, skyld, depresjon og aksept (Karaca et.al, 2017). Forskning viser at den vanligste strategien kvinner og par bruker i denne prosessen er forhandling. Det vil si at det i de fleste tilfeller brukes en problemfokuset strategi, enn følelsesfokuset strategi for å håndtere de psykososiale påkjenningene (Shu et.al, 2010). Forhandling indikerer en kamp på og komme seg videre, og en ser ut i fra studien at de fleste kvinner til slutt ville oppnå aksept under sorgprosessen. Aksept viser seg til å være en beskyttende faktor for å unngå å utvikle angst og depresjon etter et mislykket IVF forsøk (Shu et.al, 2010). Funn viser også at problemfokuset mestringsstrategier etter mislykket IVF forsøk kunne øke trivselsnivået (Shu et.al). Siden studiene er utført på kvinner i Taiwan, kan det tenkes at det er noe avvik i forhold til hvilke mestringsstrategier kvinner i vestlige land bruker. Sykepleier som arbeider ved fertilitetsklinikker bør derfor være kjent med at mestringsstrategier brukes oftere enn følelsesfokuset mestring, og være åpen med paret og erkjenne deres følelser (Shu et at, 2010). Som tidligere beskrevet i teoridelen følger sorgen oss resten av livet, men at den med tiden ikke styrer hverdagen vår på samme måte. Med tiden finner vi en måte å leve med den, og nøkkelen til å komme rystet ut av sorgprosessen er å ta pauser fra den (Renolen, 2015, s. 197). I dette tilfellet kan det være å tenke på noe annet enn prosessen å få barn. Motiver paret til å finne noe meningsfylt å gjøre som gir et avbrekk inni mellom. Sorgprosessen trenger ikke bare være negativt for parforholdet, mange forhold blir sterkere etter å ha gått gjennom denne prosessen sammen. En ser at noen forhold tar slutt, mens flere forblir sammen. Og en ser også at de par som klarer å bearbeide sorgen, lærer seg selv og den andre parten bedre å kjenne. På sikt vil en se at disse parene ofte kommer styrket ut av sorgen, og finner andre verdier og felles interesser som gir livet mening (Sundby & Guttormsen, s. 185.). Det kan tenkes at disse parene finner andre verdier i livet, som gir dem mening. Det at de ikke har barn, gjør at de ikke har de hverdagslige utfordringene det fører med seg å ha barn, og krangle om. De har ikke det samme tidspresset og bekymringene som par med barn opplever. Det kan tenkes at dersom par får god nok informasjon om prøverørsbehandlingen, som for eksempel sjansen for å lykkes, kan paret lettere heve/senke forventningene de har til hvert forsøk. Det kan tenkes at hos de par som har skyhøye forhåpninger til å lykkes, kan fallhøyden bli stor dersom forsøket mislykkes. Og dette kan føre til at de kjenner ekstra på skuffelse, fortvilelse og sorgen. Sykepleiers rolle bør i dette tilfellet være og gi tilstrekkelig med informasjon om hvilke psykiske påkjenninger det kan føre til, slik at paret kan være forberedt. For de par som opplever veldig sterke psykiske påkjenninger burde tilbudet om psykolog være tilstede, eventuelt psykiatrisk sykepleier. Per i dag er ikke det et tilbud par får når de er til ivf behandling, og det kan tenkes at

dette ville vært til stor støtte for de som hadde hatt nytte av et slikt tilbud. Kanskje kunne det vært en ide for par i forkant av behandlingsprosessen og fått snakket med en psykolog eller psykiatrisk sykepleier for å kartlegge deres forventninger, og ut i fra det kunne en sett hvilken støtte paret ville trenge under behandling og tiden etter.

Håp er et sentralt begrep hos infertile par som i lang tid har drømt om et barn, og trolig er det selve håpet om at en dag vil IVF behandlingen gi paret det barnet de så lenge har lengtet etter. Det er også håpet som gjør at par igjen finner styrke til å gå i gang med et nytt IVF forsøk, til tross for alle de fysiske og psykiske påkjenningene dette fører med seg (Shu et.al, 2010). Travelbee forklarer håpet som en sjelelig tilstand som oppstår når mennesket ønsker å avslutte noe eller å nå et mål.

Mennesket har en forventning om at dersom de når målet, som i dette tilfellet er å få et barn, vil livet forandres og få en annen mening (Kristoffersen, 2016, s. 30). For sykepleier kan det være vanskelig å finne en balanse på hvor mye forhåpninger hun skal plante og hvor mye hun skal holde igjen. Par er som tidligere nevnt, veldig forskjellige, med tanke på hvilke forventninger de har og hvilke ressurser de har for å takle et mislykket forsøk. Derfor kan det være vanskelig for sykepleier og vite hvor mye håp hun kan så hos paret. Dersom dette kunne blitt kartlagt i forkant, kan det tenkes at det hadde vært enklere for sykepleier å gi en mer personsentrert omsorg. Ut i fra Ozan & Okumus's studie fra 2017, ser en at de pasientene som mottok sykepleie basert på Watsons's teori, brukte mer effektive mestringsstrategier en deltakerne i kontrollgruppen. De uttrykket mer følelser og var mer løsningsorienterte, og en kunne se at omsorgen disse kvinnene fikk var innflytelsesrik på deres positive mestring (Ozan & Okumus, 2017).

5.3 Kommunikasjon og ivaretagelse

I tillegg til at det oppstår utfordringer paret imellom, opplever flere infertile par at kommunikasjonen og ivaretagelsen mellom personalet ved klinikken som veldig varierende (Klitzman, 2018). De føler at dårlig tid resulterer i at de ikke blir ivaretatt på den måten de skulle ønske, og sitter igjen med følelsen av å være et nummer i køen. En kan føle at helsepersonell er mer opptatt av det kliniske som skal skje, mens for paret vil det være det emosjonelle som preger de gjennom prosessen. Dette kan føre til at paret føler at de ikke blir ivaretatt tilstrekkelig. Ofte vil beskjeder om resultater bli gitt over telefon, og en føler at det ikke er rom for å spør om alt en lurer på. Eller ofte så kommer spørsmålene i etterkant av telefonsamtalen. En føler ikke for å ringe tilbake i frykt for å virke krevende, og en vet at avdelingen har det travelt (Klitzman, 2018). Dette kan medvirke til at paret og kanskje spesielt kvinnen føler seg alene. Kvinner og menn er ofte på ulike stadier i behandlings prosessen, og kvinnen kan ofte kjenne på at hun er alene. At det er hun som står i bresjen for utredning og behandling, men

også mer det praktiske aspektet rundt behandlingen som timeavtaler og videre informasjon. Dette kan føre til at hu opplever at følelsene sine ikke blir møtt, hverken i parforholdet eller hos ansatte ved fertilitets klinikken. Basert på Klitzman's forskning resultater er det individuelt fra par til par, og trolig kan det være ulike faktorer hvorfor noen føler de blir ivaretatt godt nok kontra de som føler de ikke blir godt ivaretatt (Klitzman, 2018). Den ene faktoren kan være ulik praksis på personsentrert omsorg ved de forskjellige klinikkene, men også ser en at parets forventninger spiller en stor rolle (Klitzman, 2018). Som sykepleier er det viktig å møte disse parene med forståelse og empati, og finne ut av hva hver enkelt par trenger for å føle seg ivaretatt under og etter behandlingsprosessen. Det kan tenkes at det kan oppleves som positivt for paret om kommunikasjonen skjer på et nivå hvor paret forstår hva som formidles. Dersom informasjon gis i form av legespråk og en kun er fokusert på det kliniske som skal foregå, kan en se at paret går glipp av viktig informasjon eller ikke forstår hva som er blitt sagt. Det er sykepleieres oppgave å tilpasse informasjonen til pasientens situasjon og behov (Harris & Ursin, 2016, s. 169). Dårlig kommunikasjon kan skape usikkerhet for paret. Og når kommunikasjonen ikke er tilstrekkelig kan det gi følelsen av å ikke bli godt nok ivaretatt (Klitzman, 2018). For paret kan derfor sykepleier være en viktig støttespiller som trykker, forklarer og gir god informasjon som kvinnen og mannen forstår. Det er som regel sykepleier kvinnen er i kontakt med per telefon, og det er ofte sykepleier paret skaper en relasjon til. Sykepleiers rolle er viktig for at kvinnen og mannen skal føle seg trygg, sett og forstått.

5.4 Sykepleiers rolle

Sykepleie basert på Watson's teori viser å ha en gunstig effekt. Spesielt kunne en se at pasienter som fikk denne omsorgsbehandlingen, hadde mindre psykiske belastninger som angst og depresjon enn deltakerne som kun mottok vanlig sykepleie (Ozan & Okumus, 2017). Som tidligere beskrevet er infertilitet og veien til målet om å få et barn en stor påkjenning for kvinnen og mannen. Faren for psykiske belastninger øker i takt med tiden paret har vært infertile og antall IVF behandlinger paret forsøker. I løpet av behandlingsprosessen er det sykepleier paret er mest i kontakt med og den personen som kan ivareta paret best. Og det er mellom sykepleier og pasient at den beste relasjonen oppstår. For paret som gjennomgår IVF-behandling møter de på ulike kritiske perioder i løpet av en behandlingsprotokoll. En ser at i for eksempel perioden hvor paret har fått satt inn det befruktede egget og frem til graviditetstesten skal tas, oppleves som svært psykisk belastende. Watson's teorien som er individ sentrert, baserer seg på respekt, følsomhet, tilgjengelig omsorg og ærlighet ble betraktet som kilden til at kvinnene som opplevde mislykket IVF-behandling hadde reduksjon i angst (Ozan & Okumus, 2017).

For de par som opplever at de ikke blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte, er opplevelsen at de føler seg alene og sitter igjen med mange spørsmål. Det kan tenkes at dersom en mer personsentrert omsorgs tilnærming ble brukt, som for eksempel Watson's teori, ville flere par med infertilitet føle seg bedre ivaretatt. Det kan også tenkes at for disse parene ville belastningene blitt enklere å mestre. Og basert på resultatene fra Ozan & Okumus, 2017, har kvinnene som fikk sykepleie basert på Watson's teori en signifikant forbedring på følelser som angst, stress og negative følelser. Dessverre så oppnår ikke alle infertile par som er til IVF-behandling, graviditet. Og for de par som skal leve videre som ufrivillig barnløse kan det å ha fått en sykepleie tilnærming basert på menneskelig omsorg hjelpe paret til å raskere akseptere at fremtiden ikke ble som de så sterkt håpet. Men finne en mening med livet. Forhåpentligvis vil den omsorgen sykepleier gav dem under den kritiske tiden, være til nytte senere i livet, slik at paret mestrer sin hverdag og opplever god livskvalitet til tross for at livet ble uten barn.

6. Konklusjon

Infertilitet i seg selv kan være et sjokk og en sorg, og for de par som opplever mislykket assistert befruktning blir belastningene ofte enda større. Hensikten med denne litteraturstudien var derfor å belyse hvilke utfordringer par og kvinner opplever, for så å finne ut hva sykepleier kan bidra med for å ivareta disse pasientene på en helhetlig måte.

Par som er til behandling kan føle at det er mest fokus på det kliniske som skal skje, mens for paret er det det følelsesmessige som spiller størst rolle. For paret og spesielt kvinnen som opplever mislykket assistert befruktning ser en at det er store fysiske og psykiske belastninger, både før, under og etter behandlingen. Kvinnen og mannen kan ha ulike opplevelser med behandlingen, hvor en ser at kvinnen er den som går gjennom de større belastningene. Dette kan føre til at hun føler seg mer alene.

En ser at parforholdet utfordres på ulike måter, hvor sexlivet ofte blir berørt på ett eller annet tidspunkt. Dette kan være et vanskelig tema for paret å ta opp, og en ser at kvinner sjeldent ber om hjelp når de lider av seksuell dysfunksjon. Det sosiale kan også bli vanskelig i en periode, da en ser at par kan velge å isolere seg for å beskytte seg selv. Disse aspektene i livet er utgjørende for en god livskvalitet, og for sykepleier er det derfor viktig å belyse alle disse aspektene for det infertile paret. Dersom de er klar over utfordringene som kan oppstå underveis, kan det være enklere å ta tak i dem når de eventuelt skulle oppstå.

Det anbefales også at sykepleier bruker Watson's teori som en veileder, dette har vist til gode resultater både når det gjelder angst, depresjon og økt livskvalitet. I tillegg bør informasjon tilpasses hver enkelt par, slik at den informasjon som gis blir forstått.

For kvinnen som opplever tap av kontroll, samt store fysiske og psykiske belastninger, er det ikke tvil om at sykepleier kan spille den vesentlige forskjellen. Sykepleier bør opprettholde kvinnens og mannens håp, samt justere forhåpninger og være en god støttespiller. Dette kan føre til at det blir litt enklere å stå i alle de store påkjenningene, og paret kan oppleve bedre mestring og økt livskvalitet på tross av situasjonen.

Referanseliste

Babyverden.no (22.05.2018). *Utredning av ufrivillig barnløshet*. Hentet 16.03.2020 fra:
<https://www.babyverden.no/Prover/Utredning/Utredning-av-ufrivillig-barnloshet/>

Bioteknologirådet.no (2020). *Assistert befruktning*. Hentet 11.03.2020:
<https://www.bioteknologiradet.no/temaer/assistert-befruktning/>

Bovin, J., Takefman, J., Braverman, A. *The fertilitu Quualitiy of life (FertiQoL) tool: development and general psykometric properties*. *Fertil. Steril.* 2011; 409- 415.e3.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft P, A., Utne, I., (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningen*. Oslo: abstrakt forlag.

Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet.no (23.09.2019). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Hentet 13.03.2020:
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Folkehelseinstituttet.no (27.08.2019). *Senter for fruktbarhet og helse*. Hentet 26. februar 2020 fra

<https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-for-fruktbarhet-og-helse/>

Gammersvik, Å., Larsen, T., (2016). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (4.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Garb, A, A., Omran, E, F., Abdallah, A, A., Kotb, M, M., Farid, E, Z., Dieb, A, S., Belal, D, S. (2017). Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Vol 217/ Oct 2017/ pages 38-43. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.08.025>

Gudim, H, B., Juvkam, K, H., (2008). *Gynekologi – kort og godt*. Oslo: Universitetsforlaget

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

Helfo.no (15.02.2019). *Helfo organisasjon*. Hentet 13.05.2020 fra:
<https://www.helfo.no/om-helfo/helfos-organisasjon>

Helsebiblioteket.no (03.06.2016). *Systematisk oversikt*. Hentet 17.03.2020 fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Helsedirektoratet.no (2020). *Godkjente metoder for assister befruktning*. Hentet 11.03.2020:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/assistert-befruktning/godkjente-metoder-for-assistert-befruktning>

Helsekompetanse.no (2020). *Helhetlig menneskesyn*. Hentet 10.03.2020:
<http://kurs.helsekompetanse.no/inkludering/18748>

Helsenorge.no (10.08.2019). *Behandling av barnløshet*. Hentet 29. februar 2020 fra:
<https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/behandling-av-barnloshet>

Helsenorge.no (18.06.2019). *Barnløshet – infertilitet*. Hentet 16.03.2020 fra:
<https://helsenorge.no/sex-og-samliv/barnloshet-infertilitet#Utredning-av-barn%C3%B8shet>

Kaplan, P, B., Sut, H, K. (2014). *Quality of life in women whit infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scale*. Nursing & Health Sciences/ volume 17, issue 1.<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/nhs.12167>

Karaca, N., Karabulut, A., Ozkan, S., Aktun, S., Oregul, F., Yilmaz, R., Ates, S., Batmaz, G. (2016). *Effect of IVF failure om quality of life and emotional status in infertile couples*. European Journal og Obsterics & Gynecology and Reproductive Biology 206 (2016) 158-163. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.09.017>

Karakas, S., Aslan, E. (2019). *Sexual Counseling in WomenWhit Priamry Infertility and SexualDysfunction: Use of the BETTER Model*. Journal of Sex & Marital Therapy. Vol 45/2019-Issue 1/page 21-30. Doi: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/0092623X.2018.1474407>

Klitzman, R. (2018). *Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients*. BMC Women's Health (2018) 18:84.
<https://doi.org/10.1186/s12905-018-0572-6>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G, H., (2016). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk Helseinformatikk.no (08.07.2019). *Barnløshet, infertilitet*. Hentet 27. februar 2020 fra <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselse/livsstil/planlegger-graviditet/barnlosket-infertilitet/?page=2>

Norsk Sykepleier Forbund.no (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 20.05.2020: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Ozan, Y., Okumus, H., (2017). *Effects of nursing care base don Watson's theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails; a randomized controlled trials*. Journal of caring sciences. 2017; 6 (2) (/Archive/6/2):95-109.
Doi: 10.15171 / jcs.2017.010

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Shu, H, L., Shu, C, W., Ching, P, K., Pi, C, K., Maw, S, L., Meng, C, L., (2010). *Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment*. Scandinavian Journal og Caring Science/vol 24, Issue 3.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00742.x>

Sykepleien.no (02.01.2020). *Andelen barnløse øker dramatisk*. Hentet 26. februar 2020 fra: <https://sykepleien.no/2017/11/andelen-barnlose-oket-dramatisk-i-norge>

Søk og skriv.no (2007). Hentet 02 mars 2020 fra: <https://sokogskriv.no/category/skriving/oppgavens-struktur/imrad-modellen/>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Utdanningsforskning.no (2016). Hva er fagfellevurdert artikler. Hentet 20.05.2020:
<https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfellevurdert-artikkel/>

World Health Organization, (2020). *Infertility definitions and terminology*. Lest 24.02.2020:
<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/?fbclid=IwAR2EsIntAxrMd1tpiJsbofO-GFTzwyO1gwQbuFxzPeVV04sXYWMFjQTVnHE>

Onskebarn.no (2019). *Ufrivillig barnløshet*. Hentet 26.februar 2020 fra:
<http://www.onskebarn.no/ufrivillig-barnloshet/>

Vedlegg

Database	Artikkel	Avgrensninger	Søkeord	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Utvalgte
SveMed (26.02.20)	Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment		Failed AND fertilization in vitro	2	1	1	1
CINAHL (26.02.20)	Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales	Academic Journals 2015 - 2020	Fertilization in vitro AND quality of life	111	17	5	2
CINAHL (09.03.20)	Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients	Academic Journals 2017-2020	IVF or in vitro fertilization AND couples or partners	144	9	4	1

Database	Artikkel	Avgrensninger	Søkeord	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Utvalgte
CINAHL (10.03.20)	Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples	Academic Journals 2015-2020 Europe	Infertile couples AND Experiences OR Perceptions OR attitudes OR views	145	7	4	1
CINAHL (20.03.20)	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	Full tekst Academic Journals	Infertiliti AND Nursing Care	7	1	1	1