



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kvinnens opplevelser etter mislykket assistert
befruktning**

**Womens experiences after unsuccessful assisted
reproductive treatment**

Oda Villemo Holsether og Louise Beck Erlandsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 77

Molde, 04.06.2013



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Jeanette Varpen Unhjem og Kari Johanne Westad Hauge

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 04.04.2013

«La meg få barn, ellers dør jeg»

1.Mosebok 30.1

Antall ord: 12924

Sammendrag

Bakgrunn: I industriland som Norge regner man med at 10 % av befolkningen rammes av ufrivillig barnløshet (Åbyholm og Molne 2010). Alder er en viktig faktor, og statistikk viser at gjennomsnittsalderen på førstegangsfødende har økt med over fem år siden 1970 (Statistisk Sentralbyrå 2012). I 2011 var 3,3 % av alle barnefødsler resultat av assistert befruktning (Folkehelseinstituttet 2013). Til tross for dette mislykkes over 50 % av kvinnene i å oppnå graviditet etter tre forsøk (Åbyholm og Molne 2010).

Hensikt: Hensikten med dette studiet var å beskrive kvinners tanker og opplevelser etter å ha gjennomgått mislykket assistert befruktning (ART-behandling).

Metode: Et systematisk litteraturstudie, basert på ti kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Mislykket ART-behandling førte til vonde følelser som sorg, tomhet, sinne og sjalusi. Kvinnene opplevde også utfordringer i sosiale sammenhenger. Mislykket ART-behandling førte til en trussel mot identiteten, hadde innvirkning på parforholdet og kvinnene hadde ulike tanker rundt aksept og mening i livet.

Konklusjon: Det er behov for mer kunnskap på området, da sykepleier nå og i fremtiden vil møte barnløse kvinner i større og større grad. Det er viktig at sykepleier viser forståelse og anerkjenner kvinnenens følelser og mestringsstrategier, samt kartlegger behovet for ekstra støtte og informasjon.

Nøkkelord: Kvinner, infertilitet, assistert befruktning, opplevelser, livskvalitet

Abstract

Background: In industrialized countries, such as Norway, it is estimated that 10% of the population are affected by infertility (Åbyholm og Molne 2010). Age is an important factor, and statistics show that the average age of first-time mothers have increased with more than five years since 1970 (Statistisk Sentralbyrå 2012). In 2011, 3.3% of all childbirths were results from assisted reproductive treatment (Folkehelseinstituttet 2013). Despite this result, over 50 % failed in achieving pregnancy after three attempts (Åbyholm og Molne 2010).

Aim: The aim of this study was to describe women's thoughts and experiences after unsuccessful assisted reproduction.

Method: This paper is a systematic literature review, based on ten qualitative research articles.

Results: Unsuccessful ART-treatment caused hurtful emotions like grief, emptiness, anger and jealousy. The women also experienced challenges in social contexts. Failed ART-treatment led to a threat to their identity, affected the relationships and the women had different thoughts about acceptance and meaning of life.

Conclusion: There is a need for increased knowledge on this topic, since nurses today and in the future will meet childless women more often. It is important that nurses understand and acknowledge women's feelings and coping strategies, and identify the need for additional support and information.

Keywords: Women, infertility, assisted reproductive technology, experiences, quality of life

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Problemstilling	2
2.0	Teoribakgrunn	3
2.1	Infertilitet.....	3
2.2	Årsaker	3
2.3	Assistert befruktning	5
2.4	Eriksons teori om menneskets psykososiale utvikling	6
2.5	Livskvalitet	7
2.5.1	Livskvalitet og barn.....	7
2.6	Opplevelsen av infertilitet	8
3.0	Metode	9
3.1	Datainnsamling	9
3.2	Inklusjon og eksklusjon av artikler	9
3.3	Utarbeidelse av PIO-skjema	11
3.4	Databasesøk.....	12
3.5	Kvalitetsvurdering	13
3.6	Etiske overveielser	14
3.7	Analyse.....	16
4.0	Resultat	18
4.1	Vonde følelser	18
4.2	Sosiale utfordringer	19
4.3	En trussel mot identiteten	20
4.4	Innvirkning på parforholdet.....	22
4.5	Å akseptere og finne mening.....	23
5.0	Diskusjon	25
5.1	Metodediskusjon	25
5.1.1	Inklusjonskriterier	25
5.1.2	Datainnsamling	27
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske overveielser.....	27
5.1.4	Analyse.....	28
5.2	Resultatdiskusjon.....	29
5.2.1	Ned i kjelleren	29
5.2.2	Fellesskapet jeg aldri blir en del av.....	32
5.2.3	Det er det som gjør deg til en kvinne	33
5.2.4	I gode og onde dager	35
5.2.5	Hvis gud har bestemt at jeg ikke skal bli mor, hvorfor har jeg da blitt plassert på denne jorden?	37
6.0	Konklusjon	40
6.1	Forslag til videre forskning	41
	Litteraturliste	42

VEDLEGG 1: PIO-skjema

VEDLEGG 2: Søkeshistorikk

VEDLEGG 3: Kvalitetsvurdering av kvalitative artikler

VEDLEGG 4: Sjekkliste for intern validitet

VEDLEGG 5: Analyse med fargekoding

VEDLEGG 6: Analyse/ funn fra artikler

VEDLEGG 7: Artikkeltabell

1.0 Innledning

Behovet for å unnfange og bære frem avkom finnes hos alle arter, inkludert oss mennesker. Moderskapet er en universell sosiokulturell og biologisk hendelse, men ikke alle kvinner kan få barn (Bendiksen 2010).

I industriland som Norge regner man med at 10 % av befolkningen rammes av ufrivillig barnløshet, som regel en organisk forandring som nødvendigvis ikke gir fysiske plager. Derimot kan det psykiske aspektet rundt infertilitet være utslagsgivende for livsførselen til den det gjelder. Alder er en viktig faktor for reproduksjon, og ved fylte 40 år er 30 % av alle kvinner infertile (Åbyholm og Molne 2010). Samtidig viser det seg at sosioøkonomisk status har større og større betydning, og er en viktig årsak til hvorfor kvinner utsetter familieplanlegging (Tanbo 2008). Fra 1970-2011 har gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende økt med over fem år. Stadig flere kvinner venter med å få barn, og en dramatisk økning har man spesielt sett på førstegangsfødende i aldergruppen 30-39 år (Statistisk Sentralbyrå 2012).

I 2011 var 3,3% av alle barnefødsler i Norge resultat av assistert befruktning (ART). Dette tilsvarer en økning på 50% siden 2002 (Folkehelseinstituttet 2013). Men til tross for at mange kvinner føder sine barn etter ART, lykkes ikke alle. Ved in vitro fertilisering er det 20-30% sannsynlighet for å lykkes per syklus, og etter tre-fire forsøk har 50-60% av kvinnene ennå ikke oppnådd graviditet (Åbyholm og Molne 2010).

Denne studien tar opp et aktuelt og viktig tema, både fordi det sees en økning i antall infertile i den vestlige verden (Sandvik 2008), og fordi stadig flere benytter seg av assistert befruktning (Folkehelseinstituttet 2013). Sykepleier vil møte kvinner som har gjennomgått mislykket ART-behandling på fertilitetsklinikker hvor behandlinger skjer (Jerpset 2010), men også i spesialisthelsetjenesten med andre somatiske eller psykiske lidelser. At sykepleier har kjennskap til reaksjonsmønstre og uttrykksformer hos kvinnene er viktig, både for å kunne tilpasse sykepleietiltak og støtte pasienten (Jerpset 2010).

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet var å beskrive kvinners tanker og opplevelser etter å ha gjennomgått assistert befruktning.

1.2 Problemstilling

Hvordan påvirker mislykket assistert befruktning kvinners livskvalitet?

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapittelet blir det gjort rede for infertilitet, årsaker og behandling. E. H. Eriksons teori om den psykososiale utviklingen blir beskrevet, samt livskvalitet, livskvalitet og barn og opplevelsen av infertilitet.

2.1 Infertilitet

De fleste kvinner i fruktbar alder vil ved normalt samliv, uten prevensjon, lykkes i å bli gravide i løpet av ett år (Bendiksen 2010). Man regner med at halvparten vil oppnå graviditet etter en måneds forsøk, 75% etter ett år og 90% etter to år. De resterende 10% anses som infertile (Åbyholm og Molne 2010). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer infertilitet som manglende evne til å bli gravid eller å fullføre et svangerskap. Dette innebærer at paret har hatt regelmessige samleier i to år uten å ha oppnådd graviditet, og at det ikke foreligger annen grunn, som amming og menstruasjon som årsak til at svangerskap uteblir (World Health Organization 2012). Ved primær infertilitet har paret aldri oppnådd graviditet. Ved sekundær infertilitet har kvinnen tidligere vært gravid, men klarer ikke å oppnå graviditet igjen (Åbyholm og Molne 2010).

2.2 Årsaker

Årsaken til infertilitet ligger i 50% av tilfellene hos kvinnen, 30% hos mannen og i 20% av tilfellene hos begge (Jerpset 2010).

Kvinnelige faktorer

Den vanligste årsaken til infertilitet blant kvinner er ovulasjonssvikt. Alder er en viktig faktor og ligger ofte i bunnen for en rekke årsaker (Åbyholm og Molne 2010, Kelly-Weeder 2012).

Åbyholm og Molne (2010) deler årsakene til infertilitet inn i vaginal, cervix og tubarfaktorer. Vaginalfaktorer sees sjeldent alene og årsaken er knyttet til anatomiske forhold som hindrer penetrasjon, vaginitter eller psykogen vaginisme. Av cervixfaktorene

kan atresi, stenose, infeksjoner og nedsatt slimsekresjon i cervix være årsaker til infertilitet. Tubarfaktorer dreier seg som regel om adheranser etter infeksjoner eller lukkede tuber som ved Salpingitis Isthmica Nodosa eller ved sterilisering (Åbyholm og Molne 2010).

En annen årsak er endometriose, en tilstand hvor vev med samme histologiske struktur som endometriet finnes utenfor uterinhulen. Dette kan føre til blemmer, cyster og sammenvoksninger mellom ovariene og eggledere som forårsaker infertilitet (Moen 2010, Kelly-Weeder 2012). Psykogene årsaker er mentale faktorer hos kvinnen som vaginisme, psykogen amenoré, og tubespasmer (Åbyholm og Molne 2010). Andre årsaker er overvekt, underernæring og uforklarlig infertilitet som finner sted når alle undersøkelser viser normale forhold (Kelly-Weeder 2012).

Mannlige faktorer

Ved mannlig infertilitet er årsaken primært rettet mot mannens sæd, samt tilstander som kan ha innvirkning på mannens sædkvalitet og kvantitet (Åbyholm og Molne 2010, Kelly-Weeder 2012). En sædcelle har to oppgaver, den skal bevege seg frem til egget og deretter fusjonere med det. At det oppstår svikt i sædcellens cellulære og biokjemiske prosesser, kan ramme en eller begge av sædcellens funksjon og dermed forhindre at kvinnens egg befruktes (Åbyholm og Molne 2010). Dysfunksjon i testiklene er det mest vanlige problemet og årsakene kan knyttes opp mot ulike syndromer som Klinefelter syndrom, men også andre årsaker som traumer mot testiklene. En annen årsak er knyttet til transporten som kan innebære blokkering i sædlederen. Livsstilsfaktorer kan også ha innvirkning på mannens reproduksjon, som for eksempel røyking (Kelly-Weeder 2012).

2.3 Assistert befruktning

Bioteknologiloven, kapittel 2, definerer assistert befruktning som inseminasjon og befruktning utenfor kroppen. Dette innebærer innføring av sæd i kvinnen på annen måte enn ved samleie, eller at befruktningen av egg skjer utenfor kroppen. ART-behandling kan bare finne sted dersom en kvinne eller en mann er befruktningsudyktig og befruktete egg kan bare innsettes i livmoren til den kvinnen egget stammer fra (Bioteknologiloven 2003).

Assistert befruktning er en samlebetegnelse på ulike medisinske metoder som kan hjelpe en å unnfange barn. De mest brukte metodene er inseminasjon med sæd (IUI, AIH, AID) prøverørsbehandling (in vitro fertilisering/ IVF) og mikroinjeksjon (intracytoplasmatiske spermieinjeksjon/ ICSI) (Bioteknologinemda 2010, Åbyholm og Molne 2010). Ved IVF-behandling starter kvinnen med en hormonbehandling som fører til at flere egg enn vanlig modnes. Eggene tas ut fra ovariene ved et mindre inngrep og kvinnens egg og sæd føres sammen i et næringsrikt medium. Etter befruktningen overvåkes eggene i 2-5 dager før ett (eller to) embryoer innsettes i kvinnens uterus. ICSI er aktuelt hos par hvor mannen har få sædceller, eller dersom sædcellene er av dårlig kvalitet. Da suges én enkelt sædcelle opp i en tynn injeksjonsnål som deretter injiseres i egget (Bioteknologinemda 2010). Ved inseminasjon av sæd (IUI) vil kvinnen få en kur for induksjon av ovulasjon, deretter injiseres forbehandlet sæd inn i uterus på ovulasjonsstiden. Denne metoden forkorter sædcellenes vei til egget og sikrer inseminasjonen til rett tid (Åbyholm og Molne 2010). Ved denne teknikken kan mannens sæd brukes (AIH) eller sæd fra donor (AID) (Jerpset 2010).

I Norge ble det i 2002 vedtatt at par som gjennomgår assistert befruktning får utgiftsdekning for inntil tre forsøk og må betale en egenandel på 18 000 kr (Helse- og omsorgsdepartementet 2002).

2.4 Eriksons teori om menneskets psykososiale utvikling

Erik H. Eriksons teori om den psykososiale utviklingen omhandler menneskets åtte aldre, hvor individet på hvert stadium konfronteres med en utviklingsmessig krise. Erikson (1963) beskriver krisen som et vendepunkt, en kritisk periode med økt sårbarhet, men også en periode for videreutvikling eller i motsatt tilfelle, feilutvikling. Spenningsforholdene mellom de to mulige utfallene setter Erikson opp som to motpoler. I voksen alder møter mennesket tre stadier i sin egoutvikling:

Intimitet versus isolasjon (19-25 år). Dette stadiet gjelder særlig forholdet til det motsatte kjønn, og Erikson beskriver den unge voksne som ivrig og villig til å la sin identitet blandes med andres. Dette innebærer seksuallivet, som er avhengig av gjensidig orgasme med en elsket partner av det motsatte kjønn, og regulering av kretsløpene som arbeid, reproduksjon og rekreasjon. Erikson setter utsagnet *vi er det vi elsker* i dette stadiet (Erikson 1963, Evenshaug og Hallen 2000).

Generativitet versus stagnasjon (26-40). Voksne mennesker har et behov for å føle seg nyttige, og generativiteten gjelder i første rekke reproduksjon og behovet for å lede neste generasjon. Denne egointeressen er nødvendig for å forhindre stagnasjon, og Erikson beskriver generativiteten som et vesentlig stadium både psykoseksuelt og psykososialt. I dette stadiet vil mennesket være engasjert i, og vise interesse for kommende generasjoner, noe som utfordres i utsagnet *jeg er det jeg gir videre* (Erikson 1963, Evenshaug og Hallen 2000).

Egointegritet versus fortvilelse (41 +). I dette stadiet er orden og mening i livet sentralt. Mennesket vil akseptere livet slik det ble og at det nødvendigvis ikke kunne blitt erstattet av noe annet. Om denne aksepten ikke finner sted vil mennesket oppleve fortvilelse og forakt. Denne perioden vil dermed være preget av det å ha lykket med å utvikle og bevare sin integritet, *Jeg er det av meg som lever videre* (Erikson 1963, Evenshaug og Hallen 2000).

2.5 Livskvalitet

I dette litteraturstudiet har vi valgt å bruke Siri Næss (2011) sin definisjon på livskvalitet.

En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative (Næss 2011, 18).

I følge Næss (2011) omhandler livskvalitet enkeltpersoners psykiske velvære, som innebærer opplevelsen eller følelsen av å ha det godt, av å ha en grunnstemning av glede og det å ha det godt som et resultat av å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Næss viser til gode følelser som det å føle glede, kjærlighet og engasjement. Igjennom positive vurderinger trekker hun frem selvtillit, tilfredshet og opplevelse av selvrealisering. Fravær av vonde følelser og vurderinger vektlegges også i forhold til å ha det godt, som fravær av ensomhet, angst og tretthet, samt misnøye og skuffelser, skyldfølelse og opplevelsen av meningsløshet. Næss mener at det er opplevelsesaspektet som bør vektlegges og understreker også at livskvalitet må knyttes til personens egne verdier (Næss 2011).

2.5.1 Livskvalitet og barn

Til tross for at barn gir mange gleder, er det godt dokumentert at barn ikke øker lykkefølelsen blant yngre voksne (Hansen 2012, Mastekaasa og Næss 2011). I en norsk studie av Hansen, Slagsvold og Moum (2009) hvor betydningen av barn sett i forhold til livskvalitet ble utforsket, fant forskerne ingen sammenheng mellom opplevd affektiv livskvalitet og det å ha barn. Funn fra utenlandske studier viser det samme. I vestlige land er det få eller ingen effekter av å ha barn i midtlivet og i eldre år. Selv om studier fra USA, Australia og England tyder på at barn ikke har betydning for livskvaliteten, viser det seg at eldre barnløse i sørøsteuropeiske land og østblokkland rapporterte lavere lykke og er oftere ensomme og deprimerte enn barnløse i land hvor eldre ikke er avhengig av hjelp og støtte fra familie i sine gamle dager (Hansen 2012). Selv om det kunne forventes at fravær av barn i eldre år kunne gi negative konsekvenser for barnløse fant Hansen, Slagsvold og Moum (2009) i likhet med andre vestlige studier ingen indikasjon på at barnløse var mer

utsatt for ensomhet og depresjon enn andre. Dette kan tyde på at til tross for barnløshet vil de fleste tilpasse seg og finne andre kilder til selvrealisering, tilhørighet, støtte og mening i livet. Barnløse kan blant annet opparbeide seg større nettverk av familie og venner som kompenserer for den sosiale kontakten, og i tillegg vil barnløse unngå en rekke forpliktelser, bekymringer og utgifter som foreldre har. I gjennomsnitt påvirkes ikke lykken om man har barn eller ikke, men av mange faktorer som personlighet, mestringsstil og objektive levekår (Hansen 2012).

2.6 Opplevelsen av infertilitet

Infertilitet defineres, utredes og behandles som et medisinsk problem, men for de berørte oppleves det både som et psykologisk og sosialt fenomen, ofte med eksistensielle overtoner (Möller og Bjuresten 2005). Schmidt (2006) fant i sin studie at barnløse vurderte sin situasjon som svært belastende, og mange definerte tilværelsen som en krise. Sundby (1999) trekker også frem kriseteorien i forbindelse med barnløshet og mener at problemene ofte er akutt knyttet til behandlingsutfallet (Sundby 1999). Infertile kvinner opplever den psykiske belastningen i større grad enn menn, og det har vist seg at den psykiske påkjenningen kan være like store som for HIV-, kreft- og smertepasienter (Möller og Bjuresten 2005).

Opplevelsene knyttet til infertilitet kan beskrives gjennom ulike forståelsesmodeller. Möller og Bjuresten (2005) trekker frem Mahlstedt og Johnson (1987), som beskriver infertilitet som former for tap. Likt som ved depresjon vil opplevelsen av infertilitet omhandler tap av en viktig person, tap av kroppsfunksjoner, selvfølelse, status eller prestisje, troen på seg selv, sikkerhet, håp om at drømmer skal gå i oppfyllelse og tap av noe med stor symbolverdi. En annen forståelsesmodell er Möller og Fällströms (1991) teori om at infertilitet kan oppleves som en trussel mot identiteten, både for den enkelte og for paret. Trusselen beskrives gjennom tre motsetninger, samhørighet versus isolasjon, mening versus meningsløshet og positivt selvbilde versus selvforaktelse. For den infertile kvinnen vil opplevelsen være knyttet til disse tre dimensjonene, og hun vil kunne oppleve tap av samhørighet, mening og positivt selvbilde (Möller og Fällströms 1991, siterte i Möller og Bjuresten 2005).

3.0 Metode

I følge retningslinjene for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie, skulle studentene gjennomføre et systematisk litteraturstudie med hensikt å vise evne til å vurdere sykepleiefaglige problemstillinger og aktuell forskningslitteratur (Johansson et al. 2012). Forsberg og Wengström (2008) skriver at et systematisk litteraturstudie er avhengig av et tilstrekkelig antall artikler med god kvalitet. De trekker frem Mulrow og Oxman (1997), som definerer et systematisk litteraturstudie ved at det går ut ifra en tydelig formulert problemstilling, som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Mulrow og Oxman 1997, sitert i Forsberg og Wengström 2008).

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for inklusjon/eksklusjon, utarbeidelse av PIO-skjema, databasesøk, kvalitetsvurdering, etiske overveielser og analyse.

3.1 Datainnsamling

Vi startet våren 2012 med å lese bakgrunns litteratur. Dette omfattet skjønnlitterære bøker, fagartikler og søk på ulike nettsider som beskrev eller tilbydde assistert befruktning. I følge retningslinjene for bacheloroppgaven skal litteraturstudies resultat besvares gjennom 10-15 originale forskningsartikler (Johansson et al. 2012). For å kunne jobbe kunnskapsbasert må man ha en konkret og fokusert spørsmålsformulering som vil fortelle noe om hvilken kunnskap en er ute etter og hvilke studiedesign som er best egnet til problemstillingen (Nortvedt et al. 2007). Vårt kjernes spørsmål omhandlet opplevelsen, og kunnskapen vi ønsket var pasientens erfaringer og holdninger som i følge Nortvedt et al. (2007) kommer best frem gjennom et kvalitativ studiedesign.

3.2 Inklusjon og eksklusjon av artikler

Det første inklusjonskriteriet var at artiklene skulle omhandle kvinner. Kvinnene skulle være infertile, og ikke ha egne biologiske barn, men fordi søk på bare primær infertilitet kunne ekskludere relevante artikler valgte vi å inkludere alle former for infertilitet i databasesøkene. Kvinnene skulle også være i et heteroseksuelt parforhold. Et fjerde

inklusionskriterium var at kvinnene skulle ha gjennomgått mislykket assistert befruktning, der av ett eller flere mislykkede forsøk. Vi valgte å inkludere de vanligste formene for assistert befruktning, som i følge Bendiksen (2010) er IVF, ICSI, IUI, AIH og AID. Deltakerne i studiene skulle også bo og komme i fra vestlige land. I følge Høydahl (2008) er dette land i Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania. Vi valgte derfor å ekskludere alle land som ikke kom innenfor disse geografiske områdene. Forskningsartiklene skulle også være publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Slike artikler kjennetegnes i følge Forsberg og Wengström (2008) ved at de er primærpubliserte, at de er tilgjengelig for andre forskere gjennom ulike databaser, at de har en vedvarende form og struktur og at de er fagfellevurdert. I utgangspunktet ble det bestemt at artiklene skulle være publisert innenfor en periode på fem år. Bakgrunnene for dette var at vi ønsket å basere litteraturstudiet på så ny forskning som mulig. Til tross for dette valgte vi å inkludere en artikkel fra 2005. Resterende artikler var av nyere dato og publisert fra 2007-2012. Artiklene som skulle inkluderes måtte også være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Siden vi var ute etter deltakernes erfaringer og opplevelser ønsket vi å belyse dette gjennom kvalitativ forskning. Vi valgte derfor å ekskludere kvantitative artikler. I følge Forsberg og Wengström (2008) bør inkluderte artikler i et systematisk litteraturstudie være godkjent av en etisk komité eller at det er gjort etiske overveielser. Vi valgte derfor å ekskludere artikler som ikke tilfredstilte dette kravet.

Inklusjonskriterier:

- Primærinfertile kvinner i et heteroseksuelt parforhold
- Har gjennomgått mislykket ART-behandling (IVF, ICSI, IUI, AIH og AID)
- Ett eller flere mislykkede forsøk
- Bor og kommer i fra vestlige land
- Norske, svenske, danske og engelske artikler
- Fra 2005-2012
- Kvalitative artikler
- Artiklene er publisert i vitenskapelige tidsskrifter
- Etisk godkjenning eller at det er gjort etiske overveielser

3.3 Utarbeidelse av PIO-skjema

I følge Kunnskapsbasert praksis (2012) er det viktig å gjøre problemstillingen tydelig og presis. Et PICO-skjema er et verktøy som gir struktur og klargjør problemstillingen for litteratursøk og kritisk vurdering. Bokstavene i PICO-skjemaet representerer ulike elementer som ofte finnes i problemstillingen.

I følge Nortvedt et al. (2007) står «P» for population/ problem, som innebærer hvilken type pasient eller pasientgruppe spørsmålet gjelder, «I» står for intervention og gjelder tiltak, intervensjoner eller det pasienten «utsettes» for i klinisk praksis. «C» står for comparison og er aktuelt hvis tiltaket skal sammenlignes med noe annet, «O» representerer outcome som innebærer utfallet, effekten eller endepunktet av tiltaket.

Med vår problemstilling var det aktuelt å utarbeide et PIO-skjema, da vi ikke ønsket å sammenligne tiltak opp mot hverandre. Utgangspunktet for utarbeidelse av et godt PIO-skjema var dette:

P	I	O
Infertile kvinner	Som har gjennomgått mislykket assistert befruktning	Sine opplevelser og erfaringer

Fordi forskningsartikler ofte er internasjonale og har engelsk som søkespråk var det viktig å finne relevante engelske søkeord. Databaser som MEDLINE, PsychInfo og Nursing bruker emneord eller MeSH-termer som er standardiserte ord som beskriver innholdet i artiklene (Kunnskapsbasert praksis 2012). Ved bruk av SveMed+ fant vi beskrivende emneord til PIO-skjemaet.

«P»-kolonnen valgte vi å dele opp i to. En til populasjon og en til problem. Populasjonen vi ønsket å finne ut av var kvinner mens problemet var infertilitet. Søkeordene i den første kolonnen ble derfor *women, woman, female, og infertil*, infertility, infertility, female og childlessness*.

«I» - kolonnen omhandlet mislykket assistert befruktning. Søkeordene som var aktuelle å bruke var *treatment outcome, treatment, IVF, fertilization in vitro, unsuccessful,*

reproductive techniques, assisted og treatment failure. Fordi det kunne være at noen artikler hadde fokus på langtidseffekten tok vi også med søkeordene *longitudinal studies og longitudinal impact* i «I»-kolonnen.

«O»- kolonnen skulle omhandle kvinnenes opplevelse. Vi ønsket å finne ut om kvinnenes erfaringer, opplevelse av livskvalitet, evne til tilpasning og deres følelser etter ART-behandlingen. Søkeordene ble *Experie**, *Life Change Events*, *Quality of Life*, *Adaptation-Psychological*, *Psychological og emotion** (Vedlegg 1).

3.4 Databasesøk

Databasesøkene ble gjort i fritekst, og det ble valgt advanced search. For at resultatene skulle bli nok spesifiserte, ble søkeord og MeSH-termer kombinert med boolske operatører. Dette gjaldt «OR» og «AND». Ved å bruke «OR» utvidet vi søket med artikler som inneholdt enten det ene søkeordet eller det andre. Eksempelvis women OR female. Ved å avgrense søket med «AND» fikk vi resultater hvor begge eller alle søkeordene ble inkludert. For oss var dette mellom «P», «I» og «O». I tillegg til boolske operatører brukte vi trunkering på noen av søkeordene. Dette innebar at vi skrev begynnelsen på et ord som vi deretter la til et trunkeringstegn på. For oss var trunkeringstegnet «*». Dette gjorde at vi fikk resultater på alle ord som startet med de bokstavene vi skrev inn før trunkeringstegnet. Vi skrev blant annet infertil*, ved å sette trunkeringstegnet inn så tidlig i ordet ville søket inkluderte både ord som infertile og infertility. Som nevnt brukte vi også MeSH-termer. Vi hadde stort sett alle inne i PIO-skjemaet på forhånd og under søkene krysset vi av på de som skulle brukes.

Databaser

I våre søk etter relevante forskningsartikler valgte vi å bruke databasene Ovid MEDLINE, Ovid Nursing og PsycInfo. Dette ble gjort på bakgrunn av at prøvesøk hadde vist gode resultat og fordi databasene var relevant for vår hensikt og problemstilling. I alle søk ble limits satt til norsk, svensk, dansk og engelsk. Vi valgte også å utføre et søk i Google scholar.

Ovid MEDLINE

Vårt første søk utførte vi 03.01.2013(vedlegg 2a). Vi satte limits fra 2007 til current. Søket ga 237 treff. Vi leste igjennom 65 abstrakter, bestilte 11 artikler og inkluderte 3.

Vårt andre søk i Ovid Medline ble utført 30.01.2013 (vedlegg 2b). Limits ble satt til de siste 5 årene. Vi fikk 378 treff, leste 15 abstrakter, bestilte 4 artikler og inkluderte 1.

Siste søket ble utført 14.02.2013 (vedlegg 2e). Vi valgte her å utelukke en del av de tidligere brukte søkeordene. I dette søket valgte vi å sette limits fra 2005 til current. Dette for å se om vi kunne finne flere relevante artikler. Søket resulterte i 18 treff, hvorav 4 abstrakter ble lest, 2 artikler bestilt og 1 inkludert.

PsycInfo

I denne databasen utførte vi et søk den 30.01.2013 (vedlegg 2c). Vi satte limits til de siste fem årene. Dette søket resulterte i 154 treff, vi leste 43 abstrakter, bestilte 14 artikler og inkluderte 3 (vedlegg 2c)

Ovid Nursing

Den 08.02.2013 utførte vi et søk i Ovid Nursing database (vedlegg 2d). Vi satte vi limits til de siste fem årene, noe som ga oss 84 treff. Vi leste 14 abstrakter, bestilte 3 artikler og inkluderte 1.

Google scholar

Den 14.02.2013 utførte vi også et databasesøk i google scholar. Vi brukte søkeordene *qualitative study, women, life after fertility treatment* og *unsuccessful*. Vi leste gjennom ti abstrakter og fant en artikkel som var relevant i forhold til vår problemstilling.

3.5 Kvalitetsvurdering

Etter databasesøkene satt vi igjen med 35 artikler. Vi delte dem opp, tok halvparten hver, og leste igjennom artiklene individuelt. Deretter byttet vi sett av artikler. Vi møttes igjen for videre å bli enige om å ekskludere 24 av artiklene før vi begynte med

kvalitetsvurderingen. Artikkelen ble ekskludert på grunnlag av at de ikke svarte på problemstillingen, at de var kvantitative og to av artiklene var litteraturstudier. Vi satte så igjen med elleve artikler og startet på en grundigere vurdering av artiklene, hvor vi brukte sjekklister for kvalitativ forskning fra Kunnskapssenteret (2006) (vedlegg 3). Under kvalitetsvurderingen ble ytterligere to artikler ekskludert på grunn av lav kvalitet. Hovedgrunnen til ekskluderingen var mangel på struktur og beskrivelse av metode. Vi satte så igjen med ni kvalitative artikler. Disse ble igjennom sjekklister om intern validitet fra Kunnskapssenteret (2011) vurdert til ulik kvalitet (vedlegg 4). Åtte av ni artikler ble vurdert til å være av høy kvalitet, dette på grunnlag av en score på minimum åtte av ti ”ja”-svar på kvalitetsvurderingsskjemaet. En artikkel ble vurdert til middels kvalitet, en score på syv av ti, men det antas at det er liten sjanse for at studiens svakheter kunne ha endret studiens konklusjon. Den 10. artikkelen vi inkluderte fant vi igjennom Google Scholar, etter å ha funnet det vanskelig med å finne en siste artikkel som oppfylte våre inklusjonskriterier via de andre databasene. Denne artikkelen ble gjennomgått på samme måte som de andre og ble vurdert til en god artikkel av høy kvalitet, en score på ti av ti. I tillegg forsikret vi oss om at samtlige, inkluderte artikler var fagfellevurdert. Dette ble gjort gjennom Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (2013). Vi kom frem til at alle artiklene var fra tidsskrifter som var godkjente som vitenskapelige publiseringskanaler med rutiner for fagfellevurdering. seks artikler var av nivå 1 og fire artikler var av nivå 2.

3.6 Etiske overveielser

Forsberg og Wengström (2008) presiserer at etiske overveielser i systematiske litteraturstudier bør gjøres vedrørende valg av artikler og presentasjon av resultat. Dette innebærer blant annet at artiklene er vurdert av en etisk komité eller at det har blitt gjort etiske overveielser av forskerne, og at resultat som ikke støtter hypotesen ikke blir holdt tilbake (Forsberg og Wengström 2008).

I sju artikler kom det klart frem om etisk godkjenning. I en artikkel ble det opplyst om at IRB-godkjenning ikke var påkrevd i studien på grunnlag av kriteriene for stilte krav om etisk godkjenning og anonymisering.

I arbeidet med kvalitetsvurdering av artikler ble det også gjort en forskningsetisk vurdering. Forfatterne brukte *veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* (2010) i sin etiske vurdering. Alle artiklene ble vurdert, men det ble lagt spesielt vekt på de artiklene hvor det ikke ble opplyst om etisk godkjenning. Områder som ble vurdert var deltakerstrategi, rekruttering/samtykke, forskerrollen, risiko og gevinst for informantene, fortolkning og analyse, personvern og gjenkjennelsesproblematikk (Forskningsetiske komiteer 2010). Forfatterne mener at alle artiklene som er brukt i litteraturstudiet er forskningsetisk forsvarlig.

Etiske overveielser er også gjort av forfatterne. I obligatorisk egenerklæring/grupperklæring i begynnelsen av oppgaven har vi erklært at oppgaven er vårt eget arbeid og at det ikke er brukt andre kilder enn det som er benevnt i besvarelsen. Vi har brukt Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bruk av kilder og referanser, og vi har gjennom hele oppgaven prøvd å bruke primærkilder. I kapittelet til Möller og Bjuresten (2005), og i boka til Forsberg og Wengström (2008) blir det henvist til primærkilder ved å referere både til primær- og sekundærkilde. Ved bruk av litteraturstudier blir det bare henvist til forfatterne av litteraturstudiet.

3.7 Analyse

I arbeidet med analysen tok forfatterne utgangspunkt i tematisk analyse, basert på forskning av Braun og Clark (2006) og retningslinjene for bacheloroppgaven i sykepleie (2012). Tematisk analyse kan beskrives som en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønster eller temaer som finnes i de dataene man har (Braun og Clark 2006).

Analysearbeidet startet med å bli kjent med dataene. Forfatterne nummererte artiklene fra 1-10 og kopierte opp to eksemplarer av hver artikkel slik at begge hadde ett eksemplar. På denne måten kunne begge forfatterne skrive egne notater i marginen, markere relevante sitater og trekke ut meningsbærende enheter uten å bli påvirket av den andres oppfatning. Etter individuell gjennomlesning og notering ble hver artikkel gjennomgått, og hovedfunnene ble diskutert opp i mot hensikt og problemstilling. For å gjøre videre arbeid med analysen enklere ble artiklene delt opp og hver forfatter skrev funn fra sine fem artikler inn i egne dokumenter. Artikler som fantes i papirformat ble manuelt skrevet inn på data, og fulltekst artikler ble kopiert og limt inn i dokumentet. Hvert dokument ble sammen gått igjennom for å kvalitetssikre at alle relevante funn var inkludert. Forfatterne kunne nå legge ifra seg artiklene og konsentrere seg om de ti resultatdokumentene som ble kopiert opp og nummerert. Hver artikkel ble igjen gjennomgått og forfatterne laget et tankekart med foreløpige temaer for hver artikkel. De ti tankekartene ble satt sammen til ett stort tankekart og gjennom dette kom forfatterne frem til fem hovedtemaer som alle hadde to eller tre underkategorier (vedlegg 5 og 6).

Hovedtemaene ble siden skrevet inn i et word-dokument sammen med de ulike underkategorier. Resultatdelen for hver artikkel ble gjennomgått en etter en. Forfatterne markerte relevante funn og kodet disse med ulike farger innenfor hvor de hørte til. Eksempelvis ble sitat og tekst om parforholdet farget i grønn med to ulike grønnfarger i forhold til om teksten beskrev positive eller negative konsekvenser. Når alle resultatene var kodet ble jobben med å sette de inn i analyse-dokumentet enkel. Resultatene ble klipt ut og limt inn der de hørte hjemme og vi satte nå igjen med et dokument med mye tekst på engelsk. I arbeidet med å beskrive funnene kopierte forfatterne inn resultatene fra ett tema inn i et nytt dokument og transkriberte teksten. Funnene ble skrevet om til norsk, uten at teksten mistet sitt innhold, mens sitater ble beholdt på engelsk slik at de kunne brukes til å

underbygge resultatene. Ut ifra de fem hovedtemaene kom forfatterne frem til fem funn.

Disse var:

- Vonde følelser
- Sosiale utfordringer
- En trussel mot identiteten
- Innvirkning på parforholdet
- Å akseptere og finne mening

4.0 Resultat

Resultatene i studien viser at mislykket ART-behandling førte til vonde følelser som sorg, tomhet, sinne og sjalusi. Kvinnene opplevde også utfordringer i sosiale sammenhenger. Mislykket ART-behandling førte til en trussel mot identiteten, hadde innvirkning på parforholdet og kvinnene hadde ulike tanker rundt aksept og mening i livet.

4.1 Vonde følelser

Våre funn viser at mislykket ART-behandling førte til at kvinnene opplevde vonde følelser. Dette ble beskrevet gjennom følelser av sorg og tap, og flere opplevde både sinne, urettferdighet og fortvilelse i tiden etter behandlingen (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Jennings 2010, Loftus og Andriot 2012, McCarthy 2008, Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011, Silvia og Machado 2010, Harris og Daniluk 2010, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005).

Kvinnenes opplevelse av tap ble beskrevet som å miste noe eller noen som står en nær. Flere følte seg alene og hjemløst av minner fra tiden de gjennomgikk behandling. Selv om det var lang tid siden behandlingen var avsluttet følte kvinnene en dyp sorg over det som var tapt (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, McCarthy 2008). «It doesn't really go away. This is like something died, but nobody else knows it. Only you know it. And so nobody else is mourning» (McCarthy 2008, 322).

Flere kvinner opplevde skuffelse over å ikke selv kunne bli mødre, men også fordi de ikke kunne gi sine foreldre gleden av å bli besteforeldre. Kvinnene tenkte også fremover og mange beskrev sorg over det å ikke kunne få egne barnebarn i fremtiden (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Jennings 2010, Wirtberg et al. 2007). Kvinnene opplevde også sinne og sjalusi (Peters, Jackson og Rudge 2011, Silvia og Machado 2010, Harris og Daniluk 2010). En kvinne beskriver frustrasjonen over sin svigerinnes graviditet slik: «She (sister-in-law) is due to give birth any tick of the clock, and even now I can't even bear to think about that. That just gets me really angry, upset, totally irrational» (Peters, Jackson og Rudge 2011, 134).

Andre situasjoner hvor urettferdighet kom frem var i forbindelse med at andre kvinner utførte provoserte aborter, adopterte bort barna sine, eller at prostituerte fikk barn (Silvia og Machado 2010, Harris og Daniluk 2010). En kvinne i studien til Silvia og Machado (2010) uttrykte følgende, «Sometimes I ask God: if there is a pregnant woman who will discard her baby, don't give her the baby, and give it to me instead» (Silvia og Machado 2010, 535). En annen kvinne opplevde det også som svært urettferdig, «...it just seems a little bit more unjust when it happens to people who have tried so hard» (Harris og Daniluk 2010, 716).

Noen kvinner opplevde den psykiske belastningen på et nivå som gikk over i depresjon og det kom frem at kvinnene hadde suicidale tanker (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Loftus og Andriot 2012, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005).

When the doctor stopped, you know, made the decision to stop with it, I wanted to die. I really did... I felt so worthless as a woman. Like I had no purpose or something... I can remember driving and just thinking I should just drive into a tree right now and be done with it... (Loftus og Andriot 2012, 238).

4.2 Sosiale utfordringer

Mislykket ART-behandling førte til at kvinnene opplevde utfordringer og vanskeligheter i sosiale sammenhenger, både med venner, familie, arbeidskollegaer og rundt andres barn (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Jennings 2010, Loftus og Andriot 2012, McCarthy 2008, Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011, Harris og Daniluk 2010, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005).

En årsak til at kvinnene syntes det var vanskelig å omgås andre, og spesielt andre kvinner, var fordi de ikke hadde historiene som de kunne dele med andre. I familieselskap eller andre sosiale lag var det vanlig at kvinnene som var til stede flokket seg sammen og snakket om graviditet, fødsler og barneoppdragelse. Kvinnene som hadde vært igjennom mislykket ART-behandling følte seg ekskluderte i disse samtalene og trakk seg ofte ut av situasjonene (Jennings 2010, Loftus og Andriot 2012, McCarthy 2008).

You don't have the stories about pregnancy and I still feel that somewhat. You know when I'm around women and small children, you know, I don't have all of the battle stories about the birth and delivery and that kind of thing. You feel left out in some ways (Jenning 2010, 227).

I hated... Not blending with everybody and being the couple that everyone felt sorry for... It's like a sorority that I'm never going to be a part of... I can only talk about my twin sister's kids. So I am talking about other people's experiences, not my own, and trying to make other people feel comfortable (McCarthy 2008, 322).

Eksklusjonen kunne omhandle andre kvinners væremåte ovenfor kvinnene som hadde vært gjennom mislykket ART-behandling. En kvinne i studien til Loftus og Andriot (2012) jobbet på en skole og hadde mye kontakt og erfaring med barn og ungdom. Hun følte selv hun kunne ha mye å komme med når det var snakk om barneoppdragelse. Svaret hun ofte fikk var at det var annerledes når det var sine egne og når man hadde dem hele tiden (Loftus og Andriot 2012).

Selv flere år etter ART-behandling opplevde kvinnene behov for å trekke seg tilbake (Wirtberg et al 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011). I studien til Wirtberg et al. (2007) hadde det gått 20 år siden behandlingen ble avsluttet. En kvinne opplevde dette som ubehagelig fordi sårbarheten burde gått over. Før hadde situasjonen dreid seg om isolasjon fra gravide og småbarnsforeldre. Nå opplevde kvinnene vanskeligheter fordi jevnaldrende hadde blitt besteforeldre (Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011).

I found myself making excuses for not visiting, or taking a trip to the bathroom when the latest photos of the grandchildren were passed around. I really had to get a grip on myself and break that; suddenly it was like turning the clock back twenty years (Wirtberg et al. 2007, 600).

4.3 En trussel mot identiteten

Mislykket ART-behandling førte til at kvinnene opplevde dårlig selvtillit gjennom at de oppfattet seg selv som annerledes og at de følte seg utilstrekkelig som kvinner (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Jennings 2010, Loftus og

Andriot 2012, McCarthy 2008, Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). Kvinnene relaterte dette til kjønnsrelaterte normer som er til stede helt fra barndommen av. Jenter leker med dukker, de skal reprodusere seg og bli mødre en vakker dag. Dette førte til at mange følte seg mislykket (Jennings 2010, Loftus og Andriot 2012).

I'll never forget the comment my sister made. And it was when I was 13. And I had gotten my period when I was 10, but we were talking about being a woman. And I said I'm a woman because I have my period. And she said you're not a woman until you have a baby. And I was only 13, and that still – I still remember that. So that's always kind of – That's what makes a woman (Loftus og Andriot 2012, 231).

Å være den som hadde feilen ble i stor grad sett på som ødeleggende for selvtilliten (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009).

The first IVF cycle showed me to be a poor responder, and after procuding only two follicles, the cycle was canceled. I was crushed. I had been infertile, but now i felt sterile too (Toscano og Montgomery 2009, 1022).

Noen kvinner i studien til Volgsten, Svanberg og Olsson (2010) trakk også frem fortvilelsen ved at deres menn kunne få barn med andre kvinner.

When I felt so bad... There was something wrong with me I wasn't a proper woman, I didn't understand why my husband wanted to stay with me... because I couldn't give him what I wanted... I felt worthless... I thought I couldn't do anything... (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, 1293).

Kvinnene beskrev også hvordan tiden hadde endret deres syn på seg selv (Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011). For en kvinne i studien til Peters, Jackson og Rudge (2011) kom dette frem gjennom at hun tidligere hadde følte seg utilstrekkelig og ømfintlig for andres kommentarer. Dette ble med årene endret til et bedre selvbilde og kommentarer hun tidligere så på som sårende og vanskelige fikk ikke lenger en plass i livet.

4.4 Innvirkning på parforholdet

Våre funn viser at mislykket ART-behandling hadde innvirkning på parforholdet. Dette innebar positive og negative innvirkninger både seksuelt og samlivsmessig (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005).

Flere kvinner uttrykte at forholdet hadde blitt styrket gjennom mislykket ART-behandling. Dette kom frem gjennom at de opplevde et sterkere bånd til sine menn og at de hadde kommet nærmere hverandre i behandlingsprosessen (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Peters, Jackson og Rudge 2011).

It's probably affected us in good ways because we're much much closer, there's a very very strong bond and an underlying bond that we can sort of literally... I knows how I'm feeling, he is very supportive and very protective... So there's that, that very strong bond there that wouldn't been there if we'd had children (Peters, Jackson og Rudge 2011, 134).

Kvinnene begrunnet det sterke båndet med at de hadde overlevd den største utfordring et parforhold kan ha, nemlig det å bli diagnostisert som infertil og senere gjennomgå en rekke mislykkede forsøk. Forholdet hadde blitt styrket gjennom god støtte og kommunikasjon med partneren (Peters, Jackson og Rudge 2011).

We feel like we've gotten through 7 years of infertility, we can get through anything... I mean there are times when I'll feel really down about it or Carl will feel down... But we talk about it, we never let it bottle up. Even if we're up till like two in the morning talking about it. We support each other through it. So if anything, it's probably made us stronger together (Peters, Jackson og Rudge 2011, 135).

Til tross for at flere kvinner opplevde at forholdet hadde blitt styrket, kom det også frem at mislykket ART-behandling hadde negativ innvirkning på parforholdet (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Wirtberg et al. 2007, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). Det kom frem at flere par hadde skilt seg etter avsluttet

behandling (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Wirtberg et al. 2007) I studien til Wirtberg et al. (2007) hadde halvpartene av kvinnene skilt seg, samlivsbruddet ble relatert til infertilitetssituasjonen og i seks av sju tilfeller var det mannen som hadde dratt. Seksuallivet ble også negativt påvirket etter mislykket ART-behandling. Dette ble beskrevet ved at lysten og gleden av å ha sex hadde forsvunnet under behandlingsprosessen og at den aldri hadde kommet tilbake (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Wirtberg et al. 2007).

4.5 Å akseptere og finne mening

Mange av kvinnene hadde med tiden kommet et steg nærmere det å akseptere et liv uten egne barn. Å akseptere tilværelsen innebar å finne håp og mening i situasjonen, samt det å sette seg nye mål for fremtiden (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Jennings 2010, McCarthy 2008, Wirtberg et al. 2007, Silvia og Machado 2010, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). En kvinne i studien til McCarthy (2008) mente at en positiv tankegang var en viktig del av et nytt liv, «Not dwelling on what we don't have but what we do have» (McCarthy 2008, 322).

To andre kvinner beskrev prosessen rundt det å akseptere slik:

I am always going to have regrets that we can't have a child, but you have to accept what you have got rather than what you haven't. You have to make alternative plans and they don't include children (Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005, 1945).

...I feel like this whole process has been in some ways a blessing for us. It's painful and I'm not taking away from that, and it's emotional and I have days when I cry, but I feel that I've grown through the struggle (Jenning 2010, 229).

I studien til Jennings (2010) opplevde flere kvinner mislykket ART-behandling som en oppvåkning, og i tre artikler kom det frem at kvinnene uttrykte behov for å hjelpe eller ha omsorg for noen, og da som oftest et barn (Jennings 2010, Wirtberg et al. 2007, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). Adopsjon var et alternativ i to av studiene (Jennings,

Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). I studien til Wirtberg et al. (2007) ble adopsjon omtalt som et ikke-tema. Bakgrunnen for dette var frykt for rasisme, at partneren var imot det og at adopsjon førte med seg en rekke finansielle og sosiale utfordringer. Den byråkratiske delen rundt adopsjon, og det og igjen ha mangel på kontroll over utfallet, ble også beskrevet av kvinnene i studien til Silvia og Machado (2010). Til tross for dette opplevde kvinnene anger på at de ikke hadde sett nærmere på dette alternativet, og flere foreslo at noen burde presset dem i retning mot adopsjon (Wirtberg et al. 2007). Flere kvinner hadde også stor glede av å hjelpe vanskeligstilte barn og fungerte som fosterforeldre (Jennings 2010, Wirtberg et al. 2007). Andre opplevde det som meningsfylt å engasjere seg i livene til sine tantebarn eller å ta vare på sin gamle mor. Enkelte viste stor interesse for katter og hunder, og flere kvinner omtalte dyrene som sine babyer (Wirtberg et al. 2007).

Svært mange kvinner fant det også vanskelig å akseptere livet slik det ble (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, McCarthy 2008, Wirtberg et al. 2007, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). En fysisk og rasjonell aksept var til stede, men den emosjonelle aksepten ville aldri komme (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010). Eksistensielle spørsmål ble for noen dominerende og en kvinne i studien til McCarthy (2008) uttrykker sin mangel på aksept slik:

I still feel like «where am I? Where am I going? Where am I supposed to be? If God hasn't chosen me to be a mother, what is my purpose?» That is my biggest question. «What am I doing? Why have I been put on earth?» And it makes me angry that I have to search for something. I want to be a mom. Why do I have to find something else to replace that? (McCarthy 2008, 321).

5.0 Diskusjon

Diskusjonskapittelet er todelt og består av en metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen diskuteres litteraturstudiets fremgangsmåte, styrker og svakheter i innhenting av data, samt analyse. I resultatdiskusjonen drøftes funn opp mot tidligere forskning, annen litteratur og bakgrunnsteori.

5.1 Metodediskusjon

Kapittelet er inndelt i underkapittel hvor inklusjonskriterier, datainnsamling, kvalitetsvurdering og analyseprosessen blir diskutert.

5.1.1 Inklusjonskriterier

I denne studien ble det valgt å inkludere kvinner med primærinfertilitet. Tanken bak dette kriteriet var at opplevelsen av mislykket ART-behandling vil oppleves svært forskjellig avhengig av om en har biologiske barn fra før eller ikke. Fordi infertilitet blir beskrevet som både et fysiologisk, psykologisk og sosialt fenomen (Möller og Bjuresten 2005), valgte vi å inkludere artikler fra vestlige land. Bakgrunnen for dette valget var tanken om at opplevelser og følelser blir uttrykt forskjellig i ulike kulturer. Det var derfor en fordel å bare inkludere artikler hvor deltakerne kom fra land med noenlunde lik kultur. At det var kvinnene som var årsaken til infertiliteten ble ikke satt som et inklusjonskriterium. Etter prøvesøk fant vi ut at flere artikler ikke skilte mellom infertilitetsfaktorer og det ble umulig å trekke ut funn hvor det bare var kvinnene som var årsaken til problemet. Dette kan være en svakhet i studien fordi kvinner som lever i parforhold med mannlig infertilitetsfaktor har muligheten til å trekke seg ut av forholdet og få barn med andre menn. Dette kan føre til at kvinnene vil oppleve mislykket ART-behandling subjektivt annerledes enn de som er alene om årsaken til barnløsheten. Vi var derfor avhengig av å inkludere kvinner som var gifte eller levde i et ekteskapslignende, heteroseksuelt parforhold. Dette fordi kvinner i parforhold muligens vil oppleve infertiliteten som et felles problem. ART-behandlingsmetodene som ble inkludert er derfor rettet mot både kvinnelig og mannlig infertilitet. I studien inkluderte vi kvinner fra og med første mislykkede behandling. Dette førte til at vi under databasesøkene fikk artikler hvor kvinnene hadde opplevd mislykket

behandling for kort tid tilbake, og artikler hvor det var fra seks måneder til 20 år siden kvinnene avsluttet behandlingen. Tidsperspektivet vil derfor ha betydning for kvinnenes opplevelse av nåtid, noe som både kan være en styrke og en svakhet med studien.

Til tross for at vi inkluderte kvinner som har gjennomgått assistert befruktning valgte vi å ta med en artikkel hvor kvinnene hadde utført en kirurgisk tubeoperasjon, samt IVF blant tre av deltakerne. Vi mener at dette ikke vil ha betydning for våre funn. Kvinner gjennomgår fertilitetsbehandling med ett overordnet mål, å få barn. Opplevelsen av barnløshet til tross for behandling, trenger ikke å være vesentlig annerledes for kvinner som har gjennomgått ART-behandling kontra IVF og/eller kirurgi. Likevel er dette en ulempe i studien fordi kvinnene har gjennomgått en annen prosedyre og fordi de over tid muligens har hatt et større håp om spontan graviditet.

I utgangspunktet hadde vi satt publiseringsperioden fra 2007-2012. Vi valgte likevel å inkludere en artikkel fra 2005. Dette valget ble tatt av flere årsaker. Vi ønsket å ha med kvalitative artikler i studien vår, og vi fant bare ni artikler innenfor valgt tidsperiode og gjeldende inklusjonskriterier. En annen grunn var at artikkelen svarte direkte på problemstillingen, og vi mener det er få endringer i samfunnet på to år som kan ha hatt betydning for opplevelsen av det å gjennomgå mislykket ART-behandling. I Norge har man en veiledende aldersgrense på ART-behandling på over 25 år og under 38 år (Helse- og omsorgsdepartementet 2003). Det ble ikke satt en øvrig eller nedre aldersgrense for inklusjon av artikler. Bakgrunnen for dette var at alderen for oppstart av behandling kunne variere mellom landene, og om behandlingen ble utført offentlig eller privat. En annen årsak var kunnskapen om at det første prøverørsbarnet ble født i 1978 (Sandvik 2008), noe som vil si at kvinnene i teorien kunne befinne seg i en alder opp til 70-80 år. I artiklene hvor det ble informert om alder, strekker den seg fra 25-60 år. Vi valgte å inkludere bare kvalitative artikler. Det kunne likevel vært en fordel å ha tatt med kvantitative artikler for å underbygge funnene. Vi unnlot å gjøre dette fordi de kvantitative artiklene som var tilgjengelig omhandlet snevre områder, og hver enkelt ville bare kunne dekke ett av funnene.

5.1.2 Datainnsamling

Da vi startet arbeidet med litteraturstudiet hadde vi en annen hensikt og problemstilling. Vi ønsket da å se på opplevelser og erfaringer av selve behandlingen. Når artiklene var innhentet ble hensikt og problemstilling igjen diskutert. Dette fordi seks av studiene var utført etter behandlingen og omhandlet i større grad opplevelsen i etterkant. Alle seks artiklene ble funnet i senere databasesøk. De forutgående søkene ble ansett som prøvesøk, og ble derfor ikke beskrevet i metodekapittelet.

PIO-skjemaet gjorde hensikt og problemstilling klar for databasesøk. Fordi søkene ble gjort på et sent tidspunkt hadde vi en stor fordel. Fra tidligere hadde vi allerede prøvd ut et PIO-skjema, utført mange prøvesøk og gjennom dette tilegnet oss kunnskap og erfaring. Både i forhold til søkeord og MeSH-termer, men også i bruken av ulike databaser. En annen fordel ved dette var at vi hadde mulighet for å inkludere artikler publisert i 2013. I noen av søkene våre fikk vi mange resultater. Dette fordi vi ikke ønsket å utelate viktige søkeord, og dermed stå i fare for å miste relevante artikler. Det tok derfor lang tid å gå igjennom resultatlisten. Fordelen med dette er at det er liten sannsynlighet for at relevante artikler ikke er inkludert i studien.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske overveielser

Studien skulle bestå av 10-15 originale forskningsartikler, og de 10 inkluderte artiklene ble vurdert etter sjekklister fra Kunnskapscenteret (2006). Alle de inkluderte artiklene ble vurdert av begge forfatterne, noe som er en styrke i studien. At noen artikler ble innhentet på et sent tidspunkt kan ha noe å si for vår kvalitetsvurdering. Det kan tenkes at bedre tid kunne hatt betydning for vurderingen av artiklene, fordi vi da muligens kunne gått grundigere til verks. I den etiske vurderingen av artiklene brukte vi veileder fra Forskningsetiske komiteer (2010). Her måtte vi bruke en del skjønn, fordi flere områder var vanskelige å gjøre rede for. Før oppstart av studiet hadde vi liten erfaring med kvalitetsvurdering av artikler. Dette er derfor en svakhet og kan ha hatt betydning for vår vurdering.

I to artikler ble det ikke informert om etisk godkjenning. Det ble derfor sendt mail med spørsmål om dette. Vi fikk svar fra en forsker som bekreftet godkjenning. Forskeren av den andre studien svarte ikke, men fordi artikkelen er en del av en større studie og at den er fagfellelevurdert, kan det tenkes at etisk godkjenning allerede foreligger. Vi mener at dette uansett ikke vil ha betydning for våre funn.

5.1.4 Analyse

Analysen ble gjennomført på en systematisk og strukturert måte. Vår metode var basert på tematisk analyse av Braun og Clark (2006) og retningslinjene for bacheloroppgaven (2012). Tidligere hadde forfatterne utført en analyse basert på en annen problemstilling. Vi hadde dermed opparbeidet oss kunnskap og erfaringer da vi startet med vår andre analyse. En ulempe med å utføre analysen på et så sent tidspunkt kan være tidsbegrensning, noe som kan ha hatt betydning for kvaliteten på analysen. Begge forfatterne deltok aktivt, og vi anser det som en fordel for studiens resultat at vi startet med å lese artiklene individuelt. Funnene som senere ble skrevet inn i et dokument ble kvalitetssikret av begge, noe som også styrker studiens validitet. Videre analysering var en tidskrevende og utfordrende jobb. Mange temaer og underkategorier ble diskutert og vurdert frem og tilbake. Vi oppdaget at ulike temaer fløt inn i hverandre og det var vanskelig å finne gode ord som dekket de ulike funnene i artiklene. Ved å lage tankekart for hver artikkel med temaer, underkategorier og til tider under-under kategorier kom vi til slutt frem til fem dekkende hovedtemaer med tilsammen 13 underkategorier. Ved transkribering av tekst brukte vi egen engelskkunnskap og Google translate. Å bruke et slikt oversettelsesverktøy kan være en ulempe, da ord kan bli oversatt feil, noe som kunne føre til feiltolkning. Utfordringen i transkribering av teksten var engelske ordtak, metaforer og fagtermer. Det var til tider vanskelig å finne dekkende norske ord og uttrykk, noe som kan sees på som en svakhet da dette kan ha gitt konsekvenser for vår analysering av setninger og dermed resultat. Sitater ble aldri oversatt til norsk, noe som sikret at kvinnenenes egne utsagn ikke ble feilanalysert.

5.2 Resultatdiskusjon

For at sykepleiere skal tilegne seg ny kunnskap blir våre funn diskutert opp i mot tidligere forskning, bakgrunnsteori og annen relevant litteratur og forskning på området. Funnene blir diskutert i fem kapiteler.

5.2.1 Ned i kjelleren

Når et par ikke får barn mister de en vesentlig del av alle livets faser som fødsel, det å være småbarnsforeldre, samt skole og studietid og det å få egne barnebarn (Åbyholm 1999). Våre funn viser at kvinnene opplevde store psykiske belastninger knyttet til sin barnløshet. Flere kvinner var både skuffet over å ikke kunne gi sine foreldre barnebarn, men viste også til sorgen over å selv ikke få oppleve gleden ved å bli besteforeldre i fremtiden (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Jennings 2010, Wirtberg et al. 2007). Åbyholm (1999) hentyder at savnet etter et barn vil være tilstede, også utover reproduktiv alder og beskriver det som en betydelig redusert livskvalitet gjennom hele livet (Åbyholm 1999). Erikson (1963) beskriver også behovet for generativitet i sin teori om menneskets psykososiale utvikling. Til tross for dette viser forskning fra vestlige land ingen sammenheng mellom opplevd affektiv livskvalitet og det å ha barn (Hansen, Slagsvold og Moum 2009). Dette kan videre ha sammenheng med utfordringer og forpliktelser som er forbundet med det å være foreldre (Hansen 2012). Som sykepleier vil man i fremtiden kunne møte disse kvinnene både på sykehus og på sykehjem, og da uten barn som nærmeste pårørende. Hansen, Slagsvold og Moum (2009) trekker også frem at eldre barnløse i sørøsteuropeiske land og østblokkland opplever oftere ensomhet og depresjon enn barnløse fra vestlige land. Dette kan forklares med et større behov for hjelp fra familie i eldre år, i motsetning til land som Norge hvor eldre kan få hjelp gjennom omsorgstjenester som hjemmetjeneste og sykehjem. Likevel kan det tenkes at behovet for omsorg i eldre år er viktig uavhengig av sosioøkonomisk status og kultur. Våre funn viser at kvinnene opplevde vonde følelser og lav livskvalitet som følge av mislykket ART-behandling. Dette kan tyde på at sykepleier kan ha en viktig omsorgsrolle imøte med barnløse, både gjennom støtte, aktivisering og som samtalepartnere. Det kan tenkes at

sykepleier kan hjelpe pasienten med å snu de negative følelsene til det mer positive, øke livskvaliteten og vise vei opp fra kjelleren.

Våre funn viser også at mislykket ART-behandling fører til sinne, sjalusi og urettferdighet (Peters, Jackson og Rudge 2011, Silvia og Machado 2010, Harris og Daniluk 2010). Funnene samsvarer med tidligere forskning, som viser at infertile kvinner opplever misunnelse, sjalusi og har vanskeligheter med å takle andre kvinners graviditet (Cousineau og Domar 2007). Mahlstedt og Johnson (1987) mener infertilitet omhandler tap av blant annet status og prestisje (Mahlstedt og Johnson 1987 sitert i Möller og Bjuresten 2005). Det kan tenkes at et slikt tap kan ha sammenheng med kvinnenes opplevelse av sinne og sjalusi. Schmidt og Sejbæk (2012) fant i sitt litteraturstudie at kvinnene brukte mestringsstrategier som for eksempel det å unngå gravide. Sykepleiers rolle vil kunne omhandle samtaler og identifisering av behov for blant annet støtte og forståelse. Å speile følelser er i følge Eide og Eide (2010) å gjengi den andres følelser slik at de blir synlig og gjenkjent av den andre. Ved å melde tilbake at man ser hva den andre føler, viser sykepleier også forståelse for pasienten. Det er viktig at sykepleier har kunnskap om at følelsen den andre har i situasjonen verken er riktig eller gal, men et uttrykk for en psykologisk sannhet, hinsides moral. Å hjelpe pasienten å speile følelsene uten en moralsk vurdering er viktig for å oppdage disse følelsene og til å akseptere at de er som de er (Eide og Eide 2010).

Schmidt (2006) fant i sitt litteraturstudie at flere kvinner opplever infertiliteten som en livskrise. Gynekolog, forsker og ufrivillig barnløs Johanne Sundby (1999) mener at kriseteorien kan være problematisk i beskrivelsen av infertile kvinners opplevelse. Kvinnene i vår studie beskrev opplevelsen av mislykket ART-behandling som tap, som igjen ble relatert til å miste noe eller noen som står en nær (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, McCarthy 2008). Sundby (1999) mener problemene knyttet til kriseteorien omhandler at tapet ikke er av et konkret, men av et hypotetisk objekt, og hun fremhever videre at krisen ikke er akutt, men en pendling mellom håp og skuffelse før kvinnene endelig erkjenner sin barnløshet (Sundby 1999). En slik veksling mellom håp og fortvilelse beskrives også av Jerpset (2010). I Norge får alle par utgiftsdekning for inntil tre forsøk (Helse- og omsorgsdepartementet 2002), noe som vil si at ett mislykket forsøk i noen tilfeller bare er starten på en lang periode med gjentatte episoder med skuffelse og

sorg. At sykepleier forbereder kvinnene på behandlingens negative sider kan derfor være viktig.

Mahlstedt og Johanson (1987) beskriver også infertiliteten som former for tap og trekker videre paralleller med det å være deprimert (Mahlstedt og Johanson 1987, sitert i Möller og Bjuresten 2005). For noen kvinner kan det være nødvendig å prate om tapsfølelsen etter mislykket behandling, og sykepleier vil ofte være en viktig samtalepartner i den noen ganger lange behandlingsfasen.

I følge Folkehelseinstituttet (2004) er depresjon en viktig risikofaktor for selvmord, og risikoen øker betraktelig ved langvarige depresjoner. Både Volgsten, Svanberg og Olsson (2010), Loftus og Andriot (2012) og Peddie, Teijkingen og Bhattacharya (2005) fant at noen kvinner hadde suicidale tanker i tiden etter mislykket ART-behandling. At kvinner opplever depresjon og andre psykiske vansker som følge av barnløshet bekreftes av flere (Möller og Bjuresten 2005, Schimidt og Sejbæk 2012, Cousineau og Domar 2007). Eksempelvis påpeker Sundby (1999) at noen kvinner opplever infertiliteten som så traumatiserende at de har behov for psykiatrisk behandling. Cousineau og Domar (2007) fant i sitt litteraturstudie at 13% av kvinnene opplevde å ha suicidale tanker. De trekker også frem en rapport fra WHO som viser til infertile kvinner i u-land, hvor flere kvinner velger selvmord fremfor torturen ved å leve som barnløs (Cousineau og Domar 2007). En annen studie fra Danmark bekrefter også våre funn om at kvinnene hadde tanker om selvmord i tiden etter behandlingen. Studien viser at kvinner som ikke fikk barn til tross for behandling, hadde dobbel så stor risiko for å begå selvmord enn kvinnene som hadde fått ett eller flere barn etter ART-behandlingen (Trille et al. 2011). Dette kan tyde på at det er viktig for sykepleier og annet helsepersonell å identifisere disse gruppene og gi dem ekstra støtte og hjelp i tiden etter behandlingen. Sykepleier har ansvar for praksis som fremmer helse og forebygger sykdom, samt det å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund 2011). Det kan tenkes at fertilitetsbehandlingen er preget av tekniske og medisinske prosedyrer. Å se pasienten og identifisere mulige psykiske vansker vil kunne være avgjørende for å ivareta pasientens mentale helse og dermed helhetlig omsorg.

5.2.2 Fellesskapet jeg aldri blir en del av

Intimiteten og kjærlighetens år blir beskrevet som lyse og fulle av varme og solskinn. Å skape et nytt liv er en fryd, og det å se barna vokse opp og overta ansvaret for sitt eget liv er fantastisk. Men ikke alle mennesker har opplevd denne lykken og velsignelsen, og en følelse av isolering og tomhet kan oppstå hos personer som ikke har hatt en slik rik periode (Erikson og Erikson 2004).

Infertilitet truer kvinnes opplevelse av samhørighet, både til sin partner, andre kvinner og foreldre (Möller og Bjuresten 2005). Næss (2001) mener den sosiale forankringen er et av menneskelivets mest sentrale kjennetegn. I *Livskvalitet som psykisk velvære* (2001) trekker Næss frem flere studier på opplevd livskvalitet og hva som gjør et menneske lykkelig. Resultatene viser at familieforhold, å ha venner og det å være i arbeid var områder som hadde stor betydning for enkeltmennesket. Infertile kvinners samhørighet med venner og familie vil derfor kunne ha innvirkning på livskvaliteten.

Våre funn tyder på at mislykket ART-behandling fører til store utfordringer og vanskeligheter i sosiale sammenhenger (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Jennings 2010, Loftus og Andriot 2012, McCarthy 2008, Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011, Harris og Daniluk 2010, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). Kvinnene i vår studie beskrev utfordringer ved det å ikke ha historiene å dele med andre. Historiene omhandlet erfaringer og opplevelser av graviditet og fødsler, samt erfaringer og holdninger knyttet til barneoppdragelse. Dette førte til isolasjon og flere følte seg ekskluderte (Jennings 2010, Loftus og Andriot 2012, McCarthy 2008). Hansen (2012) mener at barnløse ofte kan opparbeide seg større nettverk av familie og venner som kompenserer for den sosiale kontakten et barn gir. De finner dermed andre kilder til tilhørighet. Funnene våre tyder på at kvinnene opplevde kontakt med familie og venner som utfordrende, og selv flere år etter behandlingen opplevde flere kvinner et stort behov for å trekke seg tilbake i sosiale settinger (Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011).

Tjørnhøj-Thomsen (2003) har utforsket barns sosiale og kulturelle betydning blant infertile. Hun fant i sin studie at infertile følte seg utelukket i sosiale fellesskap. Da hun utforsket kvinner som tidligere hadde vært barnløs, men som senere hadde lyktes med ART-behandling fant hun en interessant sammenheng. Kvinnene følte at det å bli mor hadde utvidet deres verden, de ble en del av fellesskapet og de hadde endelig historiene (Tjørnhøj-Thomsen 2003). Dette kan styrke våre funn om at barn kan ha stor betydning for kvinners opplevelse av samhørighet og livskvalitet. At sykepleier har forståelse for at noen kvinner opplever sosiale situasjoner som vanskelig vil kunne være viktig. Samtidig kan det å identifisere problemets størrelse ha betydning. Å ikke like sosiale sammenkomster med småbarnsmødre og gravide er betydelig annerledes enn sosial isolasjon som følge av sosialfobi. Alle mennesker kan i noen settinger føle seg utilpass, men ved sosialfobi skjerner personen seg i stor grad mot sosial kontakt. Ofte er slik adferd ikke påfallende fordi det alltid finnes gode unnskyldninger til ikke å delta i sosiale aktiviteter og fellesskap (Snoek og Engeland 2006). Som sykepleier kan det derfor være viktig å kartlegge om kvinnene opplever sosiale sammenhenger som vanskelige, for å dermed vurdere alvorlighetsgrad og behov for hjelp og støtte.

Om disse kvinnene faktisk ble ekskluderte er vanskelig å si, noe som heller ikke kan bekreftes fordi litteraturstudiet bare tar for seg kvinnenens perspektiv. Det kan tenkes at eksklusjon er en svært subjektiv opplevelse. Å oppmuntre kvinnene til å snakke med familie og venner om tanker og følelser kan være viktig. Dette for å oppklare i eventuelle misforståelser i de ulike relasjonene.

5.2.3 Det er det som gjør deg til en kvinne

Mennesker er en del av en sosial struktur som innebærer ulike posisjoner og roller. Som kvinne er man født inn i en spesifikk, tilskreven posisjon, det å være kvinne. Alle utsettes for rolleforventninger, og dersom vår adferd ikke samsvarer med forventninger kan dette føre til negative reaksjoner (Schiefløe 2011). Mastekaasa og Næss (2011) trekker frem at dagens samfunn utsetter voksne kvinner for et normativt press, og for noen vil det å være barnløs oppleves som et stort nederlag.

Kvinnene i vår studie trakk frem kjønnsrelaterte normer, som at jenter helt fra barndommen av er kjent med at de en dag skal bli mor. Når disse normene og forventningene ikke ble oppfylt førte dette til at mange følte seg mislykket (Jennings 2010, Loftus og Andriot 2012). Hansen (2012) trekker frem at det kan være svært belastende å bryte med sosiale forventninger. Til tross for at stigmatisering av barnløse er mindre nå enn før, eksisterer det fortsatt.

Möller og Fällström (1991) mener at infertilitet kan oppleves som en trussel mot identiteten, noe som kan føre til et negativt selvilde for den det gjelder. Kvinnene vil kunne føle seg verdiløse, udugelige som partnere, men også som kvinne som følge av den manglende evnen til å reprodusere seg (Möller og Fällström 1991 sitert i Möller og Bjuresten 2005). Dette var også et av våre hovedfunn. Kvinnene som hadde gjennomgått mislykket ART-behandling opplevde dårlig selvtillit, de følte seg annerledes og utilstrekkelige som kvinner (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Jennings 2010, Loftus og Andriot 2012, McCarthy 2008, Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). Cousineau og Domar (2007) fant i sitt litteraturstudie at mange kvinner antar at de en dag skal få barn, og at infertiliteten utfordrer den kvinnelige identiteten. De fant også at mange opplevde redusert egenverd, både fordi selvtilliten hadde blitt ødelagt, og fordi kroppen hadde feilet (Cousineau og Domar 2007). Tjørnhøj-Thomsen (2003) mener følelsen av å ikke være en riktig kvinne er forbundet med den reduserte evnen til å få egne, genetiske barn, noe som videre omhandler aspektet av barn i en kulturell og sosial sammenheng.

Årsaken til infertiliteten ligger hos kvinnen i 50% av tilfellene (Jerpset 2010). Våre funn viser at kvinnelig infertilitetsfaktor var en viktig årsak til redusert selvfølelse (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009). Å vite at mannen kunne få barn med andre kvinner var for en kvinne svært tøft, både for den kvinnelige identitetsfølelsen og fordi hun ikke kunne forstå hvorfor mannen ønsket å være sammen med henne (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010). Cousineau og Domar (2007) fant i sin studie at det var kvinnene som opplevde den største psykiske belastningen selv om årsaken var knyttet til mannen. Det kan derfor tenkes at infertiliteten oppleves som svært belastende for kvinnen, uavhengig av årsak. Videre kan det diskuteres om infertilitetsårsaken blir viktigere når barnløsheten er konstant og når håpet om å få egne barn er borte. Å oppleve høy grad av positive følelser er vesentlig for livskvaliteten, og

Næss (2011) mener at selvforakt derfor vil kunne true personens livskvalitet. Et menneske kan ha høy selvtillit i den betydning at personen er trygg på seg selv og sine evner. Næss (2001) påpeker at den psykiske tilstanden er sensitiv for livshendelser som er gode eller dårlige. Vanskeligheter kan redusere både selvtillit og glede, og personens livskvalitet vil være avhengig av hvor ofte personen er glad, og om utgangspunktet er en grunnstemning for glede (Næss 2001). I to studier kom det frem at tiden hadde endret kvinnenes syn på seg selv til det mer positive (Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011). At sykepleier anerkjenner kvinnenes positive egenskaper vil kunne være viktig i tiden etter mislykket ART-behandling for å ivareta pasientens integritet, fremme følelsen av å være kvinne og dermed kunne øke livskvaliteten. Videre kan det være viktig med informasjon om blant annet infertilitetsårsaker og forekomst. Det kan vært godt for kvinnen å vite at hun ikke er alene. Sykepleier bør også passe på å ikke gi kvinnen skyldfølelse for sin tilstand, som for eksempel ved aldersrelatert infertilitet. Flere studier tar for seg infertile kvinners tilbøyelighet til å bruke internett som støtte (Toscano og Montgomery 2009, Malik og Coulson 2010, Hinton, Kurinczuk og Ziebland 2010). Dette kan i noen tilfeller gi en negativ effekt da kvinnene ofte vurderer seg selv opp mot andre (Malik og Coulson 2010). I forum vet man ikke alltid hvem man snakker med, og useriøse brukere kan også ha tilgang til nettsidene. Det kan derfor være en fordel at sykepleier informere kvinnene om negative sider ved nisse-støtte, og heller oppfordre til å ta kontakt med fertilitetsklinikker eller andre fagpersoner for informasjon.

5.2.4 I gode og onde dager

Våre funn viser at mislykket ART-behandling hadde innvirkning på parforholdet, både positivt og negativt (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Wirtberg et al. 2007, Peters, Jackson og Rudge 2011, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). Noen kvinner opplevde et sterkere bånd til sine menn, og at behandlingen til tross for mislykket resultat, hadde hatt positiv innvirkning på dem som par (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Peters, Jackson og Rudge 2011). En dansk kohort studie fant også at noen kvinner opplevde at infertiliteten og behandlingen hadde styrket parforholdet og brakt dem nærmere sammen (Peterson et al. 2011). Til tross for dette opplevde flere kvinner at behandlingen hadde hatt negative konsekvenser (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Wirtberg et al. 2007,

Peddie, Tejjkingen og Bhattacharya 2005). I Norge er en av de vanligste skillemissgrunnene barnløshet (Bondgard 1999), og flere kvinner i studien til Volgsten, Svanberg og Olsson (2010) og Wirtberg et al. (2007) opplevde samlivsbrudd i tiden etter behandlingen. I studien til Wirtberg et al. (2007) hadde sju av fjorten kvinner skilt seg. Denne andelen er ikke signifikant med tanke på gjennomsnittlig skilsmissestatistikk (Statistisk Sentralbyrå 2013). Det interessante er at samlivsbruddet var relatert til infertiliteten og at det i seks av sju tilfeller var mannen som hadde dratt (Wirtberg et al. 2007). Selv om mange ønsker seg barn, kan det å bli foreldre innebære utfordringer i parforholdet. Mastekaasa og Næss (2011) påpeker at det å få barn både fremstilles som en kilde til glede og som en kilde til stress, og at barn overtar noe av kjærligheten som igjen fører til at den ekteskapelige lykken falmer med årene. Som Hansen (2012), mener Mastekaasa og Næss (2011) at barnløshet ikke synes å ha stor effekt på livstilfredsheten i elder år, så lenge man lever i parforhold. Dette kan tyde på at barnløse par opplever større livskvalitet enn enslige barnløse.

Seksualitetene har to funksjoner. Reproduksjon og seksuell glede og orgasme. I befolkningen forekommer seksuelle problemer på mange ulike områder. Det kan gjelde for liten eller for stor lyst, vanskeligheter med å gjennomføre samleie, samt problemer knyttet til orgasme (Möller og Bjuresten 2005). Våre resultater viser at flere kvinner opplevde problemer knyttet til seksuallivet etter mislykket ART-behandling (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Wirtberg et al. 2007). I følge Möller og Bjuresten (2005) er infertilitet en stor påkjenning for parforholdet, også seksuelt. Kvinnene opplevde at lysten og gleden ved å ha sex hadde gått bort i behandlingsprosessen, og at den aldri hadde kommet tilbake (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Wirtberg et al. 2007). Under behandlingen er paret ofte avhengig av komplekse krav fra fertilitetsklinikken i forhold til blant annet presis planlegging. Dette vil kunne gi negative konsekvenser, fordi sex kan oppleves som mekanisk, intimiteten reduseres og stresset øker. Tidligere forskning viser også at par sliter med intimitet og sex flere år etter behandlingen, selv når behandlingen førte til graviditet (Cousineau og Domar 2007). Möller og Bjuresten (2005) skriver at infertiliteten oppleves som et psykologisk, sosialt og medisinsk fenomen. Schmidt og Sejbæk (2012) mener at en behandling av de psykososiale konsekvensene av infertiliteten og fertilitetsbehandlingen kan ha en forebyggende betydning. De trekker frem at de negative følgene for parforholdet kan minskes og at dette videre kan fører til at fertilitetspasientenes innbyrdes relasjon kan styrkes (Schmidt og Sejbæk 2012). Det kan tenkes at samtaler med paret om sex kan være

vanskelig. Seksualiteten kan for mange oppleves som svært privat, noe som kan føre til at temaet kan være vanskelig å snakke om. Et sterkt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient kan derfor være avgjørende med tanke på åpenhet rundt temaet. Sykepleier vil også kunne ha et ansvar med tanke på identifisering av behov for hjelp og støtte. I Norge har enkeltpersoner, par og familier tilbud om rådgivning og samtaler gjennom familievern (Bufetat 2013). Private fertilitetsklinikker har også tilbud om psykolog eller veileder for sine pasienter (Klinikk Hausken 2012, Medicus 2013). Gjennom samtaler med paret kan sykepleier identifisere behovet for ekstra støtte og videre foreslå aktuelle instanser som kan bistå.

5.2.5 Hvis gud har bestemt at jeg ikke skal bli mor, hvorfor har jeg da blitt plassert på denne jorden?

I følge Erikson (1963) omhandler generativiteten behovet for å skape og lede neste generasjon, men Erikson mener også at det ikke bare er ønsket om, eller det å få barn som garanterer en generativitet. I eldre år har mennesket behov for orden og mening, akseptere livet slik det ble og godta at det ikke kunne blitt erstattet av noen annet. For å unngå fortvilelse og forakt er vi avhengig av at denne aksepten finner sted (Erikson 1963). Flere kvinner i vår studie hadde kommet nær en aksept, noe som innebar håp, mening og nye mål for fremtiden (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Jennings 2010, McCarthy 2008, Wirtberg et al 2007, Silvia og Machado 2010, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). Til tross for dette var det også flere kvinner som fant det vanskelig med å akseptere livet slik det ble (Volgsten, Svanberg og Olsson 2010, Toscano og Montgomery 2009, Wirtberg et al. 2007, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). Sundby (1999) mener at tiden vil lindre ubehaget for alle, og at det ikke er bare de som opplever vellykket ART-behandling som får et bedre liv. Hun trekker frem at de som objektivt sett fungerer best etter 8-10 år, er de som adopterer. Flere kvinner i vår studie valgte adopsjon som et alternativ til biologiske barn (Jenning 2010, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005), mens noen mente at adopsjon skapte rasistiske, finansielle, sosiale og byråkratiske utfordringer (Wirtberg et al. 2007, Silvia og Machado 2010). Flertallet av adopsjonsbarn som kommer til Norge har ikke-vestlig bakgrunn (Adopsjonsforum 2013a), og Nordisk adopsjonsråd (2011) bekrefter at adopterte barn i skandinaviske land opplever en økning i rasistiske utfordringer (Adopsjonsforum 2013b). Adopsjonssøknaden innebærer også ulike prosesser

og saksbehandlingen skjer både gjennom myndighetene i landet hvor adoptivforeldrene kommer fra, samt samarbeidslandet (Adopsjonsforum 2008). Til tross for slike utfordringer uttrykte kvinnene i studien til Wirtberg et al. (2007) en anger over valget om å ikke adoptere, og flere mente at noen burde presset dem i retning mot adopsjon. Möller og Bjuresten (2005) mener at fertilitetsklinikkene bør informere paret om adopsjonsmuligheten. Det kan derfor tenkes at helsepersonell kan ha et ansvar på dette område, som rådgivere om andre alternativer etter mislykket og avsluttet ART-behandling. Det er i dag ikke tillatt med eggdonasjon i Norge (Bioteknologiloven 2003), mens dette er tillatt i land som Danmark, Finland, Belgia og England (Sandvik 2008). Fordi problemene knyttet til infertilitet ofte er knyttet til ovulasjossvikt (Åbyholm og Molne 2010) vil kanskje eggdonasjon være et alternativ i fremtiden, og dermed en mulighet på samme måte som adopsjon. Ved eggdonasjon vil kvinnene kunne oppleve graviditetens positive og negative sider, samt følelsen av påvirkning på fosterstadiet og det å føde et barn. Dette vil kanskje for mange kvinner være en viktig del av det å bli mor, noe som kan gjøre eggdonasjon til et ønskelig alternativ.

Kvinnene i vår studie som ikke valgte adopsjon fant mye glede i det å hjelpe vanskeligstilte barn (Jennings 2010, Wirtberg et al. 2007), samt å engasjere seg for andre, som sin gamle mor, sine tantebarn og kjæledyr (Wirtberg et al. 2007). I følge Yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier ivareta den enkeltes verdighet, integritet, samt understøtte mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund 2011). I studien til Wirtberg et al. (2007) omtalte noen kvinner sine hunder og katter som sine babyer. At sykepleier anerkjenner pasientens engasjement for andre personer eller dyr kan være viktig for å fremme integritet og verdighet hos pasienten.

Å oppleve ting som hender som meningsfylt er viktig både for menneskets eksistens (Möller og Bjuresten 2005) og livskvalitet (Næss 2011). Næss (2001) mener at livskvalitet innebærer tilfredshet med eget liv, at man opplever mening med tilværelsen og føler glede og kjærlighet (Næss 2001). Mange anser barn som livets mening, og barnløsheten kan dermed føre til eksistensielle utfordringer (Möller og Bjuresten 2005). I studien til McCarthy (2008) opplevde noen kvinner at tiden etter ART-behandling var dominert av eksistensielle spørsmål. Möller og Bjuresten (2005) skriver at «hvorfør spørsmål» både er et ledd i søken etter en eksistensiell orden, samt meningsfullhet og forutsigbarhet (Möller og Bjuresten 2005). At kvinnene har noen å dele sine tanker med kan derfor være en viktig

del av det å akseptere livet som barnløs, samt det å sette seg nye mål og finne en mening med tilværelsen. For å kunne akseptere livet mente noen kvinner at positive tanker og holdninger var avgjørende. Dette innebar å glede seg over det en har, fremfor å dvele over barnet som ikke kom (McCarthy 2008, Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). Studier viser at kvinner faktisk opplever mindre angst og depresjon etter avsluttet behandling, selv om behandlingen ikke førte til barn. Det å få barn er heller ingen garanti for et vellykket liv, og flere kvinner som gjennomgår vellykket ART-behandling opplever at livet som mor innebærer mange uventede utfordringer (Greil, Slauson-Blevins og McQuillian 2009). Livet uten barn innebar også det å lage alternative planer som ikke inkluderte barn (Peddie, Teijkingen og Bhattacharya 2005). Hansen (2012) skriver at barnløse finner andre kilder til selvrealisering og mening i livet. Dette kan tyde på at mange kvinner faktisk godtar livet uten barn, og klarer å engasjere seg på andre områder som kan kompensere for barnet som aldri kom. Samtidig er det viktig at sykepleier har kunnskap om at dette ikke vil gjelde for alle, og at barnløsheten fortsatt har en sentral rolle i livet til mange kvinner som gjennomgår behandling. Å støtte pasienten i søken etter en mening vil kunne være viktig. Hvorfor er jeg plassert på denne jorden? Sammen kan vi kanskje gjøre tiden vi har fått tildelt så meningsfull som mulig.

6.0 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å beskrive kvinners tanker og opplevelser etter å ha gjennomgått assistert befruktning. Våre funn viser at livskvaliteten i stor grad blir påvirket av mislykket ART-behandling. Kvinnene opplevde vonde følelser som tap, sorg, sinne og frustrasjon. Flere kvinner isolerte seg og følte seg ekskluderte i sosiale sammenhenger og mange opplevde tøffe perioder med redusert selvtillit. Dette ble videre relatert til sosiale forventninger og det å ikke føle seg som en riktig kvinne. Men funnene våre viste også at flere var nær ved en aksept og mange fant mening i livet ved å engasjere seg for andre, samt adopsjon. Parforholdet ble påvirket både positivt og negativt av mislykket ART-behandling, og noen mente at erfaringene hadde styrket parforholdet, mens flere hadde både samlivsmessige og seksuelle problemer i etterkant.

Sykepleier vil møte infertile kvinner som har gjennomgått mislykket ART-behandling i ulike sammenhenger og i ulike aldre. Å vise forståelse og anerkjenne kvinnenes følelser og mestringsstrategier vil kunne være svært viktig. Sykepleier har også et ansvar med tanke på kartlegging og vurdering av behov for støtte og informasjon, samt det å henvise til spesialiserte instanser som kan bidra med ytterligere hjelp. Det å se og lytte til pasienten er viktig uavhengig av diagnose, alder og livssituasjon. Dette er også en vesentlig del av sykepleien til kvinner som gjennomgår fertilitetsbehandling, mislykkes med behandling for siden å erkjenne sin barnløshet. Statistikk viser at infertilitet er et økende problem, og at assistert befruktning er en behandlingsform i fremvekst. Dette betyr også at flere og flere vil oppleve mislykket behandling. Det kan tenkes at det er forskjeller mellom private og offentlige klinikker med tanke på den helhetlige omsorgen. Dette fordi kvinnene som benytter seg av private klinikker betaler for en tjeneste og at det er større konkurranse mellom de aktuelle aktørene. Det vil også være færre pasienter i systemet hos private klinikker enn hos offentlige, noe som kanskje gjør at private klinikker har mer tid til hvert enkelt par. Det kan tenkes at et obligatorisk oppfølgingsprogram kan være aktuelt i etterkant av mislykkede forsøk og ved avsluttet behandling. Uavhengig av om behandlingen skjer hos private klinikker eller på offentlige sykehus. Dette vil muligens kunne øke sannsynligheten for at psykiske problemer blir fanget opp, forberede kvinnen på fremtiden, som videre kan forebygge den reduserte livskvaliteten kvinnene opplever.

6.1 Forslag til videre forskning

Til tross for at problemstillingen er svært tidsaktuell fantes det lite forskning på området. Flere studier tar for seg opplevelser knyttet til det å være infertil, men få går spesifikt inn på konsekvenser av mislykket behandling.

Å øke fokus på konsekvensen i etterkant av behandlingen, samt forskjeller mellom private og offentlige klinikker vil kunne være viktig. I diskusjonen kommer det frem at barn i liten grad påvirker Eldres livskvalitet. Fremtidig forskning bør kanskje også ta for seg langtidseffekten av mislykket ART-behandling, da vi vet lite eller ingenting om hvordan behandlingen påvirker livskvaliteten i eldre år.

Litteraturliste

Adopsjonsforum. 2008. *Tema: Adopsjon A-Å. Trinn for trinn.*

<http://www.adopsjonsforum.no/index.aspx?article=1097&mid=1097> (Lest 04.03.2013).

Adopsjonsforum. 2013a. *Tema: Hvor kommer barna fra?*

<http://www.adopsjonsforum.no/index.aspx?article=1660> (Lest 04.03.2013).

Adopsjonsforum. 2013b. *Tema: Nordisk adopsjonsråd: Rasisme rammer adopterte.*

<http://www.adopsjonsforum.no/index.aspx?article=3805199> (Lest 04.03.2013).

Bendiksen, Rita Beate. 2010. Befruktning og forsterutvikling. I *Det nye livet*. 2.utgave, red. Synne Holan og Mari Landsverk Hagtvedt, 35-53. Bergen: Fagbokforlaget Vigmodstad & Bjørke AS.

Bioteknologiloven. 2003. *Lov av 5. juni nr. 56, 12. juni 1987 nr. 68 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.* <http://www.lovdatab.no/all/tl-20031205-100-002.html> (Lest 09.02.2013).

Bioteknologinemda. 2010. *Tema: Assistert befruktning.*

<http://www.bion.no/temaer/assistert-befruktning> (Lest 09.02.2013).

Bongard, Terje. 1999. Det menneskelige grunnfjell. Følelser som tilpasninger til et førhistorisk liv. I *Åpen høring om barnløshet- Har vi alle rett til barn?* Bioteknologinemda og verdikommisjonen.

http://www.bion.no/filarkiv/2010/07/1999_04_07_barnloeshet_rapport.pdf (Lest 03.03.2013).

Braun, Virginia og Victoria Clarke. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2): 77-101.

Bufetat. 2013. *Tema: Familievernkontor.* <http://www.bufetat.no/familievernkontor/> (Lest 13.03.2013).

Cousineau, Tara M. og Alice D. Domar 2007. Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 21(2): 293-308.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2010. *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Erikson, Erik Homburger. 1963. *Childhood and society*. New York: Norton.

Erikson, Erik Homburger og Johan M. Erikson. 2004. *Den fullbordade livscykeln*. 3. utgave. Stockholm: Natur og Kultur.

Evenshaug, Oddbjørg og Dag Hallen. 2000. *Barne- og ungdomspsykologi*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Folkehelseinstituttet. 2004. *Tema: Selvmord - fakta om forebygging*.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:49751::1:5647:61:::0:0 (Lest 05.03.2013).

Folkehelseinstituttet. 2013. *50 prosent økning i assistert befruktning siste ti år*.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6499&Main_6157=6263:0:25,6665&Content_6499=6178:103039:::0:6271:9:::0:0 (Lest 20.03.2013).

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Forskningsetiske komiteer. 2010. *Veiledning for forskningsetisk og vitenskaplig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.

[http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskningsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20\(2010\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskningsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20(2010).pdf) (Lest 15.02.2013).

Greil, Arthur L., Kathleen Slauson-Blevins og Julia Mcquillan. 2010. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness* 32(1): 140-162.

- Hansen, Tomas. 2012. Ingen risiko å bli gammel uten barn. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 49: 405-407.
- Hansen, T., B. Slagsvold, og T. Moum. 2009. Childlessness and psychological well-being in midlife and old age: An examination of parental status effects across a range of outcomes. *Social Indicators Research* 94, 343–362.
- Harris, Darcy L. og Judith C. Daniluk. 2010. The experience of spontaneous pregnancy loss for infertile women who have conceived through assisted reproduction technology. *Human Reproduction* 25(3): 714-720.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2002. Endringer i reglene om egenbetaling for assistert befruktning og sterilisering.
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/andre/brev/utvalgte_brev/2002/endringer-i-reglene-om-egenbetaling-for-.html?id=90869 (Lest 27.11.2012).
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2003. Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-64-2002-2003-/4/8/5.html?id=174167> (Lest 14.11.2012).
- Hinton, L., JJ. Kurinczuk og S. Ziebland. 2010. Infertility; isolation and the Internet: a qualitative interview study. *Patient Education & Counseling* 81(3): 436-441.
- Høydahl, Even. 2008. *Innvandrerbegreper i statistikken, Vestlig og ikke-vestlig - ord som ble for store og gikk ut på dato*. <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato> (Lest 23.02.2013).
- Jennings, Patricia K. 2010. God had something else in mind, Family, religion and infertility. *Journal of Contemporary Ethnography* 39: 215-237.
- Jerpset, Heidi. 2010. Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I *Klinisk sykepleie* 2. 4.utgave, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 17-52. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johansson, Ingela, Else Jørgensen, Ragnhild Michaelsen og Torill Skrondal. 2012. *Generelle retningslinjer for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie*. Molde: Avdeling for helse- og sosialfag.

Kelly-Weeder, Susan. 2012. Helping patients through the pain of infertility. *The Nurse Practitioner* 37(2): 47-52.

Klinikk Hausken. 2012. *Tema: Service og pleie*.
http://www.klinikkhausken.no/?page_id=102 (Lest 13.03.2013).

Kunnskapsbasert praksis. 2012. *Tema: Spørsmålsformulering, PICO*.
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/> (Lest 23.11.2012).

Kunnskapsenteret. 2006. *Tema: Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*.
http://www.kunnskapsenteret.no/Verktøy/_attachment/2042?_ts=119e72e5870&download=true (Lest 05.02.2013).

Kunnskapsenteret. 2011. *Tema: Slik oppsummerer vi forskning*.
http://www.kunnskapsenteret.no/Verktøy/_attachment/13439?_ts=132c8ffc4c7&download=true (Lest 05.02.2013).

Loftus, Jeni og Angie L. Andriot. 2012. That`s What makes a women, Infertility and coping with a failed life course transition. *Socological Spectrum* 32: 226-243.

Malik, S. og NS. Coulson. 2010. 'They all supported me but I felt like I suddenly didn't belong anymore': an exploration of perceived disadvantages to online support seeking. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 31(3): 140-9.

Mastekaasa, Arne og Siri Næss. 2011. Ekteskap og familie. I *Livskvalitet, Forskning om det gode liv*, red. Siri Næss, Torbjørn Moum og John Eriksen, 170-183. Bergen: Fagbokforlaget.

McCarthy, Patrice M. 2008. Women's lived experience of infertility after unsuccessful medical intervention. *Journal Of Midwifery & Women's Health* 53(4): 319-324.

Medicus. 2013. *Tema: Personlig oppfølging og veileder- et viktig tilbud til ufrivillig barnløse*. <http://www.medicus.no/blogg/proverors-behandling/personlig-oppfolging-av-veileder-et-viktig-tilbud-til-ufrivillig-barnlose/> (Lest 13.03.2013).

Moen, Mette Haase. Endometriose. I *Obstetikk og gynekologi*, red. Bergsjø, Per, Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim, 353-362. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Möller, Anders og Kerstin Bjuresten. 2005. Pasienten i sentrum. I *Infertilitet*, red. Julius Hreinsson, Lars Hamberger og Thorir Hardarson, 169-180. Lund: Studentlitteratur

Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste. 2013. *Database for statistikk om høgre utdanning*. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest 15.02.2013).

Norsk Sykepleierforbund. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Næss, Siri. 2001. *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA Rapport 3/2001. http://www.nova.no/asset/2749/1/2749_1.pdf (Lest 14.03.2013).

Næss, Siri. 2011. Språkbruk, definisjoner. I *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*, red. Siri Næss, Torbjørn Moum og John Eriksen, 15-51. Bergen: Fagbokforlaget.

Peddie, V.L., E. Van Teijkingen og S. Bhattacharya. 2005. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction* 20(7): 1944-1951.

- Peters, Kathleen, Debra Jackson og Trudy Rudge. 2011. Surviving the adversity of childlessness: Fostering resilience in couples. *Contemporary Nurse* 40(1): 130-140.
- Peterson, Brannan D., Matthew Pirritano, Jessica M. Block og Lone Schmidt. 2011. Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility* 95 (5): 1759-1763.
- Sandvik, Kjersti. 2008. *Ønskebarn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schiefloe, Per Morten. 2011. *Mennesker og samfunn*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Schmidt, Lone. 2006. Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *The Lancet* 367(9508): 379-380.
- Schmidt, Lone og Camilla Sandal Sejbæk. 2012. Psykosociale følger av infertilitet og fertilitetsbehandling. *Ugeskrift for læger* 174 (41): 2459-2462.
- Silvia, Susana og Helena Machado. 2010. Uncertainty, risks and ethics in unsuccessful in vitro fertilisation treatment cycle. *Health, Risk & Society* 12(6): 531-545.
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engeland. 2006. *Psykiatri*. 3. utgave. Oslo: Akribe Forlag.
- Statistisk Sentralbyrå. 2013. *Ekteskap og skilsmisser, 2012*. <http://www.ssb.no/ekteskap/> (Lest 15.03.2013).
- Statistisk Sentralbyrå. 2012. Færre fødsler og høyere fødealder. <http://ssb.no/fodte> (Lest 12.09.2012).
- Sundby, Johanne. 1999. Adopsjon eller prøverør – eller leve uten barn?: Jeg er lei for å være barnløs, men jeg lever bra uten barn. Jeg er en god mor, men jeg er ikke godtatt som mor. I *Åpen høring om barnløshet - Har vi alle rett til å få barn?* Bioteknologinemda og verdikommisjonen.

http://www.bion.no/filarkiv/2010/07/1999_04_07_barnloeshet_rapport.pdf (Lest 03.03.2013).

Tanbo, Tom. 2008. Er befolkningens fruktbarhet endret?. *Tidsskrift for den norske legeforening*:128:330-3.

Tjørnhøj-Thomsen, Trine. 2003. Børns sociale og kulturell betydning: Et barnløst perspektiv på børn. *Barn* nr 1: 63-81.

Toscano, Sharyl Eve og Rebecca M. Montgomery. 2009. The lived experience of women pregnant (including preconception) Post in vitro fertilization through the lens of virtual communitie. *Healthcare of Women International* 30: 1014-1036.

Trille, Kristina Kjaer, Allan Jensen, Susanne Oksbjerg Dalton, Christoffer Johansen, Sven Schmiedel og Sudanne Krüger Kjaer. 2011. Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Human Reproduction* 26 (9): 2401-2407.

Volgsten, Helena, Agneta Skoog Svanberg og Pia Olsson. 2010. Unresolved grief in women in Sweden three years after undergoing unsuccessfull in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetricia et Gynecologica* 89: 1290-1297.

Wirtberg, I., A. Möller, L. Hogström, S-E. Tronstad og A. Lalos. 2007. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction* 22(2): 598-604.

World Health Organization. 2012. *Health topics: Infertility*.
<http://www.who.int/topics/infertility/en/> (Lest 08.10.2012).

Åbyholm, Tomas. 1999. Oversikt over kunstig befruktning. I *Åpen høring om barnløshet - Har vi alle rett til å få barn?* Bioteknologinemda og verdikommisjonen.
http://www.bion.no/filarkiv/2010/07/1999_04_07_barnloeshet_rapport.pdf (Lest 03.03.2013).

Åbyholm, Thomas og Kåre Molne. 2010. Det infertile paret. I *Obstetrikk og gynekologi*, red. Bergsjø, Per, Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim, 353-362. Oslo: Gyldendal Akademisk.

PIO-skjema

Ord som er streket under er MeSH-termer

P	Women* or woman*, <u>female</u> AND and Infertil*, <u>infertility female</u> , childlessness
I	AND <u>Treatment outcome</u> , treatment, IVF, <u>Fertilization in vitro</u> , unsuccessful, <u>Reproductive Techniques, Assisted, Treatment Failure</u> <u>Longitudinal studies, longitudinal impact</u>
O	AND Experie* - <u>Life Change Events</u> - <u>Quality of Life</u> - <u>Adaptation, Psychological</u> – Psychological, emotion*

SØKEHISTORIKK, SØK NR. 1**OVID MEDLINE****03.01.2013**

	Søkeord	Dato	Treff	Leste abstrakt	Bestilte artikler	Inkluderte artikler
1	Women*	03.01.2013	608084	0	0	0
2	Woman*	03.01.2013	142484	0	0	0
3	Primary infertility or infertility or infertility female	03.01.2013	31566	0	0	0
4	Treatment*	03.01.2013	295069 1	0	0	0
5	IVF or fertilization in vitro	03.01.2013	27684	0	0	0
6	Experience*	03.01.2013	598356	0	0	0
7	Emotion*	03.01.2013	111524	0	0	0
8	Psychologic * or Adaptation, psychologic al	03.01.2013	316573	0	0	0
9	1 or 2	03.01.2013	724110	0	0	0
10	4 or 5	03.01.2013	296957 6	0	0	0
11	6 or 7 or 8	03.01.2013	935928	0	0	0
12	3 and 9 and	03.01.2013	774	0	0	0

	10 and 11					
13	limit 12 to (yr="2007 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish))	03.01.2013	273	65	11	3 <i>"Unresolved grief in women in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment"</i> <i>"The lived experience of women pregnant (including preconceptio n) Post in vitro fertilization through the lens of virtual communities"</i> <i>"Life 20 years after unsuccessful infertility treatment"</i>

SØKEHISTORIKK, SØK NR. 2**OID MEDLINE****30.01.2013**

	Søkeord	Dato	Treff	Leste absrakt	Bestilte artikler	Inkluderte artikler
1	woman. or Women/	30.01.2013	148103	0	0	0
2	Female	30.01.2013	6111196	0	0	0
3	Infertility, Female/ or infertil*	30.01.2013	62585	0	0	0
4	Childlessness	30.01.2013	489	0	0	0
5	Treatment	30.01.2013	2837920	0	0	0
6	Treatment Outcome	30.01.2013	551810	0	0	0
7	Reproductive Techniques, Assisted/ or Fertilization in Vitro/	30.01.2013	29108	0	0	0
8	IVF	30.01.2013	14608	0	0	0
9	Treatment Failure	30.01.2013	24262	0	0	0
10	Unsuccessful	30.01.2013	21831	0	0	0
11	experience*	30.01.2013	594087	0	0	0
12	"Quality of Life"	30.01.2013	104359	0	0	0
13	Life Change Events	30.01.2013	18118	0	0	0
14	Adaptation, Psychological	30.01.2013	69547	0	0	0

15	Longitudinal Studies/ or longitudinal impact	30.01.2013	75162	0	0	0
16	1 or 2	30.01.2013	6119874	0	0	0
17	3 or 4	30.01.2013	62848	0	0	0
18	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 15	30.01.2013	2931911	0	0	0
19	11 or 12 or 13 or 14	30.01.2013	744267	0	0	0
20	16 and 17 and 18 and 19	30.01.2013	1545	0	0	0
21	limit last 5 years (yr="2008 - current" and (danish or english or norwegian or swedish))		378	15	4	1 <i>"Women`s lived experience of infertility after unsuccessfull medical intervention"</i>

SØKEHISTORIKK, SØK NR. 3

PSYCH INFO

30.01.2013

	Søkeord	Dato	Treff	Leste abstrakt	Bestilte artikler	Inkluderte artikler
1	Women	30.01.2013	101191	0	0	0
2	woman*	30.01.2013	14110	0	0	0
3	Infertility	30.01.2013	761	0	0	0
4	Childlessness	30.01.2013	186	0	0	0
5	experience*	30.01.2013	228566	0	0	0
6	"Quality of Life"	30.01.2013	18080	0	0	0
7	Adaptation	30.01.2013	4907	0	0	0
8	psychological*	30.01.2013	114498	0	0	0
9	1 or 2	30.01.2013	109280	0	0	0
10	3 or 4	30.01.2013	908	0	0	0
11	5 or 6 or 7 or 8	30.01.2013	332004	0	0	0
12	9 and 10 and 11	30.01.2013	301	0	0	0
13	limit 12 to ((danish or english or norwegian or swedish) and 5 last years yr="2008 - 2013")	30.01.2013	154	43	14	3 <i>"God had something else in mind» Family, religion and infertility"</i>

						<p><i>“That’s What makes a women, Infertility and coping with a failed life course transition”</i></p> <p><i>“The experience of spontaneous pregnancy loss for infertile women who have conceived through assisted reproduction technology”</i></p>
--	--	--	--	--	--	---

SØKEHISTORIKK, SØK NR. 4**OID NURSING DATABASE****08.02.2013**

	Søkeord	Dato	Treff	Leste abstrakt	Bestilte artikler	Inkluderte artikler
1	Women*	08.02.2013	52523	0	0	0
2	Woman	08.02.2013	6148	0	0	0
3	Female	08.02.2013	225710	0	0	0
4	Infertility	08.02.2013	1722	0	0	0
5	Childlessness	08.02.2013	70	0	0	0
6	Experience*	08.02.2013	57237	0	0	0
7	Life change events	08.02.2013	26291	0	0	0
8	"quality of life"	08.02.2013	20835	0	0	0
9	Psychological adaption	08.02.2013	24243	0	0	0
10	Psychological*	08.02.2013	46277	0	0	0
11	1 or 2 or 3	08.02.2013	236313	0	0	0
12	4 or 5	08.02.2013	1761	0	0	0
13	6 or 7 or 8 or 9 or 10	08.02.2013	128011	0	0	0
14	11 and 12 and 13	08.02.2013	337	0	0	0
15	limit 14 to ((danish or english or norwegian or swedish) and yr="2008 -					

	current")	08.02.2013	84	14	4	1 <i>“ Surviving the adversity of childlessness: Fostering resilience in couples.”</i>
--	-----------	------------	----	----	---	---

SØKEHISTORIKK, SØK NR. 5

OVID MEDLINE

14.02.2013

	Søkeord	Dato	Treff	Leste abstrakt	Bestilte artikler	Inkluderte artikler
1	woman*	14.02.2013	141357	0	0	0
2	Women	14.02.2013	12991	0	0	0
3	Female	14.02.2013	6111196	0	0	0
4	Infertility, Female/ or Infertility/	14.02.2013	30902	0	0	0
5	Treatment Failure	14.02.2013	24262	0	0	0
6	experience*	14.02.2013	594087	0	0	0
7	"Quality of Life"	14.02.2013	104359	0	0	0
8	1 or 2 or 3	14.02.2013	6120523	0	0	0
9	Childlessness	14.02.2013	489	0	0	0
10	4 or 9	14.02.2013	31214	0	0	0
11	6 or 7	14.02.2013	685612	0	0	0
12	5 and 8 and 10 and 11	14.02.2013	35	0	0	0
13	limit 12 to (yr="2005 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish))	14.02.2013	18	4	2	1 <i>"A qualitative study og women's decision- making at the end og IVF treatment"</i>

Kvalitetsvurdering av kvalitative artikler

Formålet med studien tydelig?	
Kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?	

Er det tilfredsstillende beskrevet hvorfor og hvordan utvalget ble valgt?	
Datainnsamling tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?	
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen?	
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført, og er fortolkningen god nok?	
Er det gjort forsøk på å underbygge data?	

Kommer det klart frem hovedfunnene?	
--	--

Kan resultatene brukes i min praksis?	
--	--

Kvalitetsvurdering:
Etisk godkjenning:

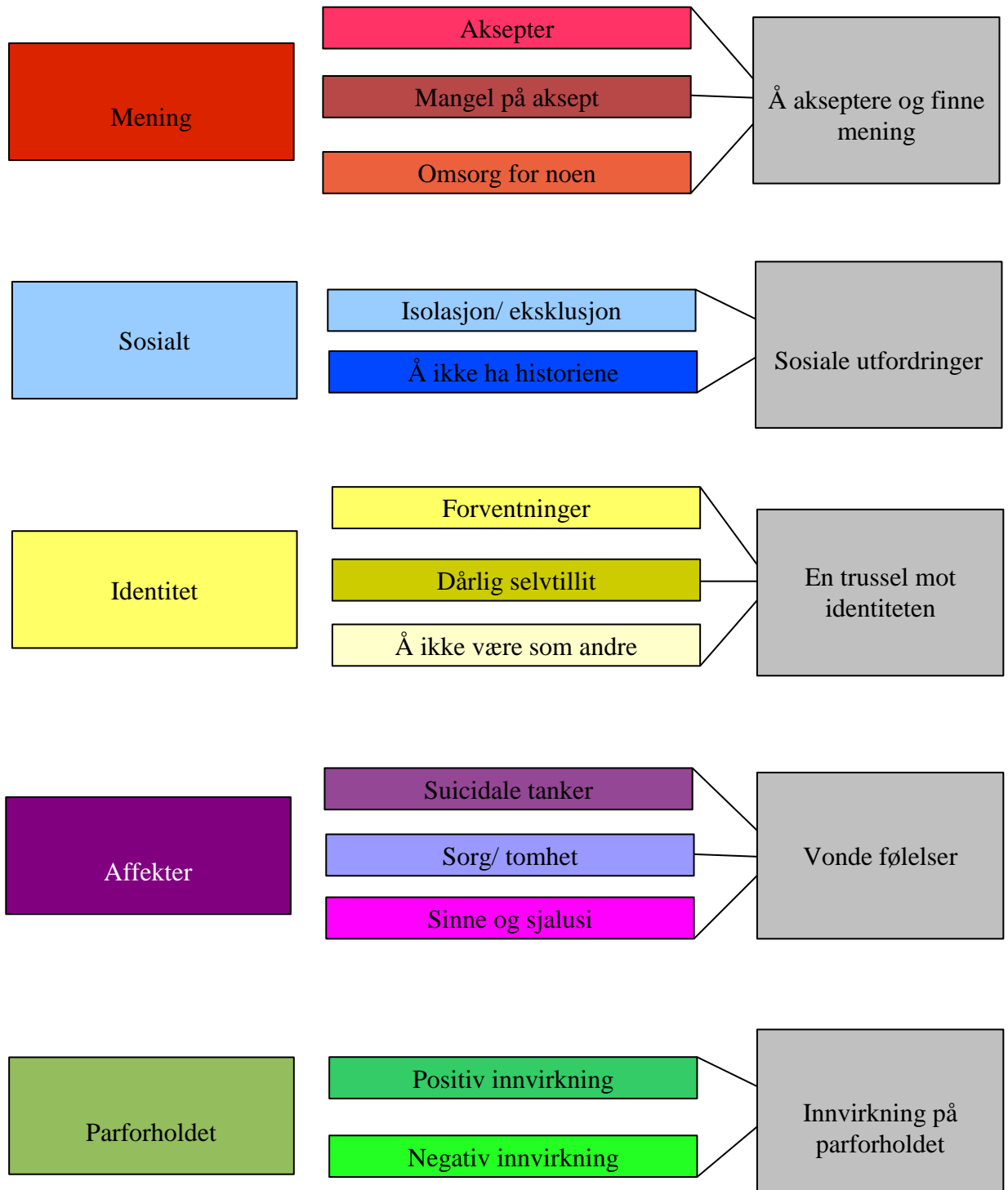
Sjekkliste for intern validitet

Samlet kvalitetsvurdering av studiene (intern validitet) – kan anvendes for alle sjekklistene

Kriterier møtt	Studiens kvalitet
Alle/ nesten alle kriterier møtt. Eventuelle svakheter kan ikke endre studiens konklusjon.	Høy kvalitet
Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt eller hvis kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Det antas likevel at det er liten sjanse for at svakhetene faktisk kunne ha endret studiens konklusjon.	Middels kvalitet
Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Svakheter kan innebære at studiens konklusjon er gal.	Mangelfull/lav
Ingen kriterier møtt	Ekskluderes

Den samlede vurderingen omfatter også skjønn. Hva som er «nesten alle», «noen» og «få» kan variere noe fra oppsummering til oppsummering, men skal dokumenteres i rapporten.

Analyse med fargekoding



Analyse/ funn fra artikler

Mening

- Å akseptere (1, 3, 5, 5, 5, 6, 6, 8, 10)
- Mangel på aksept (1, 5, 6, 10, 10)
- Omsorg for noen (3, 3, 6, 6, 6, 8, 10, 10)

Sosialt

- Isolasjon/ eksklusjon (2, 2, 4, 4, 4, 5, 6, 6, 7, 9, 9, 10, 10)
- Å ikke ha historiene (3, 4, 4, 5)

Affekter

- Sinne og sjalusi (1, 7, 8, 8, 9, 9)
- Sorg og tomhet (1, 1, 3, 4, 5, 5, 5, 6, 6, 9, 9)
- Suicidale tanker (1, 4, 10)

Identitet

- Dårlig selvtillit (1, 1, 2, 2, 4, 5, 5, 6, 6, 7, 7, 10)
- Å ikke være som andre (1, 3, 4, 7, 7, 7, 10)
- Forventninger (3, 3, 4, 4, 4, 4,)

Parforholdet

- Positiv innvirkning (1, 1, 2, 7, 7, 7, 7)
- Negativ innvirkning (1, 2, 6, 6, 6, 10)

Artikkeltabell

Forfatter, år, land og tidskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere/ frafall	Hovedfunn	Etiske overveielser	Kvalitet
<p>Volgsten, Helena, Agneta Skoog Svanberg og Pia Olsson</p> <p>2010, Sweden</p> <p>Acta Obstetricia et Gynecologica</p>	<p><i>1 «Unresolved grief in women in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment»</i></p>	<p>Utforske kvinner og menns opplevelser av mislykket IVF behandling 3 år etter siste forsøk.</p>	<p>KVALITATIV</p> <p>Individuelle kvalitative semi-strukturerte intervju.</p>	<p>N = 10 kvinner og 9 menn (7 par)</p> <p>Sekundær infertilitet ble ekskludert.</p>	<p>Selv etter 3 år hadde ikke deltakerne tilpasset seg tilværelsen ved det å ikke kunne få barn og sorgresponser var ikke over. Mislykket IVF ble av kvinner beskrevet i form av sorg, behov for profesjonell hjelp og ubesvarte spørsmål var fortsatt tilstede.</p>	<p>Approved by the Ethics Committee, Uppsala University, Uppsala, Sweden</p>	<p>Vitenskaplig nivå 1</p> <p>Kvalitetsvurdering: Høy kvalitet</p>

<p>Sharyl Eve Toscano og Rebecca M. Montgomery</p> <p>2009, USA</p> <p>Healthcare of Women International</p>	<p>2 «<i>The lived experience of women pregnant (including preconception) Post in vitro fertilization through the lens of virtual communities</i>»</p>	<p>Utforske og beskrive opplevelsen av graviditet og behandlingsprosessen gjennom ivf-behandlinger, og identifisere felles temaer relatert til psykologiske, følelsesmessige og psykisk helse beskrevet i elektroniske samfunn.</p>	<p>KVALITATIV</p> <p>Research på elektroniske samfunn som blogger, aktuelle websider og public postings. Utdrag fra sidene ble klippet ut, limt inn og tematisert.</p>	<p>Historier fra 26 infertile kvinner under og etter ART-behandling.</p>	<p>Kvinnene opplevde finansielle utfordringer knyttet til behandling, et sterkere ekteskapelig forhold, men også at forholdet ble truet av behandlingen. Mange opplevde sinne og flere så på seg selv som mangelfull, noe som førte til dårlig selvtillit og vonde følelser knyttet til sosiale sammenhenger. Mange opplevde håp, men også usikkerhet knyttet til behandlingen.</p>	<p>University of Vermont, committee on human subjects, USA bestemte at IRB-godkjenning ikke var påkrevd i studien. Dette på grunnlag av kriterier stilt for krav om etisk godkjenning. Kvinnene i studien er anonymisert.</p> <p>Etiske overveielser er gjort av forskerne i studien</p>	<p>Vitenskaplig nivå 2</p> <p>Kvalitetsvurdering: Høy kvalitet</p>
--	--	---	--	--	---	--	--

<p>Patricia K. Jennings</p> <p>2010, USA</p> <p>Journal of Contemporary Ethnography</p>	<p>3 «<i>God had something else in mind</i>» <i>Family, religion and infertility</i>»</p>	<p>Utforske hvordan infertile kvinner opplever livet som barnløse, det å være under behandling og det å leve som barnløs, med fokus på familie og religion.</p>	<p>KVALITATIV</p> <p>Observasjoner fra støttegruppe- møter (RESOLVE) og ansikt – til ansikt intervju.</p>	<p>Fra 7-15 menn og kvinner i møtene og intervju av 14 infertile kvinner.</p>	<p>Kvinnene opplevde at deres infertilitet forstyrret deres livsmål: det å få barn. Det å ikke kunne få barn opplevdes som familiært forstyrrende og religion hadde stor betydning for valg og mestring av situasjonen.</p>	<p>Ikke opplyst om etisk godkjenning</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Kvalitetsvurdering: Middels kvalitet</p>
<p>Jeni Loftus og Angie L. Andriot</p> <p>2012, USA</p> <p>Sociological Spectrum</p>	<p>4 «<i>That`s What makes a women</i>» <i>Infertility and coping with a failed life course transition</i>»</p>	<p>Utforske hvordan kvinner under og etter infertilitetsbehandling mestrer en mislykket overgangsfase i livet og hvordan dette påvirker deres selvtillit</p>	<p>KVALITATIV</p> <p>Semi-strukturerte intervju</p>	<p>40 infertile kvinner som har søkt medisinsk behandling for sin barnløshet.</p>	<p>Det å ikke kunne bli mor endret deres relasjoner til andre og en tilsvarende effekt på dere selvtillit. Det utfordret deres oppfatning av seg selv som normale voksne kvinner.</p>	<p>IRB godkjenning, USA.</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Kvalitetsvurdering: Høy kvalitet</p>

<p>McCarthy, Patrice M.</p> <p>2008, USA</p> <p>Journal of midwifery & women's health</p>	<p>5 <i>Women's lived experience of infertility after unsuccessful medical intervention</i></p>	<p>Hensikten med studien var å utforske hvordan kvinner opplevde livet etter mislykket medisinsk behandling</p>	<p>KVALITATIV</p> <p>Hermeneutisk-fenomenologisk metode: Intervju</p>	<p>22 kvinner sa seg enig om å delta, ikke opplyst om frafall.</p>	<p>Kvinnene beskrev den eksistensielle utfordringen i forhold til selvfølelse, identitet og meningen i livet</p>	<p>Etisk godkjenning ble innhentet fra The Institutional Review Board, Ohio State University, USA.</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Kvalitetsvurdering: Høy kvalitet</p>
<p>I. Wirtberg, A. Möller, L. Hogström, S-E. Tronstad og A. Lalos.</p> <p>2007, Sverige</p> <p>Human Reproduction</p>	<p>6 «<i>Life 20 years after unsuccessful infertility treatment</i>»</p>	<p>Hensikten var å skaffe kunnskap og få innsikt i langtidseffekten av det å være infertil etter mislykket fertilitetsbehandling.</p>	<p>KVALITATIV</p> <p>Dybdeintervju</p>	<p>151 var i utgangspunktet med i studien (20 år siden), av disse kunne 91 nås. 41 av disse svarte på henvendelse, men to bestemte seg for og ikke delta. Av disse tilfredsstilte 14 kvinner inklusjonskriteriene.</p>	<p>Infertiliteten hadde hatt en sterk innvirkning på kvinnenes liv og var for de fleste et hovedtema i livet.</p>	<p>Etisk godkjent: Faculty of Medicine, Gotenburg, Sweeden.</p>	<p>Vitenskapelig nivå 2</p> <p>Kvalitetsvurdering: Høy kvalitet</p>

<p>Peters, Kathleen, Debra Jackson og Trudy Rudge</p> <p>2011, Australia</p> <p>Contemporary Nurse</p>	<p>7 «<i>Surviving the adversity of childlessness: Fostering resilience in couples.</i>»</p>	<p>Hensikten med studiet var å utforske/ illustrere pars historier av å være barnløs til tross for fertilitets.- behandling.</p>	<p>KVALITATIV</p> <p>Hver deltaker ble intervjuet i sitt eget hjem og intervjuene varte i 1-2 timer.</p>	<p>De som innfridde inklusjonskriteriene og som gikk med på å delta var 5 gifte par (5 kvinner og 5 menn)</p>	<p>Funne ble delt inn i temaer og innebar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vanskeligheter ved å leve med en annen historie (Ikke som andre) - Det sterke dyadiske båndet (innvirkning på ekteskapet) - Sette seg oppnåelige mål og tenke kreativt 	<p>Etisk godkjenning fra HRECE</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Kvalitetsvurdering: Høy kvalitet</p>
<p>Silvia, Susana og Helena Machado</p> <p>2010, Porugal</p> <p>Health, Risk & Society</p>	<p>8 “<i>Uncertainty, risks and ethics in unsuccessful in vitro fertilisation treatment cycle</i>”</p>	<p>Hensikten var og utforske infertile menneskers opplevelse og betydning av å gjennomgå mislykkede IVF-behandlinger</p>	<p>KVALITATIV</p> <p>Semi-strukturerte intervju</p>	<p>11 kvinner og 4 menn, frafall av 7 menn fordi de ønsket å trekke seg (i utgangspunktet 11)</p>	<p>Kvinnene opplevde urettferdighet, behov for informasjon, de lette etter mening, skyldfølelse, håp, angst og fortvilelse.</p>	<p>Godkjenning ble innhentet fra The Foundation for science and technology (Portuguese Ministry og Science, Technology and higher education).</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Kvalitetsvurdering: Høy kvalitet</p>

Harris, Darcy L. og Judith C. Daniluk 2010, Canada Human Reproduction	9 <i>“The experience of spontaneous pregnancy loss for infertile women who have conceived through assisted reproduction technology”</i>	Hensikten var å undersøke de subjektive opplevelsene av infertile kvinner som ble gravid gjennom ART, men som hadde spontanaborter 2-16 uker ut i svangerskapet	KVALITATIV Dybdeintervju	27 infertile kvinner svarte på annonseringen, av disse møtte 10 kvinner inklusjonskriteriene og deltok.	Funnene ble inndelt i ni ulike temaer. Kvinnene opplevde tap og sorg, maktesløshet, urettferdighet, skyldfølelse og sosial isolasjon..	Etisk Godkjenning: King’s university college, London, Canada	Vitenskapelig nivå 2 Kvalitetsvurdering: Høy kvalitet
Peddie, V.L, Teijkingen, E. Van og S. Bhattacharya 2005, England Human Reproduction	10 <i>«A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment”</i>	Hensikten med studiet var å beskrive pasienters perspektiv på valget rundt å avslutte behandlingen, omstendighetene som påvirket valget og tilfredsheten	KVALITATIV Intervju	71 kvinner gjennomførte et spørreskjema, av disse ønsket 68 å delta, forfatteren valgte målrettet ut 25 kvinner etter demografisk karakter og infertilitet klassifikaasjon.	Hovedfunnene viste at kvinnene hadde vanskeligheter med å akseptere et liv uten barn. Mange følte de startet behandlingen med urealistiske forventninger. De opplevde press fra samfunnet, stress, sorg og mangel på støtte fra klinikken etter behandlingen.	Etisk godkjenning innhentet fra Regional forskningsetisk komité.	Vitenskapelig nivå 2 Kvalitetsvurdering: Høy kvalitet