



Høgskulen på Vestlandet

SYKS390 Bacheloroppgave

SYKS390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Slutt dato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	134
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7731
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	11
Andre medlemmer i gruppen:	132

Jeg godkjenner autalen 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

PERSONSENTRERT FERTILITETSOMSORG

SYKEPLEIERS FUNKSJON VED ASSISTERT BEFRUKTNING

PERSONCENTRED FERTILITYCARE

THE NURSES ROLE IN ASSISTED REPRODUCTION

SYKS390 Bacheloroppgave i sykepleie

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap, Stord og kull 21

Kandidatnummer: 132 og 134

Veileder: Ellen Svendsbø

Innleveringsdato: 10/5-24

Antall ord: 7731

Antall sider: 26

Sammendrag

Tittel: Personsentrert fertilitetsomsorg: Sykepleiers funksjon ved assistert befruktning.

Bakgrunn: Det er et økende behov for assistert befruktning, og innsikt i tema kan bidra til å fremme åpenhet og oppmerksomhet rundt infertilitet. Videre kan det bidra til å belyse sykepleierens rolle og funksjon i støtte til par som gjennomgår den komplekse prosessen.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier gi personsentrert omsorg til par som gjennomgår assistert befruktning?»

Hensikt: Øke kunnskap om kvinnehelse, infertilitet og assistert befruktning, samt se på sykepleiers funksjon og hvordan bedre ivareta pasienter gjennom personsentrert sykepleie.

Metode: En litteraturstudie

Funn: Sykepleier spiller en essensiell rolle i fertilitetsomsorgen, men det eksisterer flere barrierer og utfordringer i kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter. Funnene indikerer at sykepleiere sitter igjen med for lite opplæring, forståelse og kunnskap innen fagområdet, som er nødvendig for å dekke informasjonsbehov og gi støtte til pasientene. Innføring av kartleggingsverktøy kan være nødvendig for å optimalisere personsentrert omsorg. Opplevelsen av infertilitet og behandlingsprosessen viser global likhet.

Konklusjon: Sykepleiere trenger gode kommunikasjonsferdigheter, empati og forståelse, faglig kompetanse, og psykososiale ferdigheter for å kunne tilby personsentrert omsorg. Det er avgjørende med en personsentrert tilnærming i fertilitetsomsorgen for å fremme en mer positiv opplevelse av behandlingsprosessen, forbedret livskvalitet og reduserte bekymringer for par som gjennomgår assistert befruktning. For å realisere en helhetlig og personsentrert omsorg i praksis er det behov for mer tid, ressurser og forskning, samt at fagfeltet får mer plass i profesjonsstudiet i sykepleie.

Nøkkelord: Personsentrert omsorg, infertilitet, sykepleier, kommunikasjon, assistert befruktning.

Summary

Title: Personcentred fertility care: The nurses role in assisted reproduction.

Background: There is an increasing need for assisted reproduction, and insight into the subject can help promote openness and awareness about infertility. Furthermore, it can help illuminate the role and function of nursing when supporting couples undergoing the complex process.

Issue: *"How can nurses provide personcentred care to couples undergoing assisted reproduction?"*

Purpose: Increasing knowledge about women's health, infertility, and assisted reproduction, as well as examining the role of nursing and how to better care for patients through personcentred nursing.

Method: A literature study.

Findings: Nurses play an essential role in fertility care, but there are several barriers and impediments in communication between nurses and patients. The findings indicate that nurses lack sufficient training, understanding, and knowledge in the field, which is necessary to meet the need for information and provide support to patients. Introduction of assessment tools may be necessary to optimize personcentred care. The experience of infertility and the treatment process show global similarity.

Conclusion: Nurses must possess good communication skills, empathy, understanding, professional competence, and psychosocial skills to provide personcentred care. A personcentred approach is crucial in fertility care to promote a more positive experience of the treatment process, improved quality of life, and reduced concerns for couples undergoing assisted reproduction. To achieve comprehensive and personcentred care in practice, there is need for more time, resources, and research, as well as increased focus on the field in nursing education programs.

Keywords: Personcentred care, infertility, nurse, communication, assisted reproduction.

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelse av valgt tema	1
1.2	Avgrensning.....	2
1.3	Begrepsavklaring.....	2
1.4	Problemstilling	3
1.5	Oppgavens struktur	3
2.	Teori.....	4
2.1	Sykepleieteoretisk forankring	4
2.2	Persontrentert omsorg	6
2.3	Kommunikasjon	6
2.4	Definisjon og årsak til infertilitet	8
2.5	Sykepleiers funksjon	9
2.6	Behandlingsprosessen	10
2.7	Lovverk og etikk	10
3.	Metode.....	12
3.1	Valg av metode	12
3.2	Søkestrategi	12
3.3	Inklusjon og eksklusjon av studier	13
3.4	Kritisk vurdering av egen oppgave	13
3.5	Kritisk og etisk vurdering av litteratur	14
4.	Resultat.....	15
4.1	Artikkel 1.....	15
4.2	Artikkel 2.....	16
4.3	Artikkel 3.....	16
4.4	Artikkel 4.....	17
4.5	Artikkel 5.....	18
4.6	Artikkel 6.....	18
4.7	Oppsummering	19
5.	Drøfting	20
5.1	Kommunikasjon	20
5.2	Relasjon.....	22

5.3	Personsentrert fertilitetsomsorg.....	23
5.4	Konklusjon	26
	Vedlegg.....	30
	Vedlegg 1: PICO skjema.....	30
	Vedlegg 2: Søketabell	31
	Vedlegg 3: Litteraturmatrise over valgte forskningsartikler	32
	Vedlegg 4: Sjekkliste artikkel 1 – Cunningham & Cunningham (2013).....	35
	Vedlegg 5: Sjekkliste artikkel 2 – Gameiro et al. (2013).....	42
	Vedlegg 6: Sjekkliste artikkel 3 – Verkerk et al. (2022).	49
	Vedlegg 7: Sjekkliste artikkel 4 – Fata & Tokat (2021).	57
	Vedlegg 8: Sjekkliste artikkel 5 – Klitzman (2018).	64
	Vedlegg 9: Sjekkliste artikkel 6 – Assaysh-Öberg et al. (2023).	72

1. Innledning

Millioner av mennesker i hele verden påvirkes av infertilitet og det er estimert at ca hver 6. kvinne i fertil alder opplever infertilitet i løpet av livet (WHO, 2023). Det første barnet født med hjelp av IVF kom til verden i 1978 og i løpet av de siste 40 årene har assistert reproduksjons teknologier (ART) gjennomgått betydelig utvikling og forbedringer, noe som har ført til millioner av fødsler over hele verden. I dag utgjør ART 1–4,5% av alle fødsler i USA og Europa (Taylor et al., 2020, s. 2104).

Det ble i 2020 født 2890 barn ved hjelp av assistert befruktning i Norge og statistikken viser at det er om lag 5% som blir til ved hjelp av de forskjellige metodene hvert år (Bioteknologirådet, 2023). Den første og mest vanlige behandlingen på markedet er in vitro fertilisering (IVF), og etter hvert har flere andre teknikker blitt vanlige innen assistert befruktning (Taylor et al., 2020, s. 2104). Dette har for mange infertile par gitt betydelig forbedret prognose for å lykkes med graviditet, spesielt om infertiliteten er relatert til mannlige faktorer eller skade på egglederne (Taylor et al., 2020, s. 1847). Metodene som er godkjente i Norge er: Inseminasjon, IVF, IVF med mikroinjeksjon (intracytoplasmatiske spermieinjeksjon, ICSI), FER og donasjon av egg eller sædceller (Bioteknologirådet, 2023).

1.1 Begrunnelse av valgt tema

Bacheloroppgaven skal belyse tema personsentrert omsorg ved assistert befruktning og se på hvilken rolle og funksjon sykepleiere spiller i denne prosessen. Assistert befruktning er et vidt begrep som omfatter flere ulike behandlingsmetoder, som infertile par er avhengig av for å klare å bli gravid med egne biologiske barn. Hvilken behandlingsmetode som blir brukt er avhengig av årsaken til infertiliteten.

Assistert befruktning er et underbelyst tema gjennom sykepleiestudiet og krever økt kunnskap for å bedre imøtekomme den aktuelle pasientgruppen med både erfarings- og kunnskapsbasert omsorg. I forhold til sykepleiefaglig relevans på dette området kommer den pedagogiske funksjonen til sykepleieren tydelig frem med tanke på å dekke informasjonsbehov, veiledning og opplæring, samt den lindrende funksjonen i forhold til omsorg, empati og støtte til par som gjennomgår behandling. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee legger vekt på interaksjonen mellom pasient og sykepleier, og hennes teori vil bli anvendt for å besvare problemstillingen.

Det er et økende behov for assistert befruktning, og innsikt i tema kan bidra til å fremme åpenhet og oppmerksomhet rundt infertilitet. Videre kan det bidra til å belyse sykepleiers rolle og funksjon i behandling til par som gjennomgår den komplekse prosessen. Basert på faglig interesse og personlig engasjement innen kvinnehelse, ønsker forfatterne å utvide kunnskapsgrunnlaget og innsikten på dette området.

1.2 Avgrensning

Avgrensninger valgt for oppgaven er par bestående av mann og kvinne, som gjennomgår IVF/ICSI eller FER behandling ved hjelp av egne biologiske kjønnsceller. Målet er å gi personsentrert omsorg til par som gjennomgår assistert befruktning, fra det første møte i klinikken til oppnådd ønsket resultat eller avsluttet behandling. Forfatterne observerer at pasient - og personsentrert omsorg er to begreper som blir nyttet om hverandre. Derfor brukes begge begrepene synonymt, da det er flere likheter, men personsentrert omsorg dekker mer enn pasientsentrert omsorg. Det er ikke tatt hensyn til kjønnsforskjeller i infertilitetsårsaker, ettersom personsentrert omsorg vil være likt. Inseminasjon, donasjon av egg og sædceller, samt par av samme kjønn og enslige er ekskludert fra oppgaven, på grunn av oppgavens begrensninger.

1.3 Begrepsavklaring

Ulike begreper som er gjennomgående i oppgaven.

Infertilitet - Manglende evne til å få barn og brukes når et par har forsøkt å bli gravid uten å lykkes i minst 1 år (Ulvund, 2021, s. 822).

Assistert befruktning - Forskjellige behandlingsmetoder for å befrukte eggcellen utenfor kroppen eller ved inseminasjon (Romundstad, 2022).

Personsentrert omsorg - En tilnærming i helsetjenester der pasienten betraktes som et unikt individ med egne behov, verdier og preferanser. I denne tilnærmingen blir pasientens autonomi, verdighet og ønsker prioritert, og helsepersonell samarbeider aktivt med pasienten for å ta informerte beslutninger om deres omsorg og behandling (Kirkevold, 2021, s. 99). Innen

personsentrert tilnærming er målet med behandlingen og omsorgen et meningsfylt liv (Holm & Wiik, 2020, s. 99-100).

Pasientsentrert omsorg – En tilnærming der behandling og omsorg tar sikte på å gi pasienten et funksjonelt liv og mestre sin hverdagssituasjon (Holm & Wiik, 2020, s. 99-100).

ART – Assistert reproduksjons teknologi er en samlebetegnelse på alle teknikker som innebærer direkte manipulasjon av eggceller utenfor kroppen (Taylor et al., 2020, s. 2104).

IVF – In vitro fertilisering eller «vanlig» prøverørsbehandling er befruktning av eggceller utenfor kroppen i laboratoriet (Romundstad, 2022).

ICSI – Intracytoplasmatisk spermieinjeksjon er en metode der det blir valgt ut en sædcelle som injiseres direkte inn i et ubefruktet egg. Denne metoden kan brukes om mannen har dårlig/liten spermieproduksjon eller etter en har prøvd IVF som ikke har ført til befruktning (Romundstad, 2022).

FER - Fryseforsøk (FER) er når en tilbakefører et lagret embryo som har vært fryst ned etter behandling med IVF/ICSI, der flere egg ble befruktet og lagret til senere (Helsedirektoratet, 2023).

1.4 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier gi personsentrert omsorg til par som gjennomgår assistert befruktning?»

1.5 Oppgavens struktur

Videre i oppgaven vil det presenteres teori som belyser problemstillingen og deretter metode med søkestrategi og litteraturfunn. Funnene blir presentert i sammendrag av hver enkelt forskningsartikkel, i tillegg til en litteratormatrise over valgte artikler som ligger under vedlegg. Til slutt drøftes forskningsfunn opp imot relevant teori og egenerfaring, og avslutningsvis bindes oppgaven sammen med en oppsummerende konklusjon.

2. Teori

Teorikapittelet i oppgaven bygger på Joyce Travelbees sykepleierteori, samt relevant pensum fra hele sykepleieutdanningen, relevante nettsider, bøker og annen faglitteratur.

2.1 Sykepleieteoretisk forankring

Joyce Travelbee var en sykepleieteoretiker som la vekt på den mellommenneskelige prosessen i sitt rammeverk (Kristoffersen, 2021, s. 251). Målet og hensikten med hennes sykepleierteori er å etablere et menneske til menneske relasjon der sykepleieren og pasienten er likeverdige, basert på empati, sympati, forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2021, s.254-255). Ifølge Travelbee er kommunikasjon en essensiell egenskap for sykepleieren, og gjennom god kommunikasjon kan en identifisere samsvaret mellom pasientens behov og sykepleierens tiltak. En profesjonell sykepleier kjennetegnes ved å bruke seg selv i en terapeutisk sammenheng med pasienten. Sykepleier må være bevisst sin egen personlighet og anvende den på en hensiktsmessig måte for å fremme ønskede endringer og bidra til å redusere eller lindre pasientens plager (Kristoffersen, 2021, s. 256-257). I hennes teori finnes det ikke «pasienter», bare mennesker i interaksjon med hverandre (Travelbee, 1999, s. 62).

I boken "*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*" av Joyce Travelbee, fremheves nøkkelaspekter som håp, lidelse, kommunikasjon, og det legges stor vekt på menneske-menneske forholdet i en sykepleier-pasient-relasjon (Travelbee, 1999).

Håpet står sentralt i hennes tilnærming og sykepleierens rolle er å opprettholde pasientens håp, unngå håpløshet, og anerkjenne individuelle følelser og reaksjoner på lidelse for å gi personsentrert omsorg (Travelbee, 1999, s. 123). Ifølge Travelbee er håp en mental tilstand preget av ønsket om å oppnå et mål, samtidig med en forventning om at målet er oppnåelig. Håp fungerer som en motivasjonsfaktor og kan hjelpe enkeltpersoner med å håndtere utfordringer og motgang i livet, inkludert lidelse og nederlag (Travelbee, 1999, s.115). Håpet innebærer ofte forventningen om at andre vil hjelpe når ens egne ressurser ikke er tilstrekkelige, noe som fører til en avhengighetsposisjon der hjelpen fra andre aksepteres (Travelbee, 1999, s. 119).

Håpløshet defineres som problemer eller vanskeligheter i livet en ikke prøver å løse, fordi en tror ikke det er mulig å forandre (Travelbee, 1999, s. 122). Sykepleierens rolle i en profesjonssammenheng er å hjelpe den syke å opprettholde håpet og unngå håpløshet, samt bistå den som opplever håpløshet å gjenvinne håpet (Travelbee, 1999, s. 123).

Travelbee definerte lidelse som en intens følelse eller tilstand preget av ubehag, smerte eller tap. I hennes beskrivelse innebærer lidelse en bred variasjon i intensitet, varighet og dybde, og kan omfatte alt fra enkle, forbigående former til mer ekstreme tilstander av angst og ubehag, både fysisk, psykisk og åndelig (Travelbee, 1999, s. 99).

Ifølge Travelbee er kommunikasjon en prosess for overføring av tanker og følelser, en gjensidig handling der den profesjonelle sykepleieren både mottar og formidler informasjon. Travelbee understreker at kommunikasjon er avgjørende for å formidle omsorg, og kan utføres både verbalt og nonverbalt, for eksempel gjennom blikkontakt eller handlinger. Kommunikasjonens dynamiske natur påvirker den mellommenneskelige tilknytningen i sykepleiesituasjoner, og den kan både styrke og svekke relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (Travelbee, 1999, s.137). Kommunikasjon anses som et effektivt verktøy for å oppnå endring i sykepleiesituasjoner, og betraktes som en dynamisk og kontinuerlig prosess der meninger eller budskap utveksles mellom individer, både gjennom verbale og nonverbale uttrykk (Travelbee, 1999, s. 138).

Travelbee skiller mellom sykepleie-pasient interaksjon og menneske-til-menneske-forhold. Hun argumenterer for at et menneske til menneske forhold i sykepleiesituasjoner vil føre til at den sykes behov blir betingelsesløst og konsekvent ivaretatt på en bedre måte enn ved en sykepleier-pasient-interaksjon. En interaksjon kan være god eller dårlig, mens et menneske-til-menneske-forhold er ivaretagende, godt og konstruktivt (Travelbee, 1999, s. 173). Menneske-til-menneske-forhold etableres av både sykepleier og den syke i en gjensidig prosess, men den profesjonelle sykepleieren har ansvar for å opprettholde forholdet (Travelbee, 1999, s. 178).

For at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens behov for sykepleie, må sykepleieren kunne observere for å avdekke behovet, deretter få observasjonene bekreftet ved å drøfte dette med pasienten. Sykepleier avgjør om pasienten trenger å henvises videre eller om det foreligger et sykepleiebehov som krever et planlagt forløp av sykepleiehandlinger. Videre må sykepleier

velge hvordan behovene skal ivaretas, sette opp mål og avgjøre når målet skal være nådd, og avslutningsvis evaluere om behovene er ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 179-183).

2.2 Personsentrert omsorg

Personsentrert sykepleie, som beskrevet av Kirkevold (2021), innebærer å fokusere på hvert enkelt menneske som et unikt individ, respektere deres egenverd og anerkjenne deres ekspertise på eget liv. Sentrale prinsipper inkluderer kontinuerlig omsorg med færre pleiere involvert, samt etablering av omsorgsfulle og anerkjennende relasjoner mellom pasienter, helsepersonell og pårørende (Kirkevold, 2021, s. 99). Personsentrert sykepleie krever en åpen, objektiv og konkret kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, hvor pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett blir respektert og ivaretatt (Skaug, 2021, s. 48).

Gjennomføring av personsentrert omsorg forutsetter et godt lederskap, et stabilt teamarbeid og effektive kommunikasjonskanaler. Det kreves også investeringer i utdanning og kompetanseutvikling for å endre kulturen i tjenestene. Sykepleiere må besitte sentrale ferdigheter som observasjon, kommunikasjon, og evnen til å være selvkritiske og lære av erfaringer (Kirkevold, 2021, s. 100). Det vektlegges at sykepleien må bygge på pasientens verdier og at pasienten får delta aktivt i sitt eget behandlingsforløp. Sykepleieren skal støtte pasientens ferdigheter og kompetanse, og legge til rette for valgmuligheter og dialog basert på pasientens livsmål og verdier (Kirkevold, 2021, s. 100-101).

2.3 Kommunikasjon

Ifølge Eide & Eide er definisjonen på kommunikasjon i relasjon, utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere mennesker. God profesjonell kommunikasjon er basert på faglig kunnskap og kompetanse i tillegg til å være personorientert. Dette innebærer at en ser hele mennesket med egne verdier, individuelle ønsker og prioriteringer, samt ressurser og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2019, s. 16).

Personorientert kommunikasjon er en tilnærming i helsetjenesten som fokuserer på å etablere et tillitsfullt og respektfullt samarbeid mellom helsepersonell og pasienter, der pasientens

perspektiv og autonomi blir verdsatt og integrert i beslutningsprosesser og behandlingsplaner. Personorientert kommunikasjon omfatter fire grunnleggende elementer. Det første elementet er å anerkjenne pasientens perspektiv, noe som innebærer å respektere og forstå deres syn og følelser i behandlingsprosessen. Deretter følger forståelse av pasientens psykososiale kontekst, som tar hensyn til deres sosiale, kulturelle, og økonomiske bakgrunn. Det tredje elementet er å nå frem til en felles forståelse som er i tråd med pasientens verdier og mål. Avslutningsvis innebærer deling av makt å oppmuntre pasienten til å delta aktivt i beslutningsprosesser og å støtte deres autonomi og kontroll over egen situasjon så langt det er mulig (Eide & Eide, 2019, s. 17).

Sykepleieren er den profesjonelle parten og må ta ansvar for å etablere en relasjon og tilpasse seg hver enkelt pasient. Det er større sannsynlighet for at pasienten åpner seg når det er etablert en relasjon basert på tillit og likeverd, og dermed få viktig informasjon fra pasientens perspektiv (Heyn, 2022, s. 18-19). Kommunikasjonsferdigheter må tilegnes og øves på, siden alle pasienter er unike individ og hver situasjon forskjellig (Heyn, 2022, s. 26).

Pasienten har mest kunnskap om seg selv og er den viktigste kilden til informasjon. Det å få frem pasientens perspektiv er essensielt i de fleste pasientsituasjonene og kan bidra til å stille riktig diagnose og behandling. De to vanligste årsakene til henvendelser til Norsk pasientforening er at helsepersonell ikke gir tilstrekkelig med informasjon og at pasientene opplever å ikke bli hørt (Heyn, 2022, s. 16).

Empati spiller også en vesentlig rolle i kommunikasjonen og sykepleieren må gi pasienten hovedrollen. Empati er evne til å sette seg inn i den andres situasjon og følelser, samtidig som en viser forståelse ovenfor pasientens situasjon og reaksjon (Heyn, 2022, s. 22).

Eide & Eide (2019) mener at personsentrert kommunikasjon består av ulike ferdigheter som må brukes og kombineres for å fungere for den enkelte pasient og deres individuelle behov. Hensikten er at kommunikasjonen skal være hjelpende, støttende og problemløsende, og tilpasset hver enkelt pasient. Ferdighetene en må ha er evnen til å lytte aktivt, observere og tolke verbale og nonverbale tegn, å forstå hva som oppleves viktig for den enkelte, samt anerkjenne pasientens helseutfordring. Videre er ferdigheter som å motivere pasienten til selvbestemmelse og bruk av egne ressurser, formidle informasjon klart og tydelig, ha struktur i samtalen, samt introdusere alternative perspektiver og handlingsvalg betydningsfullt.

Til slutt må man være åpen for vanskelige følelser og spørsmål, samt medvirke til gode beslutninger og løsninger (Eide & Eide, 2019, s. 33).

2.4 Definisjon og årsak til infertilitet

Infertilitet blir definert som regelmessig ubeskyttet samleie i et år uten å bli gravid og omtrent 10-15 % av alle parforhold er rammet av infertilitet (Taylor et al., 2020, s. 1847). Det finnes flere mulige årsaker til infertilitet, hvorav rundt 20-30% av årsakene tilskrives mannen, cirka 50% til kvinnen, mens problemene hos begge partnerne i et parforhold utgjør om lag 20%. Videre kan infertilitet også være uforklarlig, hvor årsaken til at egget ikke fester seg, blir befruktet eller ikke klarer å holde seg i livmoren forblir ukjent (Sand et al., 2019, s. 614).

Årsaker til infertilitet knyttet til kvinnen er blant annet ovulasjonsforstyrrelser, at eggstokkene ikke frigjør egg regelmessig. PCOS er den vanligste årsaken til uregelmessig eggøsning og kommer av hormonell ubalanse. Andre hormonforstyrrelser som lite produksjon av hormonene LH og FSH kan påvirke fertiliteten da disse hormonene stimulerer til eggøsning. Skade eller blokkering på egglederne fører til at eggcellen og sædcellen ikke møtes og kan resultere i befruktning, og en årsak til dette kan være infeksjonssykdommer i egglederne eller ubehandlet klamydia. En annen tilstand som kan påvirke fertiliteten er endometriose som rammer ca. 5 av 100 kvinner. Årsaker til infertilitet knyttet til mannen er dårlig sædkvalitet som resulterer i lavt sædcelletall, sædceller med unormal form og bevegelse eller at de svømmer og beveger seg dårlig. Dette vil si at mannen ikke er helt infertil, men at det kan ta lengre tid og en trenger ofte hjelp til befruktning. Tidligere skade av testiklene, mannens gener, ubalanse i hormoner eller infeksjon i testiklene kan være årsaken til dårlig sædkvalitet. Infertilitet hos menn kan også skyldes ereksjons- og ejakulasjon problemer grunnet blokkering i røret mellom testiklene og penis, samt nerveskade (Helsenorge, 2023).

2.5 Sykepleiers funksjon

Sykepleierens sentrale ansvarsområde har fokus på å gi omsorg til mennesker som har behov for sykepleie og helsetjenester, samt sikre at pasienten mottar omsorgsfull pleie og lindring ved lidelse. Sykepleier støtter pasientens helhetlige behov og fremmer deres ressurser, mestring, håp og livsmot (NSF, 2023).

Helse, livskvalitet og mestring er sykepleiers sentrale mål og funksjoner som er direkte rettet mot pasient og pårørende omfatter helsefremming, forebygging, behandling og lindring, og rehabilitering og veiledning (Kristoffersen et al., 2017, s.16-17). En sykepleier må ha både teoretisk kunnskap, evner til observasjon og innlevelse, samt bruke sansene bevisst i møte med pasienten slik at grunnleggende behov blir ivaretatt. Utøvelsen av sykepleie krever også konkrete ferdigheter som blant annet injisering og administrering av forskjellige legemidler, og måten det blir utført på er avgjørende for pasientens opplevelse. Sykepleie skal utføres kunnskapsbasert som betyr å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og hensyn til pasientens ønsker og behov (Kristoffersen, 2017, s. 17).

I den innledende utredningen av assistert befruktning blir det satt opp samtale med både sykepleier og lege, der sykepleieren har en sentral rolle. Sykepleieren vil nøye gjennomgå avdelingens rutiner og presentere de forskjellige behandlingsforløpene ved assistert befruktning. Sykepleier vil gi grundig informasjon og opplæring i administrering av hormonsprøyter og medisiner, og opprette en individuell plan med valgt behandlingsmetode. Som oppfølging vil sykepleier ta kontakt med paret for å gi dem svaret på blodprøver og graviditetstest (Helsebergen, u.å.).

Undersøkelse og behandling av infertilitet fokuserer på paret som helhet, og det er hensiktsmessig at begge er til stede under konsultasjonene på klinikken slik at informasjon fra legen eller sykepleieren blir gitt til begge parter. Dette bidrar til at hver enkelt får mulighet til å stille spørsmål og komme med sine individuelle følelser eller bekymringer (Taylor et al., 2020, s. 1868).

2.6 Behandlingsprosessen

IVF er en prosess som består av flere, svært nøye koordinerte trinn, som starter med stimulering av eggcellene ved hjelp av hormoner. Etter hormonstimuleringen utføres en vaginal ultralyd for å se hvor mange eggceller som er store nok til å hentes ut. Deretter hentes eggcellen ut av eggstokkene ved hjelp av transvaginal ultralyd, eggene blandes med sædcellene for befruktning og embryoene overvåkes i laboratoriet. Til slutt overføres et embryo transcervikal, som betyr gjennom livmorhalsen og inn i livmoren, for implantasjon. Om en mislykkes med IVF er ICSI en annen metode som ofte brukes relatert til mannlige infertilitetsfaktorer. Da isoleres sædceller fra en sædprøve eller direkte hentet fra testikkel eller bitestikkel. Prosessen for kvinnen er den samme som ved IVF, forskjellen er at sædcellen føres direkte inn i eggcellen, som kan gi bedre resultat for de parene som har denne utfordringen (Taylor et al., 2020, s.2104). FER/fryseforsøk er tilbakeføring av et befruktet egg fra tidligere uttak, og er mye mindre belastende for kvinnen da hun slipper lang hormonstimulering og egg uthenting (helsedirektoratet, 2023).

En alvorlig komplikasjon som kan oppstå i forbindelse med assistert befruktning er ovarieelt overstimuleringssyndrom (OHSS). Dette kan føre til betydelig forstørrelse av eggstokkene og lekkasje av væske til bukhulen, med symptomer som ascites (opphopning av væske i bukhulen), pleuravæske (væskeansamling rundt lungene), økt risiko for blodpropp (trombose), eller respiratoriske problemer (Ulvund, 2021, s. 823).

2.7 Lovverk og etikk

Bioteknologiloven i Norge er en juridisk ramme som regulerer den humane bruken av bioteknologi. Loven har som mål å sikre at bioteknologi brukes til det beste for mennesker i et inkluderende samfunn. Den regulerer ulike områder innen bioteknologi, inkludert assistert befruktning. Lovverket gir retningslinjer for å balansere utviklingen innen bioteknologi med etiske og samfunnsmessige hensyn. Loven omhandler forskjellige paragrafer som går dypere inn på de ulike områdene som omhandler ART (Bioteknologiloven, 2003, § 2).

Rammeverket for all sykepleie er nedfelt i Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer og kjernen i all sykepleie baseres på respekt for individets liv, verdighet, samt retten til autonomi og evnen til å ta egne beslutninger. Sykepleieren har ansvaret for å gi

omsorgsfull pleie og lindre lidelse. Ved å ivareta den enkelte pasients helhetlige omsorgsbehov støtter sykepleieren pasientens ressurser, mestringsevne, håp og livsmot. Sykepleieren må holde seg oppdatert på ny forskning, utvikling og dokumentert praksis innen sitt fagområde, og bidra til å implementere ny kunnskap i praksis. Videre skal sykepleieren være bevisst sin profesjonelle rolle og erkjenner grensene for sin egen kompetanse. Ved behov søker sykepleieren veiledning og holder seg oppdatert om utviklingen innen eget fagfelt for å sikre en god praksis (NSF, 2023).

3. Metode

Dette kapittelet vil omfatte den valgte metoden, søkestrategi og inklusjons- og eksklusjonskriterier av forskningsartikler. Det er også utført en kritisk og etisk vurdering av litteratur og egen oppgave.

3.1 Valg av metode

Bacheloroppgaven er utformet som en litteraturstudie som systematiserer og baserer seg på kilder fra relevante forskningsartikler, databaser og pensumbøker (Thidemann, 2019, s.75). En litteraturstudie representerer en systematisk og omfattende gjennomgang av eksisterende forskning og kunnskap innenfor et spesifikt forskningsområde. Denne tilnærmingen krever grundighet og struktur for å identifisere, vurdere og sammenfatte relevante studier, teorier og funn som har relevans for det valgte emnet (Thidemann, 2019, s.79).

Kvalitativ metode har til hensikt å få dybdekunnskap innen blant annet erfaringer og opplevelser, samt nyanser innenfor menneskelige egenskaper og meningssammenhenger (Thidemann, 2019, s.76). Kvantitativ metode innebærer innsamling og analyse av data i form av målbare enheter, som tall eller statistikk (Dalland, 2022, s. 54). Metasyntese innebærer å sammenligne og analysere funnene fra flere kvalitative forskninger og se sammenhenger på tvers av studiene (Nortvedt et al., 2022, s. 204). En tverrsnittstudie observerer forekomst og fordeling av et fenomen på et gitt tidspunkt, uten å undersøke årsakssammenheng eller utvikling over tid (Nortvedt et al., 2022, s. 212).

En kvalitativ metodetilnærming er den mest hensiktsmessige metoden å bruke for å besvare valgt problemstilling og dermed er søk etter forskjellige kvalitative studiemodeller utført i databasen Cinahl.

3.2 Søkestrategi

Litteratursøk er en systematisk metode som bygger på oppgavens problemstilling og er en gjentagende prosess for å oppnå resultater. Rammeverket PICO ble benyttet for å konkretisere informasjonsbehovet, slik at problemstillingen ble presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82).

PICO skjema (Vedlegg 1) ble utarbeidet som en del av søkestrategien og gir en oversikt over søkeordene som er anvendt.

Databasen CINAHL er benyttet etter som den er svært relevant for sykepleieutdanningen og er en tilgjengelig fagressurs på Høgskulen på Vestlandet sine nettsider (HVL, u.å). CINAHL er en referansedatabase som hovedsakelig registrerer opplysninger om artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Thidemann, 2019, s. 86). Det er gjennomført systematiske søk i CINAHL 28/9-23, 7/2-24 og 12/2-24 med søkeordene som kommer frem i PICO skjema. Deretter ble det utarbeidet en søketabell (Vedlegg 2) med søkeord og kombinasjoner, antall treff og inkluderte artikler. Det ble søkt på et og et ord av gangen og deretter kombinert med AND for å oppnå presise og relevante treff, i tillegg er søkene gjennomført på engelsk for å oppnå et bredere resultat.

3.3 Inklusjon og eksklusjon av studier

Inklusjonskriteriene som er valgt er forskjellige kvalitative forskningsdesign, publisert i tidsrommet 2013-2024, etisk vurdert og kun fagfellevurderte artikler. Publikasjoner som er publisert før 2013, rene kvantitative studier og ikke etisk gjennomgåtte artikler er ekskludert.

3.4 Kritisk vurdering av egen oppgave

I oppgaven er det benyttet relevant pensum og faglitteratur, samt relevante og troverdige nettsider. Forskningsartikler er hentet fra anerkjent database og de er kritisk gjennomgått. Forfatterne har gjennomført kvalitetssikring, tolkning og analyse av resultatene, og drøftet funnene opp mot relevant pensum og faglitteratur for å besvare den aktuelle problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 79).

Resultatene og konklusjonene kunne vært annerledes dersom andre artikler ble valgt da dette kan avhenge av både landet studien er fra og hvordan studien er utformet. Studiedeltakernes antall varierte fra 9 til 503, og det er derfor mulig at synspunkter og påstander fra disse deltakerne ikke nødvendigvis representerer mangfoldet blant helsepersonell og den aktuelle pasientgruppen. Likevel gis det en global indikasjon på hvordan begrepet personsentrert omsorg påvirker forståelsen rundt infertilitet og assistert befruktning.

3.5 Kritisk og etisk vurdering av litteratur

Det er utført kritisk vurdering i samsvar med sjekklisterne for de aktuelle forskningsdesignene (vedlegg 4-9) fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2021). Alle inkluderte forskningsartikler har et kvalitativt forskningsdesign da dette er mest hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Samtlige følger IMRAD-struktur og er etisk- og fagfellevurdert. Fokuset har vært å inkludere nyere forskning, men to av studiene er fra 2013 da innholdet tolkes som like relevant per dags dato. Personvernet er ivaretatt og deltagerne i samtlige forskninger var anonymisert, med unntak av bruk av fornavn og alder i Cunningham & Cunningham. Referanser til aktuelle sidetall og datoer for nettbaserte kilder er oppgitt for å sikre nøyaktig kildebruk og forhindre plagiat.

4. Resultat

Resultatene presenteres med sammendrag av hver enkelt forskningsartikkel og en litteratormatrise med hensikt, metode, etisk vurdering og resultat (Vedlegg 3). Til slutt legges det frem en kort oppsummering av hovedfunnene og aktuelle likheter i forskningsartiklene.

4.1 Artikkel 1

Women's experiences of infertility – towards a relational model of care (Cunningham & Cunningham, 2013).

Forskningen belyser erfaringer fra kvinner som lever med infertilitet og sykepleiers rolle i forhold til støtte til pasientene som gjennomgår fertilitetsbehandlingen. Hensikten var å vurdere effekten av den nåværende modellen for personsentret omsorg gjennom nettbaserte intervju.

Kvinnene sitter igjen med en kompleks opplevelse av manglende kunnskaper hos helsepersonell som omfatter pasientens opplevelse av infertilitet, og mangel på grunnleggende kunnskap innen holdning, tilnærming og kommunikasjon. Studien fremhever betydningen av psykososiale ferdigheter som en sentral kompetanse for sykepleiere i fertilitetsomsorgen, og den understreker behovet for å kartlegge og inkludere pasientens erfaringer i fremtidige modeller for personsentrert omsorg. Det er nødvendig å tilpasse kommunikasjonen i større grad til hver pasients individuelle behov og bakgrunn, særlig med tanke på eventuelle misforståelser av den informasjonen som blir gitt av helsepersonell og pasientens oppfatning av den.

Resultatet fra studien viser til bedre forståelse av erfaringene med infertilitet og bidrar til økt kunnskap som kan veilede utviklingen av personsentrert infertilitetsomsorg. Forskingen indikerer noen positive endringer i praksis, inkludert økt fokus på pasientens opplevelse, implementering av en relasjonell tilnærming og sykepleier som bindeledd mellom pasienten og resten av behandlingsteamet. Imidlertid identifiseres mangler knyttet til interaksjonsmodellen og kommunikasjonsferdigheter i studien (Cunningham & Cunningham, 2013).

4.2 Artikkel 2

Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. Patient education and counseling. (Gameiro et al., 2013).

Gamerio et al. (2013) utforsker pasienters erfaringer med pasientsentrert omsorg innen infertilitetsbehandling, både direkte og indirekte, med fokus på hvordan pasientene opplever behandlingen. Studiens formål er å utforske ulike dimensjoner av pasientsentrert omsorg og sikre pasienters trivsel under behandlingen. Det er avgjørende at klinikkene gir tilstrekkelig informasjon om behandlingsalternativer og forløp som kan bidra til å gi pasientene nødvendig kunnskap og forståelse, samt redusere angst og usikkerhet. Klinikker bør legge til rette for at pasienter kan etablere et stabilt klinisk forhold til fertilitetsklinikken. Dette skaper en trygg og støttende atmosfære hvor pasientene føler seg ivaretatt og respektert, noe som igjen kan ha en positiv innvirkning på deres trivsel og behandlingsresultat.

Resultatene indikerer at pasientsentrert omsorg var direkte og positivt assosiert med bedre behandling, bortsett fra organisering av behandlingen. Når informasjonsbehov ble dekket og det var kontinuitet i behandlingen var dette indirekte knyttet til bedre individuell behandling, reduserte bekymringer og økt toleranse for behandlingen (Gamerio et al., 2013).

4.3 Artikkel 3

The Tell me tool: The development and feasibility of a tool for person-centred infertility care (Verkerk et al., 2022).

Studien beskriver utviklingen av et kartleggingsverktøy som kan brukes i infertilitetsomsorgen for å inkludere pasienters individuelle preferanser i henhold til personsentrert sykepleie. Kartleggingsverktøyet består av to deler, en standardisert del med avkryssningsspørsmål og en del med åpne spørsmål som kan hjelpe til å avdekke viktige individuelle ønsker og behov. Pasientautonomi er et viktig skritt i prosessen og essensielt for arbeidet mot personsentrert omsorg. Resultatene indikerer variasjon blant pasientenes svar, men understreker betydningen av å ta hensyn til hver enkelt pasient sine individuelle ønsker og behov. Det er nødvendig med videre forskning for å kunne bekrefte effekten av verktøyet, i forhold til personsentrert omsorg til både par og enkelt-individ (Verkerk et al., 2022).

4.4 Artikkelen 4

Communication between infertile women and nurses: facilitators, barriers and requirements for improving (Fata & Tokat, 2021).

I en nyere studie av Fata & Tokat (2021) belyses kommunikasjonen mellom sykepleier og infertile kvinner i behandling. Effektiv kommunikasjon mellom sykepleier og behandlende kvinner er avgjørende i et langt behandlingsforløp og ofte gjennom mange skuffelser. Dersom en har etablert god kommunikasjon, er det lettere å håndtere behandlingsprosessen.

Sykepleieren er den kontaktpersonen kvinnen og paret forholder seg til gjennom hele forløpet og er den som gir opplæring i administreringen av injeksjoner, både før og etter egguttak, og innsetting av embryo. Det er også sykepleieren som gir informasjon og støtte underveis, og dermed er kommunikasjon hovedessensen for et positivt behandlingsforløp for begge parter.

Forskningen viser til tre hovedtema og fire undertema for å bedre kommunikasjon mellom sykepleier og infertile kvinner i behandling. Faktorer som forbedrer kommunikasjon inkluderer en vennlig tone, klar og forståelig informasjon, og positivt kroppsspråk med øyekontakt. Barrierer for kommunikasjon er høyt toneleie, snakke fort, ikke si noe eller unngå øyekontakt som kan skape usikkerhet og ubehag hos kvinnene. De skiller også mellom barrierer relatert til sykepleier og barrierer relatert til kvinnene for å belyse begge perspektiv. Sykepleierne uttrykker lav utdanning som en årsak til at kvinnene ikke forstår behandlingsforløpet og informasjonen som blir gitt, mens kvinnene legger vekt på at sykepleierne har dårlig tid, negativt kroppsspråk og dårlig kommunikasjon som barrierer (Fata & Tokat, 2021).

Den siste faktoren som ble trukket frem var krav til forbedring av kommunikasjonen. Dette innebærer at kvinnene må få mulighet til å stille spørsmål og sikre at informasjonen blir forstått. Sykepleiere trenger å sette av nok tid og være til stede for pasienten, følge personvernet og holde seg faglig oppdatert i henhold til kommunikasjonsferdigheter (Fata & Tokat, 2021).

Denne studien kan bidra til å øke sykepleieres bevissthet rundt faktorer som kan forbedre eller hindre effektiv kommunikasjon. Både sykepleiere og behandlede kvinner var enige om at kommunikasjon spilte en betydelig rolle for behandlingsresultatet, og at oppdaterte kommunikasjonsferdigheter, kunnskap og nok tid til hver pasient er avgjørende for å kunne gi god personsentrert omsorg og opplevelse av et godt behandlingsforløp (Fata & Tokat, 2021).

4.5 Artikkel 5

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

Denne kvalitative studien utforsker kommunikasjonen og relasjonen mellom pasienter og helsepersonell i fertilitetsklinikken. Pasientene opplever store variasjoner i kvaliteten på interaksjonene, og manglende direkte kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter hindrer tilstrekkelig dekning av pasientens informasjonsbehov. Denne pasientgruppen aksepterer bare ett utfall av behandlingen, å oppfylle ønsket om å få et barn. Etter en mislykket behandling kan helsepersonell oppleve skyldfølelse og distansere seg fra pasienten, noe som ytterligere forsterker den allerede eksisterende stressopplevelsen hos pasientene. Studien indikerer at begrenset tid per pasient kan påvirke helsepersonellens kommunikasjon og behandling. Helsepersonell beskrev hvordan de først forstod betydningen av god kommunikasjon med pasienten etter å ha vært gjennom IVF-behandling selv (Klitzman, 2018).

Forskning har studert begrepet pasientsentrert omsorg, som handler om å behandle pasienter som enkeltpersoner med respekt for deres verdier, preferanser, behov og kunnskap. Studier har identifisert ti dimensjoner av pasientsentrert omsorg innen infertilitetsbehandling, inkludert systemrelaterte aspekter som informasjon, kompetanse, koordinering, tilgjengelighet, kontinuitet og fysisk komfort, samt menneskelige faktorer som personalets holdninger og relasjoner, kommunikasjon, personvern og støtte. Resultatene i forskningen avdekker vesentlige barrierer i samspillet mellom helsepersonell og pasienter, og fremhever betydningen av å forstå hva som kan hindre god kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter (Klitzman, 2018).

4.6 Artikkel 6

Women's experience of infertility & treatment - A silent grief and failed care and support (Assaysh-Öberg et al. 2023).

Forskningen av Assaysh-Öberg et al. (2023) belyser tre sentrale temaer knyttet til infertilitet: traumer, påvirkning på parforholdet, og svikt i helseomsorg og samfunn. Med estimerte 186

millioner mennesker globalt som opplever infertilitet, står dette helseproblemet i dag som en betydelig utfordring (Assaysh-Öberg et al., 2023).

Studien avdekker at infertilitetsopplevelsen omfatter traumer, med personlige erfaringer som strekker seg fra manglende evne til å fokusere og håndtere stress, sorg, håpløshet, skyld og skam. Infertilitetsbehandling kan både skape konflikter og styrke parforholdet, samtidig opplever parene utfordringer i forholdet til familie og venner da manglende forståelse for prosessen de gjennomgår kan skape anstrengte relasjoner. En bekymring er mangel på støtte fra helsevesenet og helsepersonell, noe som fører til en opplevelse av manglende helhetlig omsorg. Studien viser til nødvendigheten av at helsepersonell setter av nok tid, gir tilstrekkelig informasjon og støtte, inkludert emosjonell støtte, respektfull behandling og tilgang til nødvendige ressurser for å hjelpe par gjennom deres behandlingsforløp. Dette vil føre til bedre personsentrert omsorg, samt opprettholde livskvaliteten til paret som opplever infertilitet og gjennomgår behandling (Assaysh-Öberg et al., 2023).

Resultatet viser også at opplevelsen av infertilitet og assistert befruktning har globalt likhet, men sosiale og familiære normer kan variere betydelig fra land til land. Dette understreker behovet for en kultursensitiv tilnærming for å imøtekomme de unike behovene til infertile par på tvers av ulike samfunn (Assaysh-Öberg et al., 2023).

4.7 Oppsummering

Samlet sett peker studiene på behovet for å styrke sykepleiers kompetanse og ferdigheter innen fertilitetsomsorgen, samt forbedre kommunikasjonen og tilpasse omsorgen til hver enkelt pasients behov, for å sikre en mer positiv opplevelse av behandlingsprosessen og bedre behandlingsresultatene.

5. Drøfting

I dette kapittelet drøftes forskningsfunnene oppi mot teorien, Joyce Travelbees sykepleieteori og egne erfaringer for å besvare problemstillingen i oppgaven.

«Hvordan kan sykepleier gi personsentrert omsorg til par som gjennomgår assistert befruktning?»

5.1 Kommunikasjon

God kommunikasjon mellom sykepleier og infertile par er en forutsetning i et langt behandlingsforløp med opp- og nedturer. Etablert relasjon og kommunikasjon kan føre til at kvinnene håndterer behandlingsprosessen bedre (Fata & Tokat, 2021).

Kommunikasjonsferdigheter er essensielle egenskaper å ha som sykepleier for å etablere en relasjon med pasienten og forstå pasientens perspektiv (Heyn, 2022, s. 16).

Både studien til Klitzman (2018) og Fata & Tokat (2021) peker på at kommunikasjonsferdighetene må forbedres og at det er flere utfordringer i forhold til kommunikasjon med denne pasientgruppen. Videre kommer det frem i studien til Assaysh-Öberg et al. (2023) at det er essensielt å få informasjon om pasientens perspektiv og preferanser slik at en kan forstå kvinnens opplevelse av infertilitet. Dette er nødvendig for å gi personsentrert omsorg og behandling, og vil hjelpe helsepersonell til å oppnå bedre støtte til par som gjennomgår denne prosessen (Assaysh-Öberg et al., 2023).

Det kommer frem i studien til Cunningham & Cunningham (2013) at psykososiale ferdigheter blir sett på som en kjernekompetanse for fertilitetssykepleiere, og personorientert kommunikasjon, som Eide og Eide (2019) belyser, består av flere grunnelementer og deriblant forståelse av pasientens psykososiale kontekst, som tar hensyn til deres sosiale, kulturelle, og økonomiske bakgrunn (Eide & Eide, 2019, s. 17).

Studien av Fata & Tokat (2021) viser til betydningen av kompleks og detaljert informasjon for å gi pasienten innsikt i sin egen situasjon og redusere engstelse knyttet til behandlingsforløpet. Stemmeleie, repetisjon, forklaring, positive setninger, øyekontakt, smil og et positivt kroppsspråk er faktorer som forbedrer kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient.

Barrierer for kommunikasjon inkluderer høyt stemmeleie, for rask kommunikasjon, manglende øyekontakt og distansert opptreden fra sykepleieren (Fata & Tokat, 2021).

Verkerk et al. (2022) viser til behovet for et kartleggingsverktøy med hensikt å hjelpe helsepersonell å forbedre kvaliteten på personsentrert omsorg i infertilitetsbehandling. De fremhever at et verktøy som fokuserer på både kvinnen og mannens verdier, ønsker og behov, vil hjelpe sykepleiere og annet helsepersonell å ivareta parene individuelt. Ved å få frem pasientens preferanser tidlig i behandlingsforløpet kan det bidra til å begrense misforståelser og konflikter, samt skape bedre tillit og samarbeid mellom pasient og helsepersonell (Verkerk et.al, 2022). Pasientperspektivet er svært relevant for å kunne gi personsentrert omsorg, riktig diagnose og behandling. Det er essensielt at sykepleier bruker åpne spørsmål og aktiv lytting for å få tak i viktig informasjon, samt avklare forventninger med pasienten tidlig i forløpet for å unngå misforståelser, og forhindre at tilliten blir brutt (Heyn, 2022, s. 17-19).

Dette vil også øke pasienttilfredsheten og kvinner som føler at de blir hørt og forstått er mer fornøyd med behandlingen. Verktøyet i studien kan bidra til å gi en strukturert tilnærming av pasientens preferanser, som kan føre til bedre kommunikasjonen, meningsfulle samtaler og gi helsepersonell større forståelse av pasientens behov (Verkerk et.al, 2022).

Speiling og parafrasering er også teknikker en kan bruke for å vise interesse og forsikre seg om at en har oppfattet riktig. En kan gjenta det pasienten sier for å vise forståelse, og speile pasientens følelser for å gi mulighet til å snakke om følelser. Dette vil utfordre pasienten til å utdype og åpne seg, slik at en får mer informasjon om situasjonen. Kombinasjon av verbal og nonverbal oppmuntring vil også bidra til at pasienten får mer tillit og vise at det er tid for pasienten til å utdype (Heyn, 2022, s. 21). Travelbees teori understreker betydningen av god kommunikasjon der sykepleieren kan oppnå en dypere forståelse av pasientens ønsker og behov, og tilpasse omsorgen deretter (Kristoffersen, 2021, s. 256-257).

Forfatterne erfarer i praksis at det trengs et kartleggingsverktøy i møte med forskjellige pasientgrupper for at en som sykepleier skal kunne utføre personsentrert sykepleie tilpasset hvert enkelt individ. For å opprettholde en sensitiv og god kommunikasjon i fertilitetsomsorgen er det avgjørende at helsepersonell er oppmerksomme på både forbedrende og barriereskapende faktorer som påvirker pasientenes opplevelse. Dette kan bidra til å sikre en mer støttende og empatisk tilnærming til denne følsomme pasientgruppen.

5.2 Relasjon

Sykepleieren har en sentral funksjon i behandlingsprosessen og den kontinuerlige kontakten med pasienten, i forhold til informasjon, opplæring i administrering av injeksjoner og forberedelser før- under- og etter behandling (Fata & Tokat, 2021). Travelbee refererer til sykepleierens rolle under kirurgiske inngrep, som kan sammenlignes med IVF-behandling, der fokuset er å gi god og kompetent omsorg, samt ivareta pasientens behov for informasjon og sikkerhet før, under og etter inngrepet (Travelbee, 1999, s. 262-263). Sykepleierens rolle i assistert befruktning omfatter ikke bare administrasjon av medisiner og lindrende behandling, men også den pedagogiske funksjonen som involverer formidling av kompleks informasjon, opplæring og empatisk veiledning gjennom hele behandlingsforløpet.

Den helhetlige tilnærmingen reflekterer sykepleierens dedikasjon til å utføre sitt arbeid i tråd med de etiske prinsippene og verdiene som kjennetegner sykepleieryrket (NSF, 2023). Bioteknologiloven regulerer assistert befruktning (Bioteknologiloven, 2003, § 2), og sykepleier må kjenne til lover og retningslinjer for å kunne holde seg faglig oppdatert. Sykepleier må være bevisst sin profesjonelle rolle, erkjenne grensene for sin egen kompetanse og å søke veiledning ved behov for å sikre god praksis (NSF, 2023).

Joyce Travelbee la vekt på betydningen av den mellommenneskelige prosessen mellom sykepleier og pasient, og ifølge Travelbee må sykepleier være i stand til å bruke seg selv empatisk og respektfullt i møte med pasienten for å skape en terapeutisk forbindelse (Kristoffersen, 2021, s. 257). Hun understreket betydningen av empati, sympati og kommunikasjon i denne relasjonen (Kristoffersen, 2021, s. 255-256), og sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten med å håndtere lidelse og opprettholde håp (Kristoffersen, 2021, s.252), samt bistå mennesker som opplever håpløshet å gjenvinne håpet (Travelbee, 1999, s. 123).

Som en kontrast til dette kommer det frem i forskningen til Klitzman (2018) at det er betydelig variasjon mellom pasientenes opplevelser knyttet til relasjonen med helsepersonell. Selv om mange pasienter oppfattet kommunikasjonen som tilfredsstillende, var andre skuffet over flere aspekter ved omsorgen og opplevde manglende empati fra klinikken som helhet. Det kunne også forekomme variasjon mellom de forskjellige behandlerne i klinikken. Dette understreker kompleksiteten i disse relasjonene (Klitzman, 2018).

Joyce Travelbee fremhevet betydningen av en sterk og empatisk menneske-til-menneske relasjon i sykepleiepraksis. Teorien hennes har stor relevans innenfor personsentrert omsorg med tanke på å bevare paret som gjennomgår assistert befruktning, både sammen og som enkelt individer. En kvinne eller et par som står i en situasjon med infertilitet, kan oppleve en dyp og personlig krise og dermed oppfattes det at sykepleieren er viktig for denne pasientgruppen.

Basert på praktisk erfaring, er det nødvendig for sykepleiere å inneha både erfaringsbasert kunnskap og faglig kompetanse for å imøtekomme pasientenes behov for helhetlig pleie. En omfattende forståelse av fagområdet er avgjørende for å kunne gi pasienten informasjon om alt fra årsaker til infertilitet, behandlingsforløp, administrasjon av medikamenter til potensielle komplikasjoner. Det er essensielt å utøve profesjonell kommunikasjon og ha inngående kjennskap til lovverk og etiske retningslinjer. Dette gjelder for alle pasientgrupper innen helsetjenesten. Med tanke på den aktuelle problemstillingen er det en påtrengende nødvendighet å øke undervisningen om dette temaet i sykepleierutdanningen for å styrke sykepleiere til å møte denne spesifikke pasientgruppen.

Forfatterne erfarer at sykepleiere spiller en avgjørende rolle når det gjelder direkte og kontinuerlige interaksjon med pasientene. Dette står i kontrast til legene som vanligvis kun er til stede under legevissiten for undersøkelser og informasjonsformidling, mens sykepleierne er tilgjengelige hele døgnet. Etter legens informasjonsdeling opplever pasientene ofte å ha ubesvarte spørsmål, og det blir da sykepleiernes ansvar å forklare denne informasjonen på en konkret og forståelig måte. Denne observasjonen understreker sykepleiernes kontinuerlige tilstedeværelse og deres viktige rolle med å gi personsentrert og tilpasset omsorg.

5.3 Personsentrert fertilitetsomsorg

Det eksisterer mange likheter mellom person- og pasientsentrert omsorg, der begge inkluderer aspekter som empati, avgjørelser som par, kommunikasjon og relasjoner. Men hovedforskjellen er at pasientsentrert omsorg sikter mot et funksjonelt liv, mens personsentrert omsorg er bredere og sikter mot et meningsfylt liv. En personsentrert tilnærming tar hensyn til individuelle verdier, livsmål og følelsesmessige behov, og kan derfor gi en mer helhetlig omsorgsopplevelse for pasientene i denne sårbare situasjonen (Verkerk et al., 2013).

Cunningham & Cunningham (2013) understreker betydningen av at pasientsentrert sykepleie må være realistisk og relevant på individ-, helsepersonell- og systemnivå. De peker på at denne tilnærmingen ofte undervurderes når det gjelder å forstå og møte pasientens behov. Pasientene fremhever selv betydningen av å etablere en meningsfull relasjon med helsepersonell, og studien legger vekt på å anerkjenne pasienten som en helhet med både emosjonelle og fysiske behov. Cunningham & Cunningham fremhever også helsepersonellens rolle i å støtte pasientens «empowerment» ved å ta informerte valg i behandlingsprosessen. Samlet sett poengterer de nødvendigheten av å implementere pasientsentrert sykepleie på alle nivåer av helsetjenesten (Cunningham & Cunningham, 2013).

Forskning viser til flere viktige dimensjoner innen pasientsentrert omsorg og studien til Gamerio et al., (2013) trekker frem aspekter som respekt for pasientens verdi, pasientperspektivet, tilstrekkelig informasjon, utdanning og kommunikasjon, samt psykisk og emosjonell støtte for å redusere og lindre angst og depresjon hos aktuell pasientgruppe (Gamerio et al., 2013).

Resultatene i denne studien viser at pasientsentrert omsorg er assosiert med økt livskvalitet under behandlingsforløpet. Pasientsentrert omsorg i infertilitetsomsorgen har både direkte innvirkning på økt livskvalitet og indirekte virkning på pasienten ved å redusere bekymringer og økt toleranse relatert til behandling. Det er avgjørende for pasienten å få dekket informasjonsbehovet for å håndtere bekymringer, mens kontinuitet i omsorgen kan redusere belastningen for pasienten. Implementering av gode rutiner og fokus på pasientsentrert infertilitetsomsorg kan føre til høyere behandlingsetterlevelse som igjen kan gi høyere suksessrate (Gamerio et al., 2013).

Oversiktstudien til Assaysh-Öberg et al. (2023) viser til globale likheter i kvinners opplevelse av infertilitet og erfaringer med behandling. Studien påpeker en svikt i helsesystemet og samfunnet generelt der kvinner som gjennomgår behandling for infertilitet føler seg som en kasteball. Informasjonsbehovet blir ikke tilfredsstillt, verken når det gjelder forståelse av behandling, behandlingsalternativ eller hvilke medikamenter de mottar, og mangel på tilstrekkelig kunnskap blant helsepersonell forsterker utfordringene (Assaysh-Öberg et al., 2023).

Dette understreker behovet for økt faglig kompetanse innenfor sykepleiefaget og nødvendigheten for å holde seg faglig oppdatert, både med hensyn til kvinnehelse og

reproduksjonsteknologi. Dette er avgjørende for å møte behovene til denne pasientgruppen, men også generelt i helsevesenet.

Videre rapporterer kvinnene om manglende informasjon om langtidseffekter av behandlingen, både for seg selv og eventuelle fremtidige barn. Opplevelsen av å være "en av mange" og mangel på medfølelse i behandlingsforløpet forsterker følelsen av at ens behov ikke blir ivare tatt (Assaysh-Öberg et al., 2023).

Det er fire grunnleggende mål innen fertilitetsbehandling som vil bidra til å gi personsentrert omsorg til par som gjennomgår prosessen. For det første er det avgjørende å identifisere årsaken til infertiliteten dersom dette er mulig, og ved hjelp av riktige undersøkelser og behandling vil et flertall av kvinnene kunne oppnå graviditet. For det andre er det essensielt å gi korrekt og sikker informasjon, samt oppklare misforståelser som kan oppstå ved informasjon fra internett, media eller venner. Dette er med på å sikre at paret har en realistisk forståelse av behandlingsoalternativene og forventninger til prosessen. Videre er det viktig å tilby emosjonell støtte gjennom behandlingsprosessen, da det for mange kan bli overveldende og følelsesladd å miste kontrollen av en viktig del av livet sitt. Til slutt er det nødvendig å veilede par som ikke lykkes med å oppnå graviditet til andre alternativer innen assistert befruktning, eventuelt informere om adopsjon eller hjelpe paret som mislykkes å få en avslutning (Taylor et al., 2020, s. 1868-1869). Håp er en sentral faktor for parene i denne prosessen og håpløshet kan også oppstå, men sykepleieren kan støtte paret gjennom denne utfordrende følelsen og hjelpe dem med å gjenvinne håpet. Dette konseptet gjenspeiles i Travelbees teori (Travelbee, 1999, s. 123).

Tidspress og ressursmangel blant helsepersonell globalt skaper dårlige tillitsforhold og utfordrer kommunikasjonen. Kombinasjonen av manglende empati, upersonlig omsorg og fraværende kommunikasjon kan ha en negativ innvirkning på behandlingen (Assaysh-Öberg et al. 2023). Studien til Klitzman (2018) fremhever at helsepersonell har begrenset tid per pasient som kan påvirke kommunikasjonen og kvaliteten på omsorgen (Klitzman, 2018). Fata og Tokat understreker også i sin studie at det er nødvendig å sette av nok tid til hver kvinne (Fata & Tokat, 2021).

Forfatterne har gjennom studiet fått erfaring fra ulike instanser både i kommune- og spesialisthelsetjeneste, og en gjennomgående observasjon har vært knyttet til utfordringer som

begrensede ressurser og tidspress. Dette gjenspeiles i forskningene til både Assaysh-Öberg et al. (2023) og Klitzman (2018).

Funnene bekrefter behovet for at helhetlig fertilitetsomsorg, støtte og forståelse, samt mer informasjon og empati fra helsepersonell, kan bidra til bedre opplevelse og livskvalitet for infertile par i behandling. Dette indikerer betydningen av at helsepersonell tildeles mer tid og økte ressurser. En slik tilrettelegging kan bidra til å imøtekomme de komplekse behovene til paret på en mer grundig og effektiv måte, og dermed forbedre kvaliteten på den personsentrerte omsorgen de mottar.

5.4 Konklusjon

Litteraturstudien avdekker flere barrierer og utfordringer i kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter. Ved å ta tak i disse faktorene kan en være mer bevisst i kommunikasjonen og tilby bedre personsentrert omsorg. Kommunikasjonsferdigheter, dybdekunnskap og en kunnskapsbasert tilnærming er avgjørende for å sikre at par mottar nødvendig informasjon og omsorg. Informasjonen må være konkret og forståelig, dekke alle aspekter av behandlingsforløpet, opplyse om potensielle komplikasjoner og utfordringer, samt sørge for realistiske forventinger. Sykepleier har også en sentral rolle i å opprettholde håp, unngå håpløshet, være en støttespiller og samtalepartner.

Implementering av et vurderingsverktøy kan være en verdifull ressurs både for sykepleiere og pasienter, da dette kan fremheve parets perspektiv og bidra til å styrke «empowerment». Sykepleieprofesjonen bør innføre mer undervisning og opplæring innenfor områdene kvinnehelse, infertilitet og assistert reproduksjons teknologi (ART) for å styrke kompetansen til nyutdannede sykepleiere i møte denne pasientgruppen.

Konklusjonen i denne litteraturstudien er at sykepleiere må ha gode kommunikasjonsferdigheter, psykososiale ferdigheter, empati, forståelse og faglig kompetanse for å kunne tilby personsentrert omsorg. Videre er det avgjørende med en personsentrert tilnærming i fertilitetsomsorgen for å fremme en mer positiv opplevelse av behandlingsprosessen, forbedret livskvalitet og reduserte bekymringer for par som gjennomgår assistert befruktning. For å realisere en helhetlig og personsentrert omsorg i praksis er det behov for mer tid, ressurser og forskning på dette området.

Referanseliste

- Assaysh-Öberg, S., Borneskog, C., & Ternström, E. (2023). Women's experience of infertility & treatment - A silent grief and failed care and support. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 37, 100879. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100879>
- Bioteknologiloven. 2003. *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.* (LOV-2012-05-100). Lovdata. Hentet 09. Februar 2024 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100>
- Bioteknologirådet. (Mars, 2023). *Assistert befruktning og IVF*. Hentet 28. September 2023 <https://www.bioteknologiradet.no/temaer/assistert-befruktning/>
- Cunningham, N., & Cunningham, T. (2013). Women's experiences of infertility – towards a relational model of care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3428–3437. <https://doi.org/10.1111/jocn.12338>
- Dalland, O. (2022). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal.
- Fata, S., & Aluş Tokat, M. (2022). Communication between infertile women and nurses: facilitators, barriers and requirements for improving. *Psychology, health & medicine*, 27(8), 1704–1714. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916959>
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Boivin, J. (2013). Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient education and counseling*, 93(3), 646–654. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.015>
- Heldirektoratet. (26. april. 2023). *Assistert befruktning*. Hentet 28. September 2023 <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/assistert-befruktning>
- Helsebergen. (u.å). *Assistert befruktning*. Hentet 16. Februar 2024 <https://www.helsebergen.no/behandlinger/assistert-befruktning/#tilvisingsrutinar-for-helsepersonell>

Helsebiblioteket. (2021). *4.1 Sjekklistor*. Hentet 25. Februar 2024

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helsenorge. (18. August. 2023). *Barnløshet – infertilitet*. Hentet 16. Februar 2024

<https://www.helsenorge.no/sykdom/ufrivillig-barnlosket/barnlosket-infertilitet/>

Heyn, L. G. (2022). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? | L. G. Heyn (red.).

Klinisk kommunikasjon i sykepleie. (s. 13-26). Gyldendal.

Holm, S. G., & Wiik, H. (2020). *Bo lenger hjemme: nye utfordringer for hjemmetjenesten* (1. utgave.). Fagbokforlaget.

Høgskulen på Vestlandet. (u.å). *Søk etter fagressursar*. Hentet 06. Mai 2024

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>

Kirkevold, M. (2021). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. | M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3 utg. s. 98- 114). Gyldendal.

Klitzman R. (2018). Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. *BMC women's health*, 18(1), 84. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s12905-018-0572-6>

Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. | N. J. Kristoffersen, E. A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie. Fag og profesjon*. (4 utg. s. 225-287). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. | N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie. Fag og profesjon*. (3. utg. s. 15-27). Gyldendal.

Nordtvedt, M. W., Graverholdt, B., Jamtvedt, G. & Gundersen, M. W. (2022). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 12. Februar 2024 <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Romundstad, L. B. (2022). *Assistert befruktning*. Hentet 27. September 2023

https://sml.snl.no/assistert_befruktning

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E & Bjålie, J. G. (2019). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi* (3 utg.). Gyldendal.

Skaug, E. (2021). Kartlegging, vurdering og dokumentasjon i sykepleie. | N. J. Kristoffersen, E. A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov og helse*. (4 utg. s. 43-89). Gyldendal.

Taylor, H. S., Fritz, M. A., Pal, L., & Sell, E. (2020). *Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility* (9th ed.). Wolters Kluwer.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Ulvund, I. (2021). Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. | U. Knutstad (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3*. (3.utg., s. 822-824). Cappelen Damm AS.

Verkerk, E. W., Rake, E. A., Braat, D. D. M., Nelen, W. L. D. M., Aarts, J. W. M., & Kremer, J. A. M. (2022). The Tell me tool: The development and feasibility of a tool for person-centred infertility care. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 25(3), 1081–1093. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/hex.13455>

World health organization. (2023). *Infertility*. Hentet 10. April 2024

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Vedlegg

Vedlegg 1: PICO skjema

P	I	C	O
Infertility couples	IVF	Private practice	Nursing
Infertility	Invitro fertilization	Public treatment	Person centered care
Couples	ICSI	Public care	Communication
Infertile couple	Invitro	Private treatment	Nurs-patients relation
IVF couple	Fertilization in vitro		Fertility nursing
Infertility care	Assisted reproduction		Grief

Vedlegg 2: Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	28.09.23	S1	Fertility nursing		30	
Cinahl	28.09.23	S2	Fertilization in vitro		7 699	
Cinahl	28.09.23	S3	Nurse-Patient relations		28 549	
Cinahl	28.09.23	S1 AND S2 AND S3		Peer reviewed 2013-2024	1	1 (A)
Cinahl	07.02.24	S4	Patient centered care		36 070	
Cinahl	07.02.24	S5	Infertility	Peer reviewed 2013-2024	14 066	
Cinahl	07.02.24	S4 AND S5			34	2 (B, C) Nummer 2 og 24
Cinahl	07.02.24	S6	Communication		96 062	
Cinahl	07.02.24	S7	Nurs*		962 869	
Cinahl	07.02.24	S8	Infertility		14 066	
Cinahl	07.02.24	S6 AND S7 AND S8		Peer Reviewed 2013-2024	15	2 (D, E) Nummer 2 og nummer 8
Cinahl	12.02.24	S9	Fertilization in vitro		4 744	
Cinahl	12.02.24	S10	Grief		3 403	
Cinahl	12.02.24	S9 AND S10		Peer Reviewed 2013-2024	2	1 (F)

A) Cunningham & Cunningham (2013). Women's experiences of infertility – towards a relational model of care.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12338>

B) Gameiro et al. (2013). Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient education and counseling* <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.015>

C) Verkerk et al. (2022). The Tell me tool: The development and feasibility of a tool for person-centred infertility care. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/hex.13455>

D) Fata & Tokat (2022). Communication between infertile women and nurses: facilitators, barriers and requirements for improving. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916959>

E) Klitzman (2018). Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s12905-018-0572-6>

F) Assaysh-Öberg et al. (2023). Women's experience of infertility & treatment - A silent grief and failed care and support. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100879>

Vedlegg 3: Litteratormatrise over valgte forskningsartikler

Referanse og tittel	Cunningham, N., & Cunningham, T. (2013). Women's experiences of infertility – towards a relational model of care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22(23-24), 3428–3437. https://doi.org/10.1111/jocn.12338
Hensikt	Belyse kvinners erfaring av å leve med og gjennomgå infertilitet og utforske sykepleiers rolle i støtte og omsorg til kvinner som gjennomgår prosessen, samt vurdere nåværende modeller for pasientsentrert fertilitetsomsorg.
Metode	Kvalitativ studie der data fra nettbaserte livshistorieintervjuer av 9 kvinner ble analysert. Studien baseres på tidligere forskning.
Etisk vurdering	Godkjent av Universitetets etikk-komite, og deltakerne fikk en fullstendig forklaring på studiens mål.
Resultat	Nåværende tilnærming viser til utfordringer i fertilitetsomsorgen og det kreves ytterligere utvikling. En må ha en forståelse av pasientens opplevelse for å sikre at pasienten mottar personsentrert omsorg. Forskingen viser positive endringer i praksis, men interaksjonsmodell og kommunikasjonskunnskaper mangler.

Referanse og tittel	Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Boivin, J. (2013). Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. <i>Patient education and counseling</i> , 93(3), 646–654. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.015
Hensikt	Utforske om ulike dimensjoner av pasientsentrert omsorg var direkte knyttet til pasientens trivsel eller indirekte gjennom reduksjon av bekymringer relatert til medisinske prosedyrer og/eller økt toleranse for behandling.
Metode	Tverrsnittstudie med 322 kvinner og 111 menn som gjennomgår fertilitetsbehandling
Etisk vurdering	Det ble innhentet etisk godkjenning fra forskningsetikk-komiteene ved Coimbra University Hospitals.
Resultat	Pasientsentrert omsorg viste positiv sammenheng med forbedret trivsel, med unntak av organisering av behandling. Dekket informasjonsbehov, kontinuitet i behandling, kompetanse, tilgjengelighet, og kommunikasjon er assosiert med bedre individuell og relasjonell trivsel.

Referanse og tittel	Verkerk, E. W., Rake, E. A., Braat, D. D. M., Nelen, W. L. D. M., Aarts, J. W. M., & Kremer, J. A. M. (2022). The Tell me tool: The development and feasibility of a tool for person-centred infertility care. <i>Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy</i> , 25(3), 1081–1093. https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/hex.13455
Hensikt	Utvikling av et klinisk verktøy med mål å forbedre kvaliteten på personsentrert fertilitetsomsorg ved å gi innsikt i pasientenes verdier og preferanser.
Metode	Kvalitativ metode ble brukt for å utvikle et hjelpemiddel som skal forbedre personsentrert fertilitets omsorg.
Etisk vurdering	Etisk komité ved Radboud University Medical Center konkluderte med at etisk godkjenning ikke var påkrevd i henhold til nederlandsk lovverk. Studien ble gjennomført i tråd med prinsippene i Helsingfors-erklæringen. Denne studien ble rapportert ved bruk av kriteriene fra Consolidated criteria for reporting qualitative studies.
Resultat	"Tell me"-verktøyet består av en rangeringsoppgave med 13 temaer og to åpne spørsmål. Verktøyet tydeliggjør hva som er viktig for den enkelte pasient og gir innsikt i pasientens ønsker og behov, noe som vil hjelpe sykepleiere å yte personsentrert sykepleie

Referanse og tittel	Fata, S., & Aluş Tokat, M. (2022). Communication between infertile women and nurses: facilitators, barriers and requirements for improving. <i>Psychology, health & medicine</i> , 27(8), 1704–1714. https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916959
Hensikt	Evaluere kommunikasjonen mellom sykepleier og kvinnen som mottar behandling på fertilitetsklinikken, sett fra begge perspektiv.
Metode	En kvalitativ studie med 5 sykepleiere og 7 pasienter på en fertilitetsklinikk.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innhentet fra Etisk komité ved Dokuz Eylul University Institute of Health Sciences og tillatelse ble gitt av sykehusadministrasjonen.
Resultat	Belyser tre hovedtema og fire undertema som påvirker kommunikasjon mellom sykepleier og infertile kvinner. Begge parter var enig i at kommunikasjon hadde stor innvirkning på behandlingsforløpet.

Referanse og tittel	Klitzman R. (2018). Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. <i>BMC women's health</i> , 18(1), 84. https://doi.org.galanga.hvl.no/10.1186/s12905-018-0572-6
Hensikt	Vurdere og se på ulike utfordringer innen kommunikasjonen og relasjonen mellom helsepersonell og pasienter på fertilitetsklinikken.
Metode	Kvalitative metode med semi-strukturerte intervju av 37 deltagere: 10 helsepersonell, 10 pasienter og 17 leger.
Etisk vurdering	Studien og alle involverte prosedyrer ble godkjent av Columbia University Department of Psychiatry Institutional Review Board.
Resultat	Synliggjør barrierer og utfordringer innen kommunikasjon og relasjon mellom fertilitetsklinikken og pasientene. Identifiserer 10 dimensjoner av pasientsentrert omsorg som omfatter både systemrelaterte aspekter og menneskelige faktorer.

Referanse og tittel	Assaysh-Öberg, S., Borneskog, C., & Ternström, E. (2023). Women's experience of infertility & treatment - A silent grief and failed care and support. <i>Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives</i> , 37, 100879. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100879
Hensikt	Få et bredere perspektiv av kvinners opplevelse og erfaring av infertilitet og behandling ved hjelp av assistert befruktning på et globalt nivå.
Metode	En kvalitativ metasyntese basert på 19 forskjellige kvalitative forskningsstudier fra 12 forskjellige land, som inkluderte 503 kvinner.
Etisk vurdering	Alle forskningsartiklene som ble inkludert i denne studien er etisk vurdert og godkjent. Studien er gjennomført med etiske hensyn i samsvar med de fire prinsippene fra Helsinkideklarasjonen.
Resultat	Det ble identifisert tre hovedtema: Det personlige reproduktive traume, innvirkning av og på relasjoner, samt bli sviktet av helsevesenet og samfunnet. Resultatene viser at opplevelsen har global likhet.

Vedlegg 4: Sjekkliste artikkel 1 – Cunningham & Cunningham (2013).

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Cunningham, N., & Cunningham, T. (2013). Women's experiences of infertility – towards a relational model of care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3428–3437.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12338>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar: studiens hensikt var å belyse kvinners erfaring av å leve med og gjennomgå infertilitet og utforske sykepleierens rolle i støtte og omsorg til kvinner som gjennomgår prosessen. Samt vurdere nåværende modeller for pasientsentrert fertilitetsomsorg.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: Kvalitativ metode er spesielt egnet for å utforske komplekse fenomener og i denne studien få innsikt i kvinnenens subjektive opplevelser og perspektiver.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: Studien bruker en narrativ og hermeneutisk tilnærming som er passende for å utforske kvinners historie og tolke deres erfaringer. Dette gir forskerne mulighet til å forstå kvinners livskontekst og hvordan de opplever infertiliteten på et dypere nivå.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar: Utvalget består av kvinner i alderen 28 til 44 år som lever med og gjennomgår infertilitet. Disse kvinnene har variert bakgrunn og erfaring innen fertilitetsbehandling. Rekrutteringen av deltakerne ble utført ved å kontakte kvinner via fire britiske infertilitetsstøtteforummer. Deltakerne kommer fra ulike geografiske områder i Storbritannia og er tilknyttet ulike fertilitetsklinikker.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar: Data ble innsamlet ved å bruke asynkrone nettbaserte livshistorie intervju og denne tilnærmingen tillot deltagerne å dele sine erfaringer i sitt eget tempo og på egne premisser. Dette skapte rom for å utforske deres perspektiver grundig.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar: Studiens grunnlag er en tidligere utført kvalitativ doktorgradsstudie, noe som potensielt kan ha innvirkning på tolkningen av dataene. Resultatene kan også være påvirket av utvalgsmetoden, som var målrettet og inkluderte et begrenset antall deltakere, som ikke nødvendigvis representerer hele mangfoldet blant kvinner i samme situasjon. Videre kan valget av analysemetode ha hatt innvirkning på forskernes tolkning av dataene.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar: Studien er etisk vurdert og godkjent. Deltakerne ble grundig informert om studiens formål og signerte samtykkeerklæringer før deltakelse. Videre ble samtykket regelmessig fornyet gjennom studiens varighet. Deltakelse i studien var frivillig, og alle deltakere ble anonymisert for å ivareta personvernet.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar: Studien benyttet en lagdelt strategi som ble påvirket av stemme-sentret relasjonell analyse, og analyseprosessen ble beskrevet gjennom flere faser. Etter lesefasen ble

ulike hovedtema og undertema identifisert gjennom en systematisk gjennomgang av dataene. Denne tilnærmingen tillot forskerne å strukturere og organisere dataene på en måte som fremhevet de viktigste funnene og relasjonene mellom ulike aspekter av deltakernes opplevelser.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar: Funnene viser til tre hovedtema: Å ta kontakt med fertilitetsklinikk (starte behandling), relasjonelle forhold innad og rundt klinikken, samt liminalitet og infertilitet. Funnene er klart presentert og studien gir eksempler og sitater fra kvinnene for å belyse de forskjellige temaene. Gjennom disse uttalelsene blir forskernes funn illustrert og underbygget.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10.Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Resultatene fra denne studien kan være av stor nytte for helsepersonell, da den gir innsikt i kvinnenes opplevelser og perspektiver. Dette bidrar til en dypere forståelse av deres behov og bekymringer, noe som muliggjør mer effektiv og tilpasset omsorg og støtte. Studien gir dermed et verdifullt bidrag til kunnskapsgrunnlaget innenfor det aktuelle området og kan veilede helsepersonell i deres tilnærming til pasienter som opplever infertilitet.

Vedlegg 5: Sjekkliste artikkel 2 – Gameiro et al. (2013).

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Boivin, J. (2013). Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient education and counseling*, 93(3), 646–654. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.015>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar: Studiet har til hensikt å undersøke om ulike dimensjoner av pasientsentrert omsorg direkte påvirker pasientens trivsel eller om de har en indirekte effekt gjennom reduksjon av bekymringer knyttet til medisinske prosedyrer og/eller økt toleranse for behandling.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: Studiens mål var å tolke infertile kvinner og menns opplevelser når de har vært under fertilitetsbehandling og hvordan pasientsentrert omsorg påvirker behandlingsforløpet.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: De har valgt å bruke en kvalitativ forskningsmetode ved hjelp av spørreundersøkelse med 46 spørsmål, fordelt på åtte bolker. Forskningsdesign er ikke direkte begrunnet, men en kan anta at et tversnittdesign ble valgt for det tillater forskerne å samle inn data fra et bredt utvalg av deltagere innenfor en relativt kort tidsperiode.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Deltagere ble rekruttert online i Portugal via en portugisisk pasientorganisasjon. En facebookgruppe ble opprettet for å reklamere og forsøke å nå ut til et større antall mennesker. Pasienter ved et universitetssykehus ble også invitert til å delta. Studien ble gjennomført mellom februar 2011 til februar 2012.

Studien bestod av 322 kvinner og 111 menn. Kvinner tidlig i 30 årene, menn i midten av 30 årene. Deltagerene har vært med sin partner i ca. 7 år og har prøvd å bli gravide i omtrent 4 år. Sosioøkonomisk status er gjennomgått av deltagerene og bostatus.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Studien brukte datainnsamling av skriftlige intervjuer digitalt eller i papirform som ble levert i en forseglet konvolutt. Datainnsamlingen er nøye gjennomgått og analysert av forskerne.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Det ble gjort rede for bakgrunnsforhold som kunne påvirket fortolkningen av data. Noen spørreskjema ble ekskludert i henhold til alder, forholdsvarighet og tidsbruken i henhold til å prøve å bli gravid. Programvarens funksjoner og begrensninger kan ha konsekvenser for analysens nøyaktighet og pålitelighet.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar: Studien er etisk vurdert

Etisk vurdering utført av etikkomite ved Coimbra University Hospitals.

Alle deltagere mottok et samtykkeskjema som forklarte forskningens formål, deltagerens rolle og forskerens forpliktelser. Pasientene ble forsikret om at aksept eller avslag på å delta i studien ikke ville påvirke deres nåværende eller fremtidige infertilitetsbehandling. Personalet ville ikke bli informert om deres beslutning om deres deltagelse – derav anonymitet.

Deltagere rekrutert online kunne kun fylle ut skjema online, men deltagere rekrutert i klinikk kunne velge å fylle ut skjema personlig eller online.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar: Det kommer tydelig fram hvordan forskerne har analysert resultatene. Det ble brukt SPSS v.20 og indirekte makroprogramvarer for å analysere dataene som er innhentet. Det nevnes at 24 ulike modeller ble testet for å undersøke assosiasjonene mellom pasientsentrert omsorg og trivsel. For å tolke resultatene ble variablene i modellen transformert til standard poeng.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar: Funnene blir presentert på en tydelig og forståelig måte, og viser direkte og indirekte sammenhenger mellom ulike aspekter av pasientsentrert omsorg og pasientens velvære. Resultatene antyder at en bedre opplevelse for pasienten kan føre til økt toleranse for behandling og bedre behandlingsresultater. Videre indikerer funnene at forbedret kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter kan bidra til økt kontinuitet i omsorgen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: Funnene er nyttig fordi klinikkene kan utføre konkrete tiltak for å forbedre pasientopplevelsen og kommunikasjonen.

Vedlegg 6: Sjekkliste artikkel 3 – Verkerk et al. (2022).

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisen

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisen?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Verkerk, E. W., Rake, E. A., Braat, D. D. M., Nelen, W. L. D. M., Aarts, J. W. M., & Kremer, J. A. M. (2022). The Tell me tool: The development and feasibility of a tool for person-centred infertility care. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 25(3), 1081–1093. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/hex.13455>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar: Studiens formål var å styrke kvaliteten på personsentrert fertilitetsomsorg gjennom utviklingen av et klinisk verktøy som kunne gi innsikt i pasientenes verdier og preferanser. Disse aspektene blir ofte oversett ved møte med denne spesifikke pasientgruppen.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: Forskingen er basert på kvalitativ metode, med elementer av kvantitative datainnsamlingsteknikker. Dette er hensiktsmessig for å få en dybdeforståelse av pasientperspektivet.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: Forfatterne har argumentert for nødvendigheten av å sikre relevans og nytteverdi i praksis ved utviklingen av verktøyet. Dermed ble en kvalitativ metode valgt for å få innsikt i pasientens perspektiver. Dette anses som en effektiv tilnærming for å sikre at verktøyet blir brukervennlig og møter pasienters behov på en adekvat måte.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar: Forskerne valgte en hensiktsmessig utvalgsstrategi ved å fokusere på infertile par som søkte spesifikk behandling. Dette valget ble begrunnet med den potensielle betydningen av personsentrert omsorg i møte med denne pasientgruppen. Behandlingen av infertilitet, spesielt innen assistert reproduksjonsteknologi (ART), anses som en av de mest omfattende og belastende. Denne behandlingen involverer både mannen og kvinnen, og derfor ble det ansett som nødvendig å ta hensyn til begge perspektiver. Studiedeltakerne bestod av par i ulike stadier av behandlingsprosessen. Totalt inkluderte studien 18 par, med ulike aldersgrupper representert blant både menn og kvinner.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar: Forskerne gjennomførte personlige, semistrukturerte intervjuer med par som gjennomgikk behandlingsmetodene PESA/TESE (kirurgisk utvinning av sæd) og ICSI (intracytoplasmisk sperminjeksjon). Gjennom disse intervjuene identifiserte forskerne temaer av betydning for parene, med særlig fokus på deres erfaringer med behandlingsprosessen og velvære gjennom infertilitetsbehandlingen. Intervjuguiden ble utviklet på bakgrunn av pasienters erfaringer og støttet av relevant litteratur. Den inkluderte åpne spørsmål som muliggjorde diskusjon av viktige aspekter for parene. Lydopptak av intervjuene ble gjort for senere transkribering, med formål om å legge til rette for en grundig analyse.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar: Forskerne beskrev utviklingen av verktøyet med utgangspunkt i tilbakemeldinger fra både pasienter og klinikker, og dermed ble ulike perspektiver og erfaringer fra begge grupper vurdert. Det ble også tatt hensyn til potensielle forskjeller mellom menn og kvinner ved å utvikle separate versjoner av verktøyet for hver gruppe. Tilbakemeldinger fra klinikkene ble integrert for å sikre at verktøyet var brukervennlig og praktisk for implementering i klinisk praksis.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar: Studien ble gjennomført i tråd med prinsippene i Helsingfors erklæringen. Forskningsetikk utvalget ved Radboud University Medical Centre vurderte at etisk godkjenning ikke var nødvendig i henhold til Nederlandsk lov. Studien ble rapportert ved hjelp av konsoliderte kriterier for rapportering av kvalitative studier.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar: Det beskrives hvordan forskerne gjennomførte semistrukturerte intervju og hvordan de kodet og analyserte dataene ved hjelp av induktiv tematisk analyse. De brukte feedback fra analysene til å gjennomgå og forbedre verktøyet. Det tas hensyn til forskjellene mellom menn og kvinner i deres tolkning og tilpassing.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar: Studien sammenligner resultatene med tidligere litteratur og identifiserer styrker og begrensninger ved verktøyet. Det konkluderes med at det er nødvendig med videre forskning for å bekrefte virkningen av verktøyet for personsentrert fertilitetsomsorg.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: Funnene fra studien er nyttige for helsepersonell for å tilby personsentrert omsorg og støtte til aktuell pasientgruppe. Verktøyet er nyttig for å bedre forstå pasienters

ønsker, behov og bekymringer. Ved bruk av verktøyet kan klinikkene skreddersy behandlingsplaner og rådgivning til hver enkelt pasient. Det blir avdekket behov for mer forskning for å bekrefte effekten av verktøyet.

Vedlegg 7: Sjekkliste artikkel 4 – Fata & Tokat (2021).

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Fata, S., & Aluş Tokat, M. (2022). Communication between infertile women and nurses: facilitators, barriers and requirements for improving. *Psychology, health & medicine*, 27(8), 1704–1714. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916959>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Målet med studien var å få innsikt i kommunikasjonen mellom sykepleier og kvinnen som mottar behandling i fertilitetsklinikken, sett ifra begges perspektiver.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har som mål å forstå og belyse faktorer som fremmer og hemmer kommunikasjon mellom sykepleier og kvinner som mottar behandling i fertilitetsklinikken. Det kommer uttalelser fra begge parter i studien, som gir et realistisk bilde av situasjonen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Ja, det er brukt et kvalitativ forskningsdesign for å svare på studiens problemstilling. Ved å få fram begge perspektiv kan en se på hva som fremmer og hemmer kommunikasjon, og hvor forbedringspotensialet ligger.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar: Inklusjonskriteriene for kvinnene i studien var at de måtte ha gjennomgått minst én IVF-behandling eller inseminasjon. Sykepleierne som deltok, måtte ha vært ansatt i minst seks måneder. Studien inkluderte fem sykepleiere og syv kvinner. Totalt ble ni kvinner invitert til å delta i studien, men to valgte å ikke delta. Det beskrives ikke i studien hvorfor kvinnene ikke ønsket å delta. Studien inkluderer også informasjon om deltagerens demografiske bakgrunn, blant annet alder, utdanningsnivå og erfaring med infertilitet.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar: Studien ble gjennomført fra desember 2017 til februar 2018 ved en fertilitetsklinikk i Izmir, Tyrkia. Datainnsamlingen ble utført gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer i rolig og komfortabelt miljø. Deltakerne ble delt inn i to grupper, med sykepleiere intervjuet separat fra pasientene. Sykepleierne ble intervjuet på tidspunkter som passet dem, og forskerne tilpasset seg deres tidsplaner. Pasientene ble intervjuet mens de var på klinikken for rutinemessige kontroller. Intervjuene varierte i varighet fra 10 til 17 minutter, og det ble gjort opptak. Intervjuguiden, som ble definert i studien, besto av tre hovedspørsmål.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres

- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar: Ja det er gjort rede for flere bakgrunnsforhold som kan påvirke studien.

Forskerne brukte temaanalyse som beskrev nøye hvordan dataene ble samlet inn og analysert. Forskerne rapporterte at deres egen tro og verdigrunnlag ikke påvirket kommentarene som ble mottatt fra dataene. Det ble benyttet ulike strategier for å sikre påliteligheten av dataene, dette inkluderer deltagerverifisering og kollega briefing.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar: Studiens etiske godkjenning ble vurdert og godkjent av The Ethical Committee of the Dokuz Eylul University Institute of Health Sciences. Alle deltakere ble gitt både muntlig og skriftlig informasjon om studiens formål, og de ga skriftlig samtykke. For å ivareta deltakernes personvern ble de tildelt identifikasjonsnumre.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar: Forskerne har brukt tematisk analyse etter Braun & Clarke metoden, som er en kvalitativ analysemetode. Intervjuopptakene er transkribert og analysert. Forskerne diskuterte også funnene i lys av tidligere forskning og relevante teoretiske perspektiver.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar: Ja, funnene blir klart presentert i studien. Det blir identifisert tre hovedtema og fire undertema, som ble grundig diskutert. De tydeliggjør de viktigste funnene ang. kommunikasjon under infertilitetsbehandling fra både pasient – og sykepleiers perspektiv.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10.Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: Forskerne har gjort rede for at det er behov for ytterligere forskning på området. Resultatene kan være nyttig i praksis for sykepleiere og annet helsepersonell innen fertilitetsbehandling. Resultatene kan gi økt forståelse og innblikk i hvordan pasienter og sykepleiere opplever kommunikasjon, samt hjelpe helsepersonell i å forstå pasientperspektivet. Ved å identifisere barrierer kan helsepersonell være oppmerksom på å unngå dem og dermed forbedre kommunikasjonen. Studien understreker behovet for opplæring og veiledning for at sykepleiere skal forbedre deres kommunikasjonsferdigheter.

Vedlegg 8: Sjekkliste artikkel 5 – Klitzman (2018).

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Klitzman R. (2018). Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. *BMC women's health*, 18(1), 84.

<https://doi.org/galanga.hvl.no/10.1186/s12905-018-0572-6>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Forskeren ønsket å finne ut av hindringer i kommunikasjonen og relasjonen mellom helsepersonell og pasienter ved fertilitetsklinikk.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: Kvalitativ metode ble brukt for det var hensiktsmessig for å innhente et bredt spekter av synspunkt, relasjoner og klinikker som var involvert, som igjen kan gi svar på problemstillingen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: Kvalitativ metode ble brukt og var hensiktsmessig for å få fram erfaringer til både helsepersonell og pasienter i denne forskningen.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar: Ja, pasienter og helsepersonell ble inkludert til å delta i studien.

Helsepersonell ble rekruttert gjennom nasjonale møter i Amerika og e-postliste. De som var interessert i å delta i studien fikk informasjon tilsendt. Pasienter ble rekruttert gjennom helsepersonell muntlig, pasientorganisasjoner og e-postlister. Intervjuopjektene var fra hele USA.

Det var totalt 37 deltagere.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Det ble utført telefonintervju som ble transkriberte og analysert. Ettersom intervjuene ble gjennomført via telefon, ikke personlig, ble det sendt et informasjonsskriv til alle deltakerne, som deretter ga muntlig samtykke til å delta.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Det blir beskrevet at transkripsjonene og analyse av data ble gjennomført under intervjuene, og dette bidrog til å forme påfølgende intervju. Det var kvalifiserte personer involvert i analysen, som viser at det ble lagt vekt på grundig analyse og tolkning. Dette var også et forsøk på å redusere feiltolkninger ved å involvere flere personer i prosessen.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar: Studien er etisk godkjent (Columbia University Department of Psychiatry Institutional Review Board godkjente studien og alle involverte prosedyrer)

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Analysen ble gjennomført med transkripsjon og initial analyse med påfølgende to-fase analyser. Fortolkningen av data virker forståelig og tydelig, da den tar hensyn til flere perspektiver og involverer en grundig gjennomgang av kjerne og underkategorier. Studien tar også hensyn til eventuelle uenigheter mellom analysatorene.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar: Ja, funnene belyser tydelig barrierer og utfordringer knyttet til kommunikasjonen og relasjonen mellom pasientene og fertilitetsklinikken. Studien identifiserer ti dimensjoner av pasientsentrert omsorg som omfatter både systemrelaterte aspekter og menneskelige faktorer. Videre fremhever studien hvordan individuelle egenskaper hos både pasienter og helsepersonell kan påvirke kommunikasjonen og samhandlingen dem imellom. Resultatene indikerer at helsepersonell og pasienter kan ha ulike perspektiver og reaksjoner på medisinske spørsmål, noe som kan føre til spenninger i kommunikasjonen mellom dem.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: Ja, funnene er nyttige i praksis for å forbedre omsorgen og støtten som tilbys til infertile pasienter, samt forbedre kommunikasjonen og samhandlingen mellom helsepersonell og pasienter. Studien peker på flere potensielle områder for forbedring, både i praksis, forskning, retningslinjer og utdanning.

Vedlegg 9: Sjekkliste artikkel 6 – Assaysh-Öberg et al. (2023).

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Assaysh-Öberg, S., Borneskog, C., & Ternström, E. (2023). Women's experience of infertility & treatment - A silent grief and failed care and support. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 37, 100879. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100879>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar: Studiens formål var å oppnå en bredere forståelse av kvinners opplevelser og erfaringer knyttet til infertilitet og behandling, spesielt ved bruk av assistert befruktning, på et globalt nivå

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: Målet med studien er å beskrive kvinnenenes erfaringer og opplevelser knyttet til infertilitet og behandling på et globalt nivå. Av den grunn er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: Studien har valgt å inkludere 19 studier fra 12 forskjellige land, dermed er en meta-etnografisk tilnærming hensiktsmessig kvalitativt design for å forstå felles tema og mønster på tvers av kulturer og kontekster.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Kvalitative studier som var fagfellevurdert og fokuserte på kvinners opplevelse av infertilitet og behandling ble inkludert i metasyntesen. Alle inkluderte studier ble gjennomgått for etisk vurdering, og var skrevet på engelsk. Tidsrammen for inkluderte studier strakte seg fra år 2000 til 2023. Fokuset for denne gjennomgangen var kvinnenes erfaringer med infertilitet og behandling, og derfor ble partnernes erfaringer ekskludert. Studier som ikke hadde gjennomgått fagfellevurdering, ikke var etisk vurdert eller ikke delte samme hensikt, ble ekskludert. Par av samme kjønn og single kvinner som gjennomgikk IVF-behandling ble også ekskludert.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar: Studien benyttet kvalitativ metasyntese med en meta-etnografisk tilnærming, som involverte analyse av sammenhenger mellom 19 ulike studier. Dataene samlet inn gjennom disse inkluderte studiene bidro til å belyse kompleksiteten og dybden av kvinnenes opplevelser. Denne tilnærmingen tillot forskerne å utforske og forstå mønstre, temaer og relasjoner på tvers av de forskjellige studiene, og å syntetisere funnene for å utvikle en dypere innsikt i kvinners opplevelse av infertilitet og behandling.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres

- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar: Flertallet av de utvalgte studiene er utført i land som har tilgang til IVF behandling og forskerne påpeker at det var ønskelig med en jevnere fordeling av studier fra høymiddel og lavinntektsland. Mangelen på balansen kan ha påvirket tolkningen, da økonomiske faktorer spiller inn. Studien påpeker at det ikke alltid ble opplyst om de kulturelle og etniske bakgrunnene, og mangelen på denne informasjonen kan påvirke forståelsen av data.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar: Ja, forskningen ble gjennomført med etisk hensyn etter de fire prinsippene fra Helsinki deklarasjonen. Studien ble gjennomført med utgangspunkt i retningslinjene fra Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research. Alle studiene som ble inkludert i metasyntesen var etisk vurdert og godkjent.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar: Studien ble utført ved hjelp av en kvalitativ metasyntese med en meta-etnografisk tilnærming. Den omfatter erfaringene til 503 kvinner fra 12 forskjellige land, som styrker forskernes funn. Denne tilnærmingen tillot en grundig analyse av dataene samlet inn fra de inkluderte studiene, og muliggjorde en syntese av felles temaer og mønstre på tvers av ulike kulturelle kontekster. Ved å integrere et bredt spekter av erfaringer og perspektiver, kunne forskerne utvikle en dypere forståelse av kvinnenes opplevelser relatert til infertilitet og behandling.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar: Funnene er klart presentert gjennom tema og underkategorier. Resultatene er grundig beskrevet og det ble gitt eksempler for å støtte opp under hvert tema og underkategori. Studien har tre hovedtema: personlig reproduktivt traume, innvirkning av og på relasjoner og å bli sviktet av helsevesenet. Alle hovedtema er støttet med underkategorier. Funnene understreker behovet for bedre støtte og omsorg for kvinner som gjennomgår infertilitet og behandling.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: Denne kunnskapen kan være nyttig for helsepersonell, med utforming av mer effektiv og omsorgsfulle behandlingsmetoder. Studien avdekker behovet for ytterligere forskning på flere områder, inkludert utviklingen av et kartleggingsverktøy for å bedre forstå de helhetlige omsorgsbehovene til kvinner, undersøkelse av effektiviteten til ulike støttetjenester, samt en dypere utforskning av de sosiale og kulturelle faktorene som påvirker opplevelsen av infertilitet.