



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Parets opplevelse med ufrivillig barnløshet/  
Couple's experience with infertility**

**Martine Bordal og Cecilie Hofstad**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 64**

**Molde, 06.04.2017**



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Elin Mordal

## 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 godkjennelse.

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: 22.03.2017**

**Antall ord: 10 988**

## **Forord**

’’For de fleste mennesker er det en selvfølge å få barn. (...) Det kan være rystende og sjokkerende å oppdage at det å kunne få barn ikke skjer så selvfølgelig som forventet – og noen blir tvunget til å erkjenne at det kanskje aldri skjer’’

(Ønskebarn 2014, 3)

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Hvert sjuende par rammes av ufrivillig barnløshet. For mange kan dette oppleves urettferdig, en kan bli frustrert og fortvilet. Dette kan være en stor påkjenning for paret. Det finnes ulike behandlingsmetoder med assistert befruktning, medikament og kirurgi.

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse parets opplevelse av infertilitet, samt behandlingsprosessen.

**Metode:** En litteraturstudie basert på 10 kvalitative og to kvantitative artikler.

**Resultat:** Infertilitetsbehandling påvirker paret. Den psykiske påkjenningen var verre enn den fysiske. Parene kunne ha ønsket at de fikk mer informasjon angående behandlingen. Det var ambivalens om støtten de fikk hos klinikkene, samt fra familie og venner. Sexlivet ble negativt påvirket fordi at samleiet føltes som en plikt, og ikke ble utført på grunn av nytelse. De aller fleste parene kom styrket ut av opplevelsen og holdt sammen.

**Konklusjon:** Infertilitet er en opplevelse som paret går gjennom sammen. Mange skulle ønske at de fikk psykologisk støtte, og snakke med andre mennesker som var i samme situasjon som dem. Begges største ønske er å få barn, dette gjør at infertilitetsbehandling er en tøff opplevelse for paret.

**Nøkkelord:** Infertilitet, opplevelse, paret, behandling, psykososial

## **Abstract**

**Background:** Every seventh couple get affected by infertility. Many couples experiences unfairness, one may become frustrated and desperate. This can be a great strain on the couple. There are various treatment options as reproductive techniques, medication and surgery.

**Aim :** The aim of this literature study was to eluciade the experience of infertility and the treatment process for the couple.

**Method:** A literature study based on ten qualitative and two quantitative research articles.

**Result:** Infertility treatment affects the couple. The mental stress was worse than the physical pain. They could have wished they had more information regarding treatment. There were ambivalence about the support they recieved at the clinics, as well as family and friends. Sex life was negativly affected because sex felt like an obligation, and that it was not performed because of pleasure. Most pairs emerged stronger from the experience and held together.

**Conclusion:** Infertility is an experience that the couple is going through together. Many wished they received psychosocial support, and talk to others in the same situation. Both their greatest wish was to have children. Infertility treatment is a tough experience for the couple.

## **Keywords**

Infertility, experience, couple, treatment, psychosocial

# Innholdsliste

<b>1.0 Innledning</b> .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt.....	1
1.3 Problemstilling.....	1
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	2
2.1 Infertilitet.....	2
2.1.1 Årsaker.....	2
2.1.2 Behandlingsmetoder.....	3
2.1.2.1 <u>Assistert befruktning</u> .....	3
2.1.2.2 <u>Legemidler</u> .....	4
2.1.2.3 <u>Kirurgi</u> .....	4
2.2 Psykiske påkjenninger.....	4
2.3 Informasjon.....	5
<b>3.0 Metodebeskrivelse</b> .....	6
3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	6
3.2 Litteratursøk og datainnsamling.....	7
3.2.1 PICO-skjema.....	7
3.2.2 Søkstrategi.....	8
3.2.2.1 <u>OVID Medline</u> .....	8
3.2.2.2 <u>Proquest</u> .....	9
3.2.2.3 <u>Psychinfo</u> .....	10
3.3 Kvalitetsvurdering.....	10
3.4 Etske hensyn.....	11
3.5 Analyse.....	11
<b>4.0 Resultat</b> .....	13
4.1 Parforholdet påvirkes.....	14
4.1.1 Styrket forhold.....	14
4.1.2 Påvirker sexlivet.....	15
4.2 Informasjon under utredningen og behandlingsprosessen.....	15
4.3 Opplevelsen av behandlingsprosessen.....	17
4.4 Støtte under behandling.....	18
4.4.1 Fra klinikkene og helsepersonalet.....	19
4.4.2 Fra familie og venner.....	20
4.5 Tiden etter behandling.....	21
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	22
5.1 Metodediskusjon.....	22
5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	22
5.1.2 Litteratursøk og datainnsamling.....	23
5.1.2.1 <u>PICO-skjema</u> .....	23
5.1.2.2 <u>Søkstrategi</u> .....	23
5.1.3 Kvalitetsvurdering.....	24
5.1.4 Etske hensyn.....	25
5.1.5 Analyse.....	25
5.2 Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1 Parforholdet blir styrket.....	26
5.2.2 Ønske om mer informasjon og støtte.....	27

5.2.3 Tung psykisk påkjenning.....	30
5.2.4 Finner mening i ettertid.....	31
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>32</b>
<b>6.1 Forslag til videre forskning.....</b>	<b>33</b>
<b>Referanseliste.....</b>	<b>34</b>
Vedlegg 1: PICO-skjema	
Vedlegg 2: Søkehistorikk	
Vedlegg 3: Oversiktstabeller for artiklene	
Vedlegg 4: Hovedfunn	



## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Hvert sjuende par rammes av ufrivillig barnløshet (Infertilitet 2013). Det er bare 20-30 % sjangse for å bli gravid per forsøk med infertilitetsbehandling (Ibid). Årsakene til infertilitet sitter 50 % hos kvinnen, 20-30 % hos mannen og 20% hos begge. Noen ganger kan infertiliteten være uforklarlig, der det ikke ligger noen medisinsk forklaring til barnløsheten (Ibid). For mange kan dette oppleves urettferdig, en kan bli frustrert og fortvilet. Infertilitet gir psykiske og fysiske utfordringer, og dette kan være en stor påkjenning for paret (Loke, Wu og Ying 2015a). Vi møter mennesker som lider av ufrivillig barnløshet over alt. Sykepleiere møter gjerne disse menneskene hos en fertilitetsklinikk eller ved poliklinikk, men kan også møte dem ved sykehusinnleggelse.

Vi har valgt å se på opplevelsen av behandlingsprosessen ved infertilitet. Vi vil ta for oss opplevelsene og påkjenningene paret har før behandlingen i møte med primærhelsetjenesten, samt ta for oss behandlingen og tiden etter. Med bakgrunn i at vi, som fremtidige sykepleiere, kan møte disse pasientene på sykehus og klinikker, mener vi at det er viktig med kunnskap om opplevelsene for par som er rammet av infertilitet. Par som lider av ufrivillig barnløshet er i en sårbar situasjon, og det er derfor viktig at sykepleier møter dem med åpne armer, og at paret føler seg godt ivaretatt.

Gjennom vår utdanningsperiode, har vi opplevd å ikke hørt noe om ufrivillig barnløshet gjennom undervisning. Vi har kunnskap om hva infertilitet er, men har lite erfaringer med opplevelsen av tilstanden samt, behandlingsprosessen. Infertilitet er en psykisk krevende prosess (Sundström 2005). For at vi som fremtidige sykepleiere skal kunne utøve god sykepleie til disse pasientene, kreves det at vi har kunnskap og kompetanse innenfor dette tema.

### **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse parets opplevelse av infertilitet, samt behandlingsprosessen.

### **1.3 Problemstilling**

Hvordan er opplevelsen av behandlingsprosessen for par som lider av ufrivillig barnløshet?

## 2.0 Teoribakgrunn

### 2.1 Infertilitet

Hvert sjuende par rammes av ufrivillig barnløshet (Infertilitet 2013). For mange kan dette oppleves urettferdig, en kan bli frustrert og fortvilet. Infertilitet gir psykiske og fysiske utfordringer, og dette kan være en stor påkjenning for paret (Loke, Wu og Ying 2015a). Infertilitet defineres som evnen til å ikke kunne oppnå klinisk graviditet etter 12 måneder eller mer med ubeskyttet samleie, samt uten bruk av noen form for prevensjonsmidler (World Health Organization 2016). Ved barnløshet sitter 50 % av tilfellene hos kvinnen, 20-30 % hos mannen og 20 % hos begge. Hos noen er årsaken til infertiliteten uforklarlig (Tanbo, Åbyholm og Molne 2015).

For at et par skal bli gravid er det mye som må skje til rett tid. Først må kvinnene produsere en eggcelle og mennene må produsere friske sædceller. Kvinnen og mannen må ha samleie på tidspunktet kvinnen frigjør egget som er ca. 14 dager etter menstruasjon (Helsebiblioteket 2015b). For at egget skal bli frigjort må det kunne passere fra eggstokken og gjennom egglederen. Sædcellene til mannen skal svømme opp i skjeden, inn i livmoren og videre til egglederen mot egget (Ibid). Mannens sædceller må befrukte egget og egget må da kunne feste seg til kvinnens livmorvegg (Ibid).

#### 2.1.1 Årsaker

Hos kvinner spiller alderen er stor rolle når det gjelder fertiliteten. Allerede fra 35 års alderen synker fruktbarheten, og det regnes at etter fylte 40 år, at over 30 % av kvinnene er infertile. (Tanbo, Åbyholm og Molne 2015). Årsakene til kvinnelig infertilitet kan blant annet være tette eggledere, endometriose og eggløsningssvikt - for eksempel polycystisk ovariesyndrom. Ved eggløsningssvikt frigjør ikke eggstokkene eggceller regelmessig (Ibid). Årsaken til tette eggledere kan komme av infeksjoner i som for eksempel ubehandlet klamydia (Ibid). Ved endometriose vokser celler fra livmorslimhinnen utenfor livmoren og dette kan være en årsak til infertilitet (Infertilitet 2013).

Hos menn skjer det ingen drastisk endring av sædcelleproduksjonen, men at reproduksjonsevnen kan likevel være intakt rundt 60-70 års alderen (Tanbo, Åbyholm og Molne 2015). Årsaker til infertilitet hos menn kan være få sædceller, dårlige svømmere eller sædceller med unormal form (Ibid). Lavt sædcelleantall kan skyldes ubalanse i

hormoner, infeksjoner, genetikk, eller tidligere skade av testiklene (Ibid). Noen kan ha problemer med ejakulasjonen. Dette kan skyldes blokkering i rørene mellom testiklene og penis. Ved dårlig sædkvalitet kan det føre til at sædcellen sliter med å nå frem til egget, trenge inn i det og befrukte egget (Ibid).

### **2.1.2 Behandlingsmetoder**

Det finnes ulike typer behandling med assistert befruktning, medikamenter og kirurgi. Overvekt og røyking kan være to faktorer som påvirker fertiliteten. Derfor kan det være nyttig å slanke seg, og slutte å røyke (Tanbo, Åbyholm og Molne 2015).

#### **2.1.2.1 Assistert befruktning**

Den mest vanlige formen for behandling er In Vitro Fertilization også kalt prøverørsbefruktning (Helsenorge 2015). IVF kan brukes når kvinnen har problemer med egglosning eller har tette eggledere, og når menn har nedsatt sædkvalitet (Ibid). Ved IVF vil selve befruktningen skje utenfor kvinnekroppen. Vanligvis blir kvinnene behandlet med hormonsprøyter i forkant for å stimulerer eggproduksjonen (Norges Helseinformatikk 2012). Når eggene har modnet føres en nål inn via skjeden og henter ut eggene (Ibid). Eggene blir lagt i en laboratorieskål sammen med sperm slik at spermen selv trenger inn i egget. Embryoet, de befruktede egget, blir satt inn i livmoren via et plastkateter slik at de kan formere seg. Egget settes inn i livmoren etter ca. 72 timer (Ibid). Embryoene som ikke benyttes kan oppbevares til senere bruk.

Hos menn med nedsatt sædkvalitet kan det bli brukt ICSI (intracytoplasmisk sædcelleinjeksjon), som en form for assistert befruktning. Da blir det tatt en frisk sædcelle fra mannen, som blir injisert i et egg fra kvinnen, før det befruktede egget settes inn i kvinnens livmor (Helsenorge 2015).

Ved uforklarlig infertilitet eller mild grad av endometriose kan IUI (intrauterin inseminasjon) benyttes. Det blir da gitt stimulering med klomifen eller gonadotropiner for egglosning (Tanbo, Åbyholm og Molne 2015). Forbehandlet sæd blir så injisert inn i livmoren ved egglosningstiden, slik at spermienes vei til egget blir kortere (Ibid).

Om mannen ikke har spermier, har svært dårlig sædkvalitet, alvorlig arvelig sykdom eller der IVF- og ICSI-behandling ikke har ført til befruktning av egget, kan det benyttes AID.

AID vil si at sæden som injiseres i egget tilhører en sæddonor (Tanbo, Åbyholm og Molne 2015).

### **2.1.2.2 Legemidler**

Det finnes legemidler som kan anvendes ved infertilitet. Dersom det er kvinnen som har problemer med eggøsning, kan virkestoffet klomifen stimulere til eggøsning (Tanbo, Åbyholm og Molne 2015). Det er vanlig at kvinnene starter med hormonbehandling før uthenting av egg (Infertilitet 2013). Hormonbehandlingen har som mål å hindre kroppens produksjon av FSH (folikkelstimulerende hormon) og LH (Luteiniserende hormon). FSH påvirker eggenes modning og vekst, mens LH er et hormon som fremkaller eggøsning (Ibid). Slik behandling kan gi bivirkninger som hodepine, hetetokter, tretthet, tørre slimhinner og humørsvingninger (Ibid). GnRH-agonist hemmer kvinnens FSH og LH produksjon. Dette gjør at kvinnen kommer over i en kunstig overgangsalder. Denne behandlingen startes ca. en uke før menstruasjon. Etter to til tre uker blir kvinnens eggstokkfunksjon nullstilt, og starter da med FSH-stimulering slik at eggene blir modne (Ibid). GnRH-antagonist blokkerer kvinnens FSH og LH produksjon. Ved denne behandlingen startes FSH stimuleringen tidlig i menstruasjonssyklusen. Etter fem til sju dager, starter en med antagonistbehandlingen. Vanligvis blir flere follikler modne etter 14 dager, og når disse hentes ut, settes HCG (Human chorion gonadotropin) hormon subkutant (Ibid). Dette hormonet avslutter modningen av eggene og starter eggøsningen etter 36 timer. Eggene hentes ut rett før kvinnens eggøsning (Ibid). Når embryoet blir satt tilbake i kvinnen, får hun behandling med progesteron. Dette gjør at egget lettere fester, og utvikler seg i kvinnens livmor (Ibid).

### **2.1.2.3 Kirurgi**

Ved polycystisk ovariesyndrom kan det bli brukt laparoskopi, der cyster blir brent bort (Tanbo, Åbyholm og Molne 2015). Ved tette eggledere brukes ofte IVF metoden, men om egglederne er full av væske benyttes laparoskopi (Ibid). Om kvinnen har endometriose kan kirurgi være til hjelp. Det blir da fjernet skadet vev rundt eggstokkene og livmoren som forhindrer graviditet (Ibid).

## **2.2 Psykiske påkjenninger**

Det å innse at noe er galt når man prøver å få barn, er tungt for paret (Raphael-Leff 2013). Når det største ønsket deres er å få et barn, og at paret ikke får det til, føler paret på

skuffelser. Parene kan bli sterkt preget av sinne og tristhet. Utredning og behandling for infertilitet er psykisk krevende (Sundström 2005). Parene kan oppleve stress i forbindelse med behandlingen (Guttormsen og Sundby 1989). Infertiliteten kan påvirke sexlivet. Det er vanskelig å koble sexlyst til et organ som har gitt så mange skuffelser og nederlag (Ibid). Samleie er viktig for den fysiske og psykiske helsen, samt velvære (Gamnes 2012).

Behandlingen beskrives som en emosjonell svingende prosess. Mange føler på fortvilelse, og bruker mange år på behandling (Raphael-Leff 2013). Par som hadde et kjærlig forhold, hadde gjensidig forståelse, og støttet hverandre gjennom prosessen (Guttormsen og Sundby 1989). Paret kan være i to ulike stadier når det gjelder bearbeiding av følelser. Dette kan gjøre at det oppstår misfortåelser mellom parene. Det er viktig at sykepleier er tilgjengelig, skape kontakt, og være åpen for å lytte til pasientene (Kristoffersen, Breievnø og Nortvedt 2012). En vanlig reaksjon ved sorg og tap, kan være depresjon med varierende grad av tristhet og motløshet (Ibid).

### **2.3 Informasjon**

Det er viktig at parene får nok informasjon om det de skal gjennomgå. De skal høre det som blir sagt, samt forstå og huske dette. Informasjonen må tilpasses hvert enkelt individ, og det må identifiseres hvilken kunnskap og informasjon pasientene har fra før (Eide og Eide 2014). Det er viktig at pasientene får informasjon av en lege som de fortror seg til. Informasjonen som blir gitt skal omfatte utredningen og behandlingen. De må få informasjon om hvordan utredningen foregår, og eventuelle konsekvenser av denne. Når utredningen er utført bør pasientene få informasjon om hvilke behandlingsmetoder som finnes, samt prognosene. Parene må tidlig få informasjon angående negativt utfall av behandling, der det bør takes opp at man kan få et godt liv uten barn, eller at adopsjon er en mulighet (Sjögren 2005).

### **3.0 Metodebeskrivelse**

SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde skal gjennomføres i en form for litteraturstudie, der problemstillingen skal omfatte relevans i forhold til sykepleierutdanningens mål og praksis. Denne oppgaven skal være en fordypning i temaet sykepleie og gi videre kunnskap til sykepleieres utdanning og yrkesfunksjon (Michaelsen og Mundal 2016). En litteraturstudie innebærer at en skal systematisk søke, kritisk vurdere og deretter samle litteraturen innefor et valgt problemområde (Forsberg og Wengström 2013).

### **3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier**

Vi utarbeidet inklusjon- og eksklusjonskriterier under arbeidet med søk av artikler. Dette gjorde det lettere for oss å finne ut hvilke artikler vi kunne inkludere og ekskludere gjennom søkeprosessen.

#### **Inklusjonskriterier:**

- Paret
- Opplevelse med behandlingen av infertilitet både før, under og etter
- Pasientperspektiv
- Artikler på norsk, engelsk, svensk eller dansk
- Artikler publisert i tidsskrift som er fagfellevurdert til nivå 1 eller nivå 2
- Etisk vurderte artikler
- Kvalitative artikler

#### **Eksklusjonskriterier:**

- Sykepleierperspektiv
- Artikler der det ikke har blitt tatt etiske hensyn
- Artikler publisert i tidsskrift uten fagfellevurdering
- Artikler eldre enn 10 år
- Reviewartikler
- Par over 50 år

### 3.2 Litteratursøk og datainnsamling

For å få til en god søkestrategi, leste vi oss opp på relevant teori om det valgte temaet. Etter å ha søkt på temaet vi hadde valgt i ulike databaser, formulerte vi vår problemstilling. Ut i fra problemstillingen, utarbeidet vi våre valgte søkeord som vi mente var relevant i forhold til vårt litteratursøk. Vi utførte allerede vår/sommer 2016 noen prøvesøk, og vi opplevde da at det kunne være vanskelig å finne mange nok relevante artikler om vår problemstilling.

#### 3.2.1 PICO-skjema

I forkant av våre artikkelsøk, utarbeidet vi et PICO-skjema. I PICO-skjemaet fylte vi inn søkeord som vi mente var relevant for vår problemstilling. Vi brukte PICO-skjema for å få oversikt, og for å legge opp en god søkestrategi. Et PICO-skjema er et redskap som kan hjelpe til å dele opp problemstillingen, slik at den får en hensiktsmessig struktur. Bokstavene i PICO-skjemaet har ulike betydninger (Nortvedt et al. 2012).

- ”P” (Patient/problem) Her har vi brukt søkeord som omhandler hvilken pasient og pasientgruppe vi er ute etter. Dermed er våre søkeord: ”Infertil\*”, ”Couple\*” og ”Gender\*”.
- ”I” (Intervention) Her har vi brukt søkeord som handler om hvilket tiltak vi vurderer. Søkeordene vi har brukt er ”treatment\*” og ”IVF\*” eller ”In vitro fertilization”.
- ”C” (Comparison) Her kan en skrive inn om det finnes alternativer som kan sammenligne noen tiltak. På grunn av hensikten vi har, har vi ikke tenkt å sammenligne noen tiltak. Derfor har vi ingen søkeord under ”Comparison”.
- Outcome) Her har vi skrevet søkeord som omhandler ulike endepunkter eller utfall som er av interesse og hva man ønsker å vurdere i forhold til tiltaket. Søkeordene vi har brukt er ”experienc\*”, ”psych\*”, ”psychosocial”, ”support”, ”social support”, ”sex\*”, ”health” og ”reproductive health”.

(Nortvedt et al. 2012)

PICO-skjema ligger som *Vedlegg 1*.

### **3.2.2 Søkestrategi**

Etter at vi hadde bestemt oss for problemstilling, begynte vi å lete etter artikler. Vi gjorde til sammen ni databasesøk i tre ulike databaser. Det ble gjort to søk i ProQuest, seks søk i OVID Medline og ett søk i PsychInfo. Det ble anbefalt at vi kunne ta kontakt med bibliotekar ved Høgskolen i Molde for å få hjelp med å finne gode søkeord, noe som vi ikke følte at vi hadde behov for, ettersom at vi mente at vi hadde funnet gode søkeord i forhold til problemstillingen vår.

For at vi skulle få best og mest mulig treff på søkeordene våre, brukte vi trunkeringstegn "\*" bak de søkeordene man kunne bruke det på. Et eksempel er "Infertil\*", der vi ikke har med noen endingen av ordet, men bare "grunnstammen". Dette gjorde at vi fikk treff på selve ordet og med flere endinger som for eksempel "Infertility" og "Infertile". Vi benyttet oss også av MeSH-termer, som betyr at vi får opp flere ord som har en sammenheng med søkeordet eller synonymer, og haker av de som er interessante i forhold til problemstillingen. Dette gjorde at søket ble bredere. Etter at vi hadde skrevet inn alle søkeordene som var relevante fra vårt PICO-skjema, kombinerte vi alle søkeordene med å velge "and" for at artiklene vi søkte etter skulle inneholde alle søkeordene vi hadde valgt.

#### **3.2.2.1 OVID Medline**

Vi utførte til sammen seks søk i OVID Medline. Disse søkene ble utført 06.09.2016 (søk 1), 21.09.2016 (søk 3), 27.09.2016 (søk 4), 07.12.2016 (søk 6), 05.01.2017 (søk 7) og 13.01.2017 (søk 8).

06.09.2016: Under det første søket, brukte vi søkeordene infertility, experienc\*, women og reproductive health. Søket ble begrenset til språkene dansk, norsk, engelsk og svensk, samt at artiklene ikke skulle være eldre enn fem år. Her fikk vi til sammen 51 treff. Dette søket ble utført før problemstillingen vår var helt på plass, da vi egentlig hadde bestemt oss for å ta for oss bare kvinnens opplevelse, og ikke parets. Derfor ble ingen artikler inkludert i dette søket.

21.09.2016: Ved det tredje søket vårt, brukte vi søkeordene infertility, couple\*, fertilization in vitro, experienc\* og psychosocial. Dette søket ble begrenset til språkene dansk, norsk, engelsk og svensk, aldersgruppen 19-44 år, samt at artiklene ikke skulle være



mer enn fem år gamle. Vi begrenset søket ytterligere med kvalitativ studie med balanse mellom sensitivitet og spesifisitet. Dette resulterte i et treff på åtte artikler, der to av disse ble inkluderte (Korge et al. 2012 og Bond et al. 2014).

27.09.2016: Under vårt fjerde søk, brukte vi søkeordene infertil\*, support, treatment og couple\*. Søket ble begrenset til språkene dansk, norsk, engelsk og svensk, at artiklene skulle være åtte år eller nyere, aldersgruppen 19-44 år, og til kvalitative studier med best balanse mellom sensitivitet og spesifisitet. Her fikk vi til sammen 63 treff, og inkluderte til sammen tre artikler (Ghavi et al. 2015, Loke, Wu og Ying 2015 og Bhattacharya og Porter 2007).

07.12.2016: Ved det sjette søket, brukte vi søkeordene infertil\*, experienc\*, treatment og couple. Vi begrenset søket til språkene dansk, norsk, engelsk og svensk, at artiklene skulle være fem år eller nyere, og kvalitative artikler som gir høy spesifisitet. Vi fikk til sammen 32 treff, og inkluderte her to artikler (Möller, Olafsdottir og Wikland 2013 og French, Sharp og Turner 2015).

05.01.2017: Under det sjuende søket, brukte vi søkeordene infertil\*, experienc\*, couple\* og psych\*. Søket ble begrenset til språkene dansk, norsk, engelsk og svensk, at artiklene skulle være sju år eller nyere, og til kvalitative studier med høy spesifisitet. Ved dette søket fikk vi 17 treff, og av disse ble tre artikler inkludert (Hadizadeh-Talasaz, Roudsari og Simbar 2015, Crosland et al. 2009 og Ghahiri et al. 2014).

13.01.2017: Ved det åttende søket, brukte vi søkeordene infertil\*, social support, experienc\*, treatment og couple. Vi begrenset søket med språkene dansk, norsk, engelsk og svensk, at artiklene skulle være sju år eller nyere, og kvalitative studier med høy spesifisitet. Da fikk vi til sammen 25 treff, og leste en artikkel som vi hadde tenkt til å inkludere. Det viste seg at tidsskriftet artikkelen var utgitt i ikke var fagfelleverdert, og derfor måtte vi ekskludere artikkelen. Derfor ble det ingen artikler med fra dette søket.

### **3.2.2.2 ProQuest**

Det ble utført til sammen to søk i ProQuest. Disse søkene ble utført 06.09.2016 (søk 2) og 02.02.2017 (søk 9).

06.09.2016: Ved det andre søket, brukte vi søkeordene Infertil\*, experienc\*, women, og health. Søket ble begrenset til språkene dansk, norsk, engelsk og svensk, at artiklene skulle være fra 2011 eller nyere. Vi begrenset også søket til aldersgruppene 13-18 år, og 19-44 år. Vi fikk til sammen 631 treff, og leste fem artikler. Det ble heller ikke inkludert artikler fra dette søket, ettersom at vi hadde endret problemstillingen vår.

02.02.2017: Under det niende søket, brukte vi søkeordene infertil\*, experienc\*, treatment\*, gender\* og couple\*. Dette søket ble begrenset til språkene dansk, norsk, engelsk og svensk, at artiklene skulle være fra 2008 eller nyere, og aldersgruppen 19-44 år. Vi fikk til sammen 143 treff, og inkluderte en artikkel (Daniels et al. 2013).

### **3.2.2.3 PsychInfo**

Vi utførte kun ett søk i PsychInfo. Dette ble utført 25.10.2016 (søk 5). I dette femte søket, brukte vi søkeordene infertility, experienc\*, couple\* og treatment. Søket ble begrenset til språkene dansk, norsk, engelsk og svensk, 18 år og eldre, at artiklene ikke skulle være eldre enn fem år, kvalitative studier og at artiklene skulle være fagfelleverdert. På dette søket, fikk vi treff på 12 artikler. Her ble en artikkel inkludert (Beji og Onat 2012).

## **3.3 Kvalitetsvurdering**

Gjennom våre søk etter artikler i ulike databaser, så vi alltid på overskriftene på artiklene om de kunne være relevante i forhold til problemstillingen vår. Deretter leste vi igjennom abstraktene, for å få en oversikt over innholdet i artiklene. Vi leste så fortløpende gjennom artiklene hver for oss. Vi hadde hele tiden kontakt med hverandre angående artiklene, og diskuterte hele veien om vi mente artiklene kunne inkluderes eller måtte ekskluderes. Under arbeidet markerte vi begge av resultatene på artiklene med overstrekingstusj, og sammenlignet funnene vi fant hver for oss. Våre inklusjons- og eksklusjonskriterier gjorde det lettere for oss å finne ut om artiklene passet til vår litteraturstudie. Vi hadde som et krav at alle artiklene skulle være fagfelleverderte. For å finne ut om tidsskriftet artiklene våre var utgitt i var fagfelleverdert, brukte vi Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste (2017). Vi søkte på tidsskriftet som artikkelen er utgitt i, for å finne ut om den er fagfelleverdert til Nivå 1 eller Nivå 2. For å vurdere artiklene som vi hadde funnet, brukte vi sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014). Vi leste da artiklene grundig på nytt i felleskap, og fylte ut et skjema for hver artikkel. ). Vi bestemte oss for at artiklene måtte oppfylle minst 8 av 11 kriterier i sjekklisten, for at de skulle inkluderes.

Etter å ha kvalitetsvurdert alle artiklene vi fant, ble en del av disse ekskludert av ulike grunner. Den største grunnen til at vi ekskluderte artikler, var at en del av artiklene handlet om enten bare mannens eller kvinnens opplevelse alene om infertilitetsbehandling. To av de ekskluderte artiklene ble ekskludert fordi de ikke var fagfellevurdert.

### **3.4 Etiske hensyn**

Vi hadde som et inklusjonskriterium at artiklene skulle være etisk vurdert. Alle våre inkluderte artikler har blitt enten etisk godkjent av en etisk komité, eller så har det etiske blitt ivaretatt på andre måter. Det kunne da bli innhentet skriftlig og muntlig samtykke. I noen av artiklene ble parene informert om studien og at det var frivillig å delta. Vi mente at det var viktig at artiklene holdt identitetene til parene anonymt, og eventuelt brukte pseudonym. Under *vedlegg 3*, kan en se den etiske vurderingen til hver enkelt artikkel.

### **3.5 Analyse**

Vi brukte Evans' (2002) for å analysere vår datainnsamling. Evans' kategoriserer fire hovedtrinn i sin systematiske metode.

1. Datainnsamling
2. Identifisere hovedfunn
3. Identifisere hovedtema mellom studiene
4. Beskrive hovedtema (Evans 2002).

Ved datainnsamlingen søkte vi etter forskningsartikler i ulike databaser. Etter at vi hadde funnet artikler som vi mente var relevante for vår problemstilling, leste vi gjennom dem. Vi inkluderte artiklene som innfridde våre inklusjonskriterier vi hadde utarbeidet på forhånd. Til sammen hadde vi ti kvalitative og to kvantitative artikler.

I steg nummer to, identifiseres hovedfunn (Evans 2002). Vi leste gjennom artiklene på nytt, men denne gangen enda mer grundig, og analyserte artiklene hver for oss. Vi møttes for å kvalitetsvurdere artiklene sammen. Begge brukte overstrekingstusj, og markerte viktige funn med fargekoder. Alle hovedfunnene fikk hver sin farge, og vi markerte funnene med den valgte fargen. Dette gjorde vi for at det skulle bli enklere for oss å finne tilbake til resultatene i artiklene. Vi begge trakk ut hovedkategorier i alle artiklene.

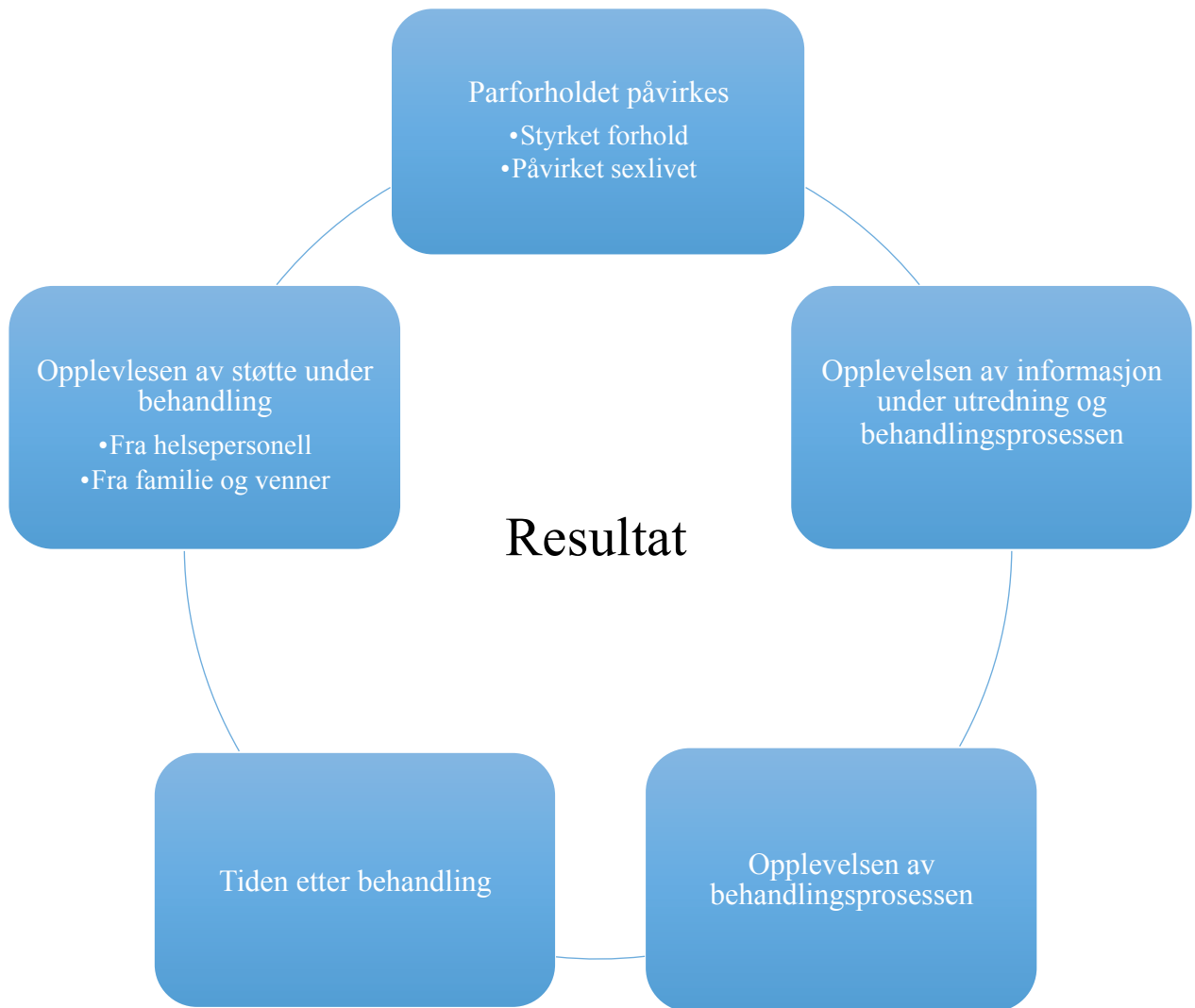
I det tredje steget, møttes vi for å sammenligne det vi hadde funnet i artiklene. Vi kom frem til de samme funnene i artiklene. Deretter diskuterte vi funnene, og startet med å formulere hovedfunnene.

I det siste steget samlet vi alle hovedfunnene og laget et kretsdiagram for å fremstille funnene på en oversiktlig måte.

Hovedfunn ligger som *vedlegg 4*.

## 4.0 Resultat

Vi fant til sammen fem hovedfunn og fire underkategorier som vi har valgt å fremstille i et kretsdiagram (Figur 1). Dette er for å lage en god oversikt over funnene som blir presentert i resultatdelen.



Figur 1: Kretsdiagram med hovedfunn.

#### **4.1 Parforholdet påvirkes**

Sju av studiene viste at parforholdet ble påvirket på grunn av infertilitet og behandlingen de måtte gjennom (Beji og Onat 2011, Bond et al. 2013, Crosland et al. 2009, French, Sharp og Turner 2015, Korge et al. 2013, Loke, Wu og Ying 2015b, Ghahiri et al. 2014, Ghavi et al. 2015 og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). Ektefellen følte at de hadde skyld og fikk da dårlig samvittighet for at de ikke kunne få barn sammen med sin partner. Derfor ble det viktig at ektefellene støttet hverandre under prosessen med å finne ut at en er infertil, samt gjennomgå behandling (Beji og Onat 2011, Bond et al. 2013, Crosland et al. 2009, Ghahiri et al. 2014, Loke, Wu og Ying 2015b og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013).

I couldn't understand why Mrs. G was stressed and upset that "I have a problem", no, you don't have a problem, we have a problem which is physically in your Fallopian tube, big deal... but she doesn't think what way so there was a disconnect there, which probably made Mrs. G feel that I wasn't as empathetic to her (Mr.G) (Bond et al. 2013).

##### **4.1.1 Styrket forhold**

I to av artiklene, ble det rapportert at parene hadde et kjærlig forhold før behandlingen startet, og at dette hadde en viktig betydning i forhold til å tåle motgang i behandlingen (Crosland et al. 2009 og Loke, Wu og Ying 2015b). De fortalte at de brukte mellommenneskelige ferdigheter som å uttrykke følelsene sine, oppnå gjensidig forståelse og skape et kjærlig parforhold (Loke, Wu og Ying 2015b).

My husband and I were best friends for two years before we got married. He had confided his fertility problem to me before we got married. I would certainly regard it as a couple's shared responsibility that we should face together (Gang-F) (Loke, Wu og Ying 2015b).

Parene hadde fokus på at de sto sammen i dette, ettersom at det å få barn var deres største ønske (Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). De aller fleste parene holdt sammen gjennom prosessen med infertilitetsbehandlingen (Korge et al. 2012, Loke, Wu og Ying 2015b og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). "This was something we both wished for

and you (the woman) did what you could to make it possible. And that made it positive for me'' (man) (Möller, Olafsdottir og Wikland 2013).

Flertallet av parene, følte at parforholdet ble styrket etter opplevelsen med infertilitet og behandling (Beji og Onat 2011, Crosland et al. 2009, Ghahiri et al. 2014, Loke, Wu og Ying 2015b og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). ''When we started the process we were both ready and I believe it (the experience) has made our relationship stronger'' (man) (Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). I studien til Möller, Olafsdottir og Wikland (2013) viste det seg at parene hadde holdt sammen. Parene hadde opplevd mange tøffe perioder med vanskelige valg. Likevel hadde ingen av dem snakket om å avslutte forholdet. For parene var dette gjensidig prosjekt, der deres felles mål var å bli foreldre.

#### **4.1.2 Påvirkning på sexlivet**

Noen par, opplevde at infertiliteten og behandlingen hadde hatt negativ effekt på sexlivet (Beji og Onat 2011, Ghavi et al. 2015 og Korge et al. 2012). En grunn til dette var at infertilitetsbehandlingen kunne gi plagsomme bivirkninger, med ødemer og økt sensitivitet. Dette førte til symptomer på dyspareuni (Beji og Onat 2011). Annen grunn som påvirket sexlivet negativt, var at parene følte at de måtte ha samleie selv om de ikke hadde lyst. Samleiet ble en plikt, og ikke en nytelse (Beji og Onat 2011).

#### **4.2 Informasjon under utredningen og behandlingsprosessen**

I sju av studiene, opplevde parene at de skulle ønske at de fikk mer informasjon. Noen var fornøyde, og andre var mindre fornøyd (Bhattacharya og Porter 2007, Bond et al. 2013, Crosland et al. 2009, Ghahiri et al. 2014, Ghavi et al. 2015, Loke, Wu og Ying 2015b og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). I møtet med fastlegen under utredning, var det viktig for parene at det ble skapt tillit, og at fastlegen hadde den nødvendige ekspertisen (Crosland et al. 2009). Under første møtet med en fertilitetsklinikk, var det flere par som bare forberedte seg på en innledende samtale (Bhattacharya og Porter 2007). I studien til Bhattacharya og Porter (2007), var det bare halvparten av deltakerne som fikk en informasjonsbrosjyre tilsendt før selve konsultasjonen. Parene ble overrasket over at de ble undersøkt og tatt tester av allerede ved det første møtet. Mange forventet mer praktisk informasjon ved klinikken, og de var misfornøyd med informasjonen de fikk der. De mente at de kunne fått mer informasjon ut av internett.

He (the doctor) never gave us nothing to go away with. He never said, "Do this and do that." I would have got more information going onto the internet or reading books (Female103 interview1) (Bhattacharya og Porter 2007).

I have to say that the doctors in the clinic are too busy to answer our inquiries. Each time I visit the doctor, I prepare a list of questions to ask, but I do not find time to ask them, or they give me quick answers in the belief that I would not be able to full understand their explanations (Li-F) (Loke, Wu og Ying 2015b).

Möller, Olafsdottir og Wikland (2013), skriver at reproduksjonsbehandling er en ny opplevelse for de fleste som får vite at de er infertile. I starten vil parene måtte ta beslutninger med lite kunnskap om temaet, de måtte derfor ha tillit til fertilitetsklinikken de besøkte. Parene var lettet over å være i profesjonelle hender, og at de var trygge på at spesialistene visste hva som var det beste for dem i forhold til behandlingsalternativene. "It is difficult to make decisions about things you don't have a clue about. You just want a child and they say they can help you" (man) (Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). Etersom tiden gikk, rapporterte parene at de prøvde å få mer informasjon om sin egen situasjon. Noen av parene ble skuffet over svarene de fikk, og følte at helsepersonellet ikke tok dem seriøst ved henvendelser. Parene som hadde gått gjennom behandling flere ganger, ga uttrykk for at de hadde et større behov for å få mer informasjon, og at de hadde mer spørsmål angående tema. I studien til Bond et al. (2013), opplevde parene også at lege hadde lite tid til å svare på spørsmål som de hadde på grunn av at legen var ofte opptatt. De søkte da heller etter informasjon via forum på internett. Internett ble brukt for å finne mer informasjon av mange (Bhattacharya og Porter 2007, Bond et al. 2013, Crosland et al. 2009 og Ghahiri et al. 2014). Noen av parene foreslo at klinikkene burde ha brosjyrer, hefter og websider med informasjon, slik at det kunne være lettere for pasientene å forstå behandlingsprosessen (Bond et al. 2013). Parene skulle ønsket at de fikk mer praktisk informasjon angående infertilitetsbehandling (Bhattacharya og Porter 2007 og Bond et al. 2013).

I feel it is extremely frustrating to hear about new methods from other sources than you should hear about them from. If you don't get this information from your doctor, but from the support groups, then you lose your hope and trust, why is nobody telling us this? (woman) (Möller, Olafsdottir og Wikland 2013).



Mrs. L expressed a wish for someone ”to meet you and say, ’Hello, here’s the consent form... Here are the steps of the treatment process and the reason you have to do each one.’” (Bond et al. 2013).

I studien til Ghahiri et al. (2014), ble informasjonen de fikk hos klinikken beskrevet som omfattende. God informasjon gjorde at det ble lettere for paret å skape tillit, og samarbeide under behandlingen. Likevel kunne det skje at helsepersonell kunne gi for mye informasjon på en gang.

If the doctor gives some information about our condition, we could worry less. Sometimes medical personnel answer some questions may cross our mind. But the answers are uttered too fast that we don’t understand a word they are saying (Ghahiri et al. 2014)

### **4.3 Opplevelsen av behandlingsprosessen**

Det viste seg at infertilitetsbehandlingen hadde stor påkjenning for parene. Dette kom frem i åtte av våre inkluderte artikler (Beji og Onat 2011, Bond et al. 2013, Crosland et al. 2009, Daniels et al. 2013, French, Sharp og Turner 2015, Ghahiri et al. 2014, Ghavi et al. 2015, Loke, Wu og Ying 2015b og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013).

(...) describing their journey as a roller coaster ride of emotions, with lives on hold, unable to arrange social events, go on holiday or leave the house and becoming sensitized to their environment (Crosland et al. 2009).

Parene kjente på stresset med å gå gjennom behandlingen (Beji og Onat 2011, Bond et al. 2013 og Loke, Wu og Ying 2015b). Infertilitetsbehandling er kjent som en lang reise karakterisert med mange skuffelser (Bond et al. 2013). I studien til Beji og Onat (2011) følte parene på tristhet, skyldfølelse, meningsløshet, sinne i perioden før behandlingen. Under behandlingsprosessen følte de på angst, panikk og hadde høyt stressnivå.

It was really like climbing a mountain; each step was a psychological torture, worse than the physical pain I suffered. To me, waiting for the result of the pregnancy test was like death sentence” (Chun-F) (Loke, Wu og Ying 2015b).

Parene følte at de ble satt på vent på grunn av infertiliteten (Daniels et al 2013 og Loke, Wu og Ying 2015b). De måtte legge opp dagene sine etter jevnlig behandlingstimer med injeksjoner, målinger og undersøkelser. Dette endte også med at noen av kvinnene måtte si fra seg jobben, på grunn av den kompliserte behandlingen (Beji og Onat 2011 og Loke, Wu og Ying 2015b). Kvinnene var redde for at kroppen deres skulle svikte dem når de først hadde blitt gravide. Parene prøvde å ikke fokusere så mye på fødselen og foreldreskapet, på grunn av redselen for å miste barnet i magen (French, Sharp og Turner 2015). Mennene ble bekymret for sine kjære når de så hvordan kvinnene led av de negative resultatene (Loke, Wu og Ying 2015b og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013).

Et par i studien til Loke, Wu og Ying (2015b) hadde fem mislykkede forsøk med infertilitetsbehandling, og var svært skuffet og såret.

I was extremely upset and heart-broken when I had the fifth failed IVF. I don't think other people could understand my feelings. I am reluctant to talk to other woman in the same ward who were successful. It makes me even more frustrated and pained (Ke-F) (kvinnen). (...) We were so disappointed about the unsuccessful result after spending so much energy and effort. I can feel the pain that she went through. We started with some hope and ended up with nothing. It was frustrating and we were hurt (Hong-M) (mannen) (Loke, Wu og Ying 2015b).

Parene opplevde også at de kunne få fysiske plager (Beji og Onat 2011 og Loke, Wu og Ying 2015b). Noen av kvinnene, opplevde at kroppen deres hadde fått negative endringer under infertilitetsbehandlingen. Noen fikk ødemer, smerter i lyskeområdet, hodepine og smerter ved injeksjonsstedet (Beji og Onat 2011). Andre ble plaget av vektøkning og brystmerter (Loke, Wu og Ying 2015b). Kvinnene som gikk gjennom IVF behandling følte seg som en nålepute ettersom at de måtte ta jevnlig blodprøver. De måtte også gjennomføre flere vaginale ultralyder (Loke, Wu og Ying 2015b).

#### **4.4 Støtte under behandling**

I åtte av artiklene, var støtte under behandling nevnt (Beji og Onat 2011, Bhattacharya og Porter 2007, Bond et al. 2013, Crosland et al. 2009, Daniels et al. 2013, Hadizadeh-Talasaz, Roudsari og Simbar 2015, Loke, Wu og Ying 2015b og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). Det kom frem at mange ønsket å få psykososial støtte under behandlingen,

men fåtallet benyttet seg av det (Bond et al. 2014 og Daniels et al. 2013). Årsaken til at noen ikke valgte å søke støtte under behandlingen, var at parene følte at de hadde mangel på informasjon om støttetjenester (Bond et al. 2014 og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). En annen årsak er at tjenesten ikke ble tilbydd til dem (Bond et al. 2014). Noen av parene var ambivalente om å motta støtte (Beji og Onat 2011 og Loke, Wu og Ying 2015b). Årsaken til dette var at noen var usikre på om støtten de fikk ville hjelpe dem eller føre til videre stress (Loke, Wu og Ying 2015b).

#### **4.4.1 Fra klinikkene og helsepersonalet**

I startfasen når parene nylig hadde startet med utredning, oppga de at de hadde et godt forhold til fastlegen (Crosland et al. 2009). Parene oppga at tillit og kompetanse var viktig for deres opplevelse (Crosland et al. 2009 og French, Sharp og Turner 2015). Det var ikke alle i studien som mente at fastlegen hadde den nødvendige kompetansen, men at de likevel hadde et godt forhold til legen (Crosland et al. 2009). Parene følte at både fastlegen og spesialisten var dårlig på å identifisere og se kommunikasjonsproblemer hos dem som strevet med å mestre det emosjonelle som følger med infertiliteten og behandlingen (Crosland et al. 2009).

I was so nervous when I underwent my first cycle that I think contributed to the failure. I might have been successful in the first cycle if I had received professional psychological support at that time (Guo-F) (Loke, Wu og Ying 2015b).

Mange av parene mente at de ikke fikk tilstrekkelig psykologisk støtte (Bond et al. 2013, Loke, Wu og Ying 2015b og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). Dette var begrunnet med at konsultasjonstidene til legen var korte, og at det var generelt mangel på psykologisk støtte. I studien til Möller, Olafsdottir og Wikland (2013) hadde parene delte følelser angående støtten de fikk ved klinikken. Noen beskrev at de var ønsket velkommen med åpne armer, og andre følte seg som et produkt på et samleband. Parene var ikke klar over at klinikken tilbydde psykologstøtte, og de som visste om det trodde det kun skulle brukes i nødstilfeller, eller ved alvorlige psykologiske problemer hos par. Et resultatet av studien til Loke, Wu og Ying (2015b) var at psykologisk støtte er nødvendig for paret som går gjennom infertilitet og behandling for det.

Det var flere av de inkluderte artiklene som nevnte at parene skulle ønske de kunne fått snakke med pasienter som hadde gjennomgått det samme som de måtte gjennom (Bhattacharya og Porter 2007, Bond et al. 2013 og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). Noen par møtte hverandre ved venterommet hos klinikkene, og følte en lettelse av å se andre i samme situasjon som dem (Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). Andre brukte internett for å finne andre i samme situasjon (Bhattacharya og Porter 2007).

I found it most helpful, but that was just going and doing it myself... There's quite a lot of good support groups on the internet you know... So you can talk to people in the same situation as you... if there are things that you don't understand, you know people give advice or, you know what they've tried (Bhattacharya og Porter 2007).

#### **4.4.2 Fra familie og venner**

Noen av parene følte skyld for å fortelle forelderne om infertiliteten og behandlingen på grunn av at de følte det ble en byrde for dem (Daniels et al. 2013 og Loke, Wu og Ying 2015b). Parene kunne føle på at det var et stort psykisk press, og var stresset angående å avsløre informasjonen til familie og venner om situasjonen deres (Hadizadeh-Talasaz, Roudsari og Simbar 2015). Parene var redde for at om de fortalte om situasjonen sin, at de skulle få upassende kommentarer eller spørsmål som ville stresse dem (Loke, Wu og Ying 2015b). I studien til Beji og Onat (2011), var det delte meninger om støtten de fikk fra familie og bekjente. Noen følte at de fikk god støtte og veiledning gjennom prosessen, mens andre følte seg ekskluderte og følte på press fra familie og venner. I studien til Loke, Wu og Ying (2015b), følte parene at de fikk lite støtte fra familie og venner. Noen ønsket å informere foreldrene for å få støtte (Daniels et al. 2013). Det å fortelle venner at de hadde problemer med å få barn opplevdes som flaut, spesielt om vennene hadde barn. Parene ønsket ikke at vennene skulle føle skyld om de hadde et barn, eller vise gleden av å snakke om barnet sitt (Crosland et al. 2013).

Well I haven't much family around me, but his mam and dad were supportive and I had a couple of good friends and that. I did have the support, I could sit down and talk if I wanted to (Crosland et al. 2013).

#### **4.5 Tiden etter behandling**

Fire av artiklene beskriver tiden etter behandlingen (Beji og Onat 2011, French, Sharp og Turner 2015, Korge et al. 2013 og Möller, Olafsdottir og Wikland 2013). Når parene fikk beskjeden om at de var gravide, var de redde for at kroppen skulle svikte dem. Når de fikk beskjeden om at de var gravide, var det vanskelig å tro på det (French, Sharp og Turner 2015). I studien til Beji og Onat (2011), følte parene som hadde fått barn etter prosessen glede, lettelse og at de fikk en hensikt til å leve. En kvinne i studien til French, Sharp og Turner (2015), fortalte at hun ønsket å få alle symptomene på at hun var gravid slik at dette minnet henne på det at hun faktisk var gravid. Et par i samme studien klarte ikke helt å forberede seg på at barnet skulle komme, på grunn av redselen for å miste det. I studien til Korge et al. (2013), var de som ble foreldre villig til å gå gjennom flere behandlinger i forhold til de som forble barnløse. De som forble barnløse, kunne se noe positivt i ufrivillig barnløshet etter hvert. Selvtilliten hadde økt hos både de som fikk barn, og de som ikke fikk det. Sexlivet hadde vært stabilt i ettertid. De aller fleste i denne studien var fortsatt sammen etter behandlingen. I studien til Möller, Olafsdottir og Wikland (2013) viste det seg at parene hadde holdt sammen i over tre år etter behandlingen.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen drøfter vi både styrker og svakheter med fremgangsmåten i vår litteraturstudie, med søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse. Vi reflekterer om hva vi kunne ha gjort annerledes under utarbeidelsen av oppgaven.

#### 5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Mange ønsker seg barn, og tar nesten som en selvfølge at de skal få det. Når de først finner ut av at det ikke var så enkelt som de trodde, kan det oppstå sterke følelser med fortvilelse og hjelpeløshet (Tanbo, Åbyholm og Molne 2015). Vi valgte en problemstilling rettet mot parets opplevelse. Infertiliteten kan ha årsaker som sitter hos enten bare kvinnen eller mannen, hos begge, eller at infertiliteten er uforklarlig (Ibid). Likevel er dette en felles opplevelse for paret. Vi mener at det kan være en styrke for oppgaven vår å skrive om parets opplevelser, og ikke bare den ene parten.

Vi har inkludert artikler som handler om å søke hjelp for sitt problem i primærhelsetjenesten, opplevelsen av behandlingen, og hvordan det har gått i ettertid. Kvinnens alder er en viktig faktor når det gjelder fertiliteten (Tanbo, Åbyholm og Molne 2015). Derfor bestemte vi oss for å inkludere artikler med deltakere som var maks 50 år. I databasene kunne man velge begrensninger på alder, og vi valgte da (’’adult 19-44 år’’) i Ovid Medline og Proquest, og ’’300 adulthood <age 18yrs and older>’’ i Psychinfo.

Problemstillingen vår er kvalitativt rettet. Under søkeprosessen så vi at det kunne oppstå problemer å bare finne kvalitative forskningsartikler på problemstillingen. Derfor har vi også inkludert artikler med kvantitativt forskningsdesign. Dette kan være en svakhet for oppgaven vår ettersom at problemstillingen vår er kvalitativt rettet, og siden kvalitative studier svarer naturligvis best på vår problemstilling. En inklusjonskriterie var at artiklene skulle være etisk vurdert, og at tidsskriftet artiklene er publisert i skulle være fagfellevurdert til nivå 1 eller nivå 2. Vi ser på dette som en styrke for oppgaven vår, siden det har blitt tatt etiske hensyn til deltakerne i studiene.

Vi hadde en tanke om at vi skulle prøve å benytte nyere forskning til vår litteraturstudie. Etter noen søk der vi hadde fått opp lite, eller ingen forskning som svarte på vår problemstilling, valgte vi å utvide søket. Vi bestemte oss for at artiklene ikke skulle være

mer enn 10 år gamle. Vi ser ikke på dette som en svakhet, ettersom at artikler som er oppmot 10 år kan være like aktuelle i dag for vår hensikt og problemstilling.

Det var en artikkel vi var litt i tvil om vi kunne bruke. Denne artikkelen handler om å avsløre infertiliteten til andre når de undergikk infertilitetsbehandling, og årsakene til at de valgte å avsløre eller ikke, samt tankene rundt det. Årsaken vi vurderte å ekskludere denne, var på grunn av kulturforskjeller. Etter å ha grundig lest gjennom artikkelen, bestemte vi oss for å inkludere den ettersom at den også har tatt med opplevelsen av å avsløre infertiliteten.

## **5.1.2 Litteratursøk og datainnsamling**

### **5.1.2.1 PICO-skjema**

Før vi startet søkeprosessen, utarbeidet vi et PICO-skjema. Vi gjorde mange søk, og noen ble resultatløse. I prosessen så endret vi på PICO-skjemaet vårt, slik at det skulle passe til den reviderte vinklingen av problemstillingen vår. Vi tilføyde nye søkeord, og fjernet søkeordet ”women\*” siden vi vinklet problemstillingen mot parets opplevelse. Det ble senere også lagt til flere søkeord, på grunn av manglende inkluderte artikler ved databasesøkene. Vi tenker at dette ble en litt ustrukturert prosess der vi måtte tilføye nye ord og starte nye søk med å kombinere søkeordene. Dette kan være en svakhet i oppgaven vår.

### **5.1.2.2 Søkestrategi**

Vi startet søkeprosessen tidlig, for å utforske artikler som omhandlet tema. I våre to første søk før vi endret på hensikten og problemstillingen vår, hadde vi søkeord som ”women\*” og brukte avgrensning (”Adoleant 13-18 år”) som ikke ble relevant for vår endelige problemstillingen. Under hvert søk vi foretok, skrev vi ned søkehistorikken i et word dokument. Dette gjorde at det var lettere for oss å finne tilbake artiklene i søkene våre.

Under søkeprosessen brukte vi databasene OVID Medline, ProQuest og PsychInfo for å finne artikler til litteraturstudien vår. Vi mente at OVID Medline var den enkleste, og mest brukervennlige databasen for å få gode treff på våre søk. Det at vi har brukt flere databaser ser vi på som en styrke. Før søkeprosessen deltok vi på undervisning om hvordan vi skulle utføre systematiske databasesøk i regi av biblioteket ved Høgskolen i Molde.

Undervisningen var en grundig gjennomgang, og vi valgte å utføre søkene våre på bakgrunn av den kunnskapen som vi tilegnet oss gjennom undervisningen og praktiske øvelser. Det at vi ikke valgte å ta kontakt med bibliotekar kan ha vært en svakhet, da vi kunne ha gått glipp av andre relevante søkeord. Ut i fra PICO-skjemaet så mener vi at vi har funnet relevante søkeord, som ga oss resultater på våre søk. Vi brukte ulike kombinasjoner av søkeordene fra PICO-skjemaet i våre ni databasesøk, samt ulike begrensninger. Vi mener at dette var positivt for søkene våre fordi søket ble avgrenset.

Litteraturstudiets resultat skal baseres på 12-15 originale forskningsartikler etter retningslinjene til Høgskolen i Molde (Michaelsen og Mundal 2016). Etter å lest og vurdert mange artikler, satt vi igjen med 12 artikler som ble inkludert i vår litteraturstudie. Vi mener at 12 artikler er med på å svare tilstrekkelig på vår hensikt og problemstilling. Om vi hadde hatt maks antall artikler, kunne vi muligens ha avdekket enda flere funn, samt utvidet resultatet vårt.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering**

Begge leste grundig gjennom artiklene før vi møttes for å diskutere kvaliteten på artiklene, og om de kunne inkluderes i vår litteraturstudie. Vi ser på dette som en styrke fordi vi kunne ha tolket resultatene forskjellig. Vi brukte sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2017) for å kvalitetsvurdere artiklene. Alle artiklene måtte innfri minst 8 av 11 kriterier for å bli inkludert. Dette kan være en styrke fordi artiklene må score høyt på skjemaet for å bli inkludert, samt at det kan være en svakhet ved at artikler med svakheter likevel blir inkludert. På artiklene med kvantitativt design var vi usikre på hvilken sjekkliste vi skulle bruke, siden det finnes ulike sjekklister for dette designet. Dette kan være en svakhet fordi vi kan ha valgt feil sjekkliste. Alle artiklerne er publisert i tidsskrift som er fagfellevurdert til nivå 1 eller nivå 2 av Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste (2017), og dette ser vi på som en styrke for oppgaven.

Våre artikler er fra forskjellige land. Vi har artikler fra Tyskland, Sverige og Island, Canada, New Zealand og England, men vi har også inkludert artikler fra Iran, Tyrkia og Kina. Det at vi har inkludert artikler fra land som tilhører andre verdensdeler samt at noen praktiserer ulike religioner og har ulik tro kan være en svakhet i oppgaven, fordi mennesker med ulik bakgrunn kan ha annen oppfatning. Samtidig kan det være en styrke



for oppgaven med et flersidig syn. Norge har blitt et mangfoldig samfunn, med mennesker fra andre land og kulturer.

Sitater og funn som er tatt ut av en større sammenheng kan feiltolkes dersom de står i en større kontekst (Forsberg og Wengström 2013). Vi har derfor gjort så godt vi kan for å prøve å unngå dette. Likevel må det tas høyde for feiltolkninger. Alle våre artikler var på engelsk. Vi begge mestrer og forstår engelsk bra, men det må likevel tas høyde for at det kan være misforståelser eller feiltolkninger i ord og setninger som kan ha påvirket våre funn.

#### **5.1.4 Etiske hensyn**

Det er viktig at etiske overveielser blir tatt i betraktning (Forsberg og Wengström 2013). Alle våre artikler har på en eller annen måte blitt etisk vurdert. De aller fleste artiklene har blitt godkjent av etiske komité. I fire av artiklene våre er det ikke nevnt at de er godkjent av en etisk komité, men at deltakerne har fått tilstrekkelig med informasjon om studien, at det var frivillig og delta, samt at de ga muntlig eller skriftlig samtykke til å delta i studien. Noen av artiklene brukte også pseudonym, for å holde identiteten til deltakerne anonyme. Mange av artiklene beskrev at all data som ble samlet inn om deltakerne og studien, ble lagret på sikre steder. At etiske hensyn har blitt tatt i alle artiklene våre anser vi som en styrke.

#### **5.1.5 Analyse**

Vi brukte Evans' (2002) fire faser til å analysere arbeidet vårt. Begge leste gjennom alle artiklene hver for oss. Dette ser vi på som en fordel. For å strukturere funnene våre brukte vi overstrekningstusjer til å markere viktige funn og sitater i artiklene. Vi noterte funnene på egne ark, samt noterte hvilke artikler som hører til hvilket funn. Dette gjorde at det var enkelt å finne tilbake til funnene i artiklene. Etter at vi hadde bestemt oss for hovedfunnene, satt vi opp et kretsdiagram (figur 1), som viser oversikt over funnene. Vi ser på dette som en styrke siden funnene kommer oversiktlig frem. Alle hovedfunnene fikk ulike fargekoder slik at vi hadde god oversikt over funnene i artiklene. Funnene våre kan gå litt inn i hverandre, og dette ser vi på som en svakhet.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen har vi diskutert studiens resultat opp mot studiens hensikt og problemstilling. Vi har også diskutert resultatet opp mot bakgrunnsteori og relevant forskning, samt egne erfaringer og konsekvenser for praksis.

### 5.2.1 Parforholdet blir styrket

I vår studie fant vi ut at parforholdet ble påvirket av infertilitet og behandlingen. Det viste seg at de aller fleste av parene kom styrket ut av hele prosessen. Det kom frem at ingen hadde snakket om å avslutte forholdet. I Guttormsen og Sundby (1989), bekreftes det at parene holder sammen, og sjeldent skiller seg på grunn av infertiliteten. Av erfaring, har vi samme opplevelsen, at par ofte holder sammen og kommer stryket ut av prosessen. Parene står sammen, og tar beslutninger ut i fra hverandres mening. Vi fant ut at noen av parene mente at gjensidig forståelse, og å skape et kjærlig parforhold var viktig i forhold til å tåle motgang i behandlingen. Dette beskrives også i Guttormsen og Sundby (1989), at kjærlighet, forståelse og støtte er viktig.

I vår litteraturstudie, oppga noen par at de hadde skyldfølelse angående at infertilitetsproblemet var hos dem. Infertilitet kan være krevende, og parene stilles ovenfor tøffe valg sammen. Den ene parten kunne få dårlig samvittighet fordi den ikke kunne gi partneren sin et barn. Raphael-Leff (2013) formidler at dette kan true kjønnsidentiteten, og føre til oppgitthet og depressive tanker samt skyldfølelse.

Lalos (1985, sitert i Guttormsen og Sundby 1989) fortalte at paret kan være på ulike stadier når det gjelder bearbeiding av følelser, og motivasjon for behandling. Kvinnene kan da føle at partneren ikke bryr seg like mye om barnløsheten som henne, og kan kjenne på mangel på støtte fra partneren. I studien vår kom det frem i et sitat, at mannen ikke kunne forstå hvorfor kvinnen var så oppgitt over at hun hadde et problem. Mannen insisterte at det ikke var kvinnen som hadde et problem, selv om det lå fysisk i hennes eggleder – de hadde problemet sammen. På grunn av at kvinnen ikke så på det på denne måten, ble det en misforståelse, og hun mente at mannen ikke var empatisk mot henne. Haugen beskriver også om at det kan oppstå misforståelser, på grunn av at kvinnen kan tro at mannen ikke er så interessert (Ønskebarn 1998a)

Infertiliteten hadde en negativ effekt på sexlivet. Vi fant ut at det kunne være flere årsaker til dette. Noen fikk fysiske plager som fulgte med behandlingen (ødemer, økt sensitivitet og symptomer på dyspareuni). Andre følte at sex ble som en plikt, og at det ikke ble noen nytelse. I Guttormsen og Sundby (1989), beskriver de også at det nesten blir umulig å koble lystfølelse til et organ som har gitt så mange skuffelser og nederlag, samt blitt utsatt for smertefulle prosedyrer med undersøkelser og operasjoner. Sex blir som en kommando og dette kan påvirke lysten (Ibid). Det blir lagt press på seksualiteten, og samleiet utføres ikke på grunn av gleden, med på grunn av nytten (Raphael-Leff 2013). Gamnes (2012), beskrev at samleie var viktig for den psykiske og fysiske helsen. Det kan derfor være nyttig å snakke om dette før utredning og behandling slik at en kan forebygge eller minske dette problemet (Schei 2015). Vi tenker at sykepleiere må ha kunnskap om dette, og vise at de har tid og forståelse, samt besvare eventuelle spørsmål som parene har. Stresset kan føre til at det blir mangel på opphisselse og lyst, samt orgasme (Ibid). Kvinnene nevnte at presset var stort hos mannen, ettersom at det var han som måtte prestere. Mennene må få utløsning, men det kreves ikke at kvinnen må få orgasme for at de skal bli gravide (Guttormsen og Sundby 1989).

### **5.2.2 Ønske om mer informasjon og støtte**

Når parene møtte fastlegen i primærhelsetjenesten, var det viktig for dem at fastlegen hadde nødvendig ekspertise, og at det ble skapt tillit. Tilliten gjorde at parene følte seg ivaretatt. I Guttormsen og Sundby (1989), kom det frem at parene hadde en positiv opplevelse i møte med fastlegen. Noen oppga imidlertid at liten interesse gjorde at parene kunne få mistillit til fastlegen.

I en av studiene, ble flere av parene overrasket over det første møtet med klinikken. De forventet en konsultasjon med innledende samtale. Likevel ble det gjort mer enn hva som var forventet. Kun halvparten av parene i denne studien, fikk en informasjonsbrosjyre i forkant av konsultasjonen. Parene forventet også mer praktisk informasjon. Det var delte meninger om informasjonen de fikk. Noen var fornøyde, og noen var misfornøyde. I vår litteraturstudie fant vi at flere par skulle ønske at de kunne ha fått mer informasjon. Noen av parene ønsket å få konkret informasjon om hva de måtte gjennom, og årsakene til at de måtte gjennom dette. Sjögren (2005) skriver at informasjonen som blir gitt til det infertile paret, skal omfatte utredningen og behandlingen. Hun beskriver at når utredningen er utført, bør pasientene få informasjon om hvilke behandlingsmetoder som finnes, samt

prognosene. De må også få informasjon angående negativt utfall av behandlingen, og at paret likevel kan få et godt liv uten barn, eller at adopsjon er en mulighet. Vi tenker at det kan være nyttig at sykepleiere deltar når leger informerer paret som er infertil. Dette fordi at sykepleiere kan ha en støttende funksjon, og eventuelt besvare spørsmål som legen ikke har tid til å svare på.

Legene hadde begrenset tid til å svare på informasjon. I Guttormsen og Sundby (1989), står det at det er viktig at legene tar seg god tid til å informere pasienten om deres tilstand og behandlingen de skal gjennom. Legene kan ha dårlig tid, og parene kan føle på at de sitter igjen med mange ubesvarte spørsmål etter legetimen (Ibid). De som følte at de hadde fått god informasjon synes at det ble lettere å skape tillit, og samarbeide under behandlingen. Parene opplevde at de selv måtte finne informasjon, og brukte blant annet internett. De kunne tenke seg at klinikken burde ha brosjyrer, hefter og websider med informasjon slik at det ble lettere å forstå behandlingsprosessen. Et sitat fra en artikkel, beskrev at om legen hadde gitt tilstrekkelig informasjon om tilstanden deres, så ville de ha bekymret seg mindre. De følte at informasjonen ble gitt for fort slik at de ikke rakk å forstå. Eide & Eide (2014) beskriver viktigheten av å gi informasjon til pasienten. Det er viktig å tenke på at pasienten skal høre det som blir sagt, samt forstå og huske dette. Derfor kan det være viktig at informasjonen blir tilpasset til det enkelte paret. Det kan da være viktig å identifisere hva paret har av informasjon og kunnskap, samt gi informasjonen via samhandling (Ibid). Vi tenker at det kunne ha vært nyttig at det arrangeres gruppeundervisninger angående infertilitet, og det som følger med tilstanden. Dette er noe som sykepleier kunne arrangert ved fertilitetsklinikkene.

Mange av parene i studien mente at de ikke fikk tilstrekkelig psykologisk støtte. Årsaken til dette, var at legene hadde korte konsultasjonstimer og at det generelt var mangel på slik støtte. Et par i en studie hadde forberedt seg på spørsmål de skulle stille under konsultasjonstimen, men fikk ikke tid til å spørre om det de hadde tenkt ettersom at legen var hektisk og hadde liten tid. Haugen forteller at helsepersonellet er flinke til å behandle barnløsheten medisinsk, men har en del å gå på i forhold til det følelsesmessige aspektet (Ønskebarn 1998a). Det kan tenkes at det hadde vært nyttig med støttegrupper, der par fikk møte hverandre og snakke om deres felles problem. Dette er noe vi tenker at klinikkene kan tilby og at sykepleier kan være delaktig i.

Mange ønsket psykososial støtte, men fåtallet benyttet seg av dette. Det var flere årsaker til at noen ikke valgte å søke støtte. Blant annet at parene følte at de hadde mangel på informasjon om støttetjenester. Hos noen av klinikkene var det psykolog tilgjengelig, men parene var ikke klar over tjenesten eller trodde at tjenesten gjaldt par med alvorlige problemer, eller at tjenesten skulle brukes til nødtilfeller. Løvås bekrefter at det fåtallet benytter seg av psykologisk støtte (Ønskebarn 1998b). De fleste er enige i at psykologisk støtte er ønskelig å ha tilgang til. Noen par følte seg veldig velkommen til klinikkene, mens andre følte at de var et produkt på et samlebånd. Vi tenker at det er sykepleiernes ansvar at pasientene skal bli tatt godt i mot, og ivarettatt der de møter dem. Kristoffersen og Nortvedt (2012) skriver at det er viktig at samhandling mellom sykepleier og pasient er viktig for opplevelsen til pasienten.

Tillit og kompetanse var viktige faktorer for opplevelsen til paret i møte med fastlegen. Parene kunne ha tenkt seg at fastlegen og spesialistene kunne ha vært bedre på å identifisere kommunikasjonsproblemene mellom parene, som strevet med å mestre det emosjonelle som følger infertiliteten og behandlingen. I Guttormsen og Sundby (1989), kommer det frem at det bør stilles større krav til at leger i større grad må ta vare på hele paret. Det kan oppstå følelsesmessige konflikter, og dette bør legen ta opp (Ibid).

I studien vår fant vi ut at mange av parene kunne ha tenkt seg å kommunisere med par som har vært, eller er i samme situasjon som dem. Enkelte brukte internett til å finne likesinnede. Det ble brukt forum for å dele erfaringer og opplevelser fra infertilitetsbehandlingen de hadde vært gjennom. Av erfaring brukes internett hyppig for å finne andre likesinnede, og forum for å dele opplevelser.

Enkelte par synes at det kunne være vanskelig å avsløre infertiliteten til andre. Noen følte et stort psykisk press og stress, angående å avsløre situasjonen sin til sine nærmeste. Parene var redde for at om de fortalte om infertiliteten, at de skulle få upassende kommentarer eller spørsmål som ville stresse dem. Noen følte at de fikk tilstrekkelig støtte fra familie og venner, andre følte at de ble ekskludert. Guttormsen og Sundby (1989), bekrefter at det kan være vanskelig å snakke om infertiliteten til familie og venner. De beskriver også at det å generalisere barnløsheten og tilstander som kan føre til dette, kan være med å lette vanskelighetene med å snakke om det. Av erfaring, er det delte meninger

om å avsløre infertiliteten til familie og venner. Noen valgte å holde det hemmelig, mens andre valgte å være åpen om tilstanden. Å være åpen lettet prosessen for flere.

### 5.2.3 Tung psykisk påkjenning

Det å gjennomgå infertilitetsbehandling, kunne være en krevende prosess med mange skuffelser. En pasient beskrev det som en en berg og dalbanetur med emosjoner, livet på vent og ikke tid til å arrangere sosiale sammenkomster, dra på ferie eller gå utenfor hus uten å bli påvirket av samfunnet. I studien vår fant vi ut at parene opplevde stress under behandlingen. Det var mange følelser i sving. Parene bekymret seg over at de ikke skulle få barn, og kjente på høyt stressnivå. Emosjonelt stress kan affisere fruktbarheten (Guttormsen og Sundby 1989). Raphael-Leff (2013) bekrefter at infertilitetsbehandlingen var en emosjonell svingende prosess og parene opplevde fortvilelse.

Før behandlingen opplevde paret tristhet, skyldfølelse, meningsløshet og sinne.

En pasient beskrev behandlingen som en fjelltur der hvert eneste steg var psykisk tortur, verre enn den fysiske smerten som pasienten opplevde. Sundström (2005) skriver at utredningen og behandlingen av infertilitet er psykisk krevende. Under praksis ved sykehuset, møtte en av oss en pasient som skulle inn til en planlagt undersøkelse etter at hun hadde fått vite at hun var infertil. Paret hadde prøvd i flere år å få barn, uten hell. Når de først oppsøkte lege, ble hun henvist for en hysterosalpingosonografi, for å undersøke livmor og eggledere. Hun fortalte at hun følte seg trist, og var veldig redd for at hun ikke skulle få barn med mannen sin. Mannen støttet henne, og var sammen med henne gjennom sykehusoppholdet. Kvinnen fortalte at hun opplevde høyt stressnivå, og at dette hadde gått utover hverdagen til henne og mannen.

På grunn av infertilitetsbehandlingen, måtte parene planlegge dagene etter jevnlig behandlingstimer med injeksjoner, målinger og undersøkelser. Dette endte med at noen satt livet på vent, og til og med måtte slutte i jobb. Når paret først hadde blitt gravid, var kvinnene redd for at kroppen skulle svikte dem. De prøvde å ikke fokusere så mye på fødselen og foreldreskapet, på grunn av redselen for å miste barnet i magen. Et par fra en av studiene hadde hatt fem mislykkede IVF forsøk, og følte seg frustrert og fortalte at det var en smertefull prosess. De hadde brukt mye tid og energi på behandlingen, og var skuffet over enda et mislykket forsøk. Haugen forteller at kvinnen må gjennom en tøff prosess mentalt siden det er kvinnen som må gjennom det mest omfattende av utredningen

og behandlingen. Mange føler seg mislykket, og kjenner at det tærer på selvtilliten (Ønskebarn 1998a).

Noen kvinner oppga at de fikk fysiske smerter, og at kroppen reagerte negativt på behandlingen der de kunne få plager som ødemer, hodepine, vektøkning, leverplager, smerter i lysken og brystsmerter. injeksjonsstedet. Etter alle stikkene følte kvinnene seg som noen nåleputer. Ved bruk av Klomifen kan enkelte få bivirkninger med å gå opp i vekt, og bli hoven (Helsebiblioteket 2015a). I Guttormsen og Sundby (1989), blir det nevnt at det er normalt å få hodepine. En kan også få bivirkninger av hormonsprøytene (Helsebiblioteket 2015a). Kvinnen kan da få ovarialt hyperstimuleringsyndrom. Dette kan føre til hovne eggstokker, vektøkning, problemer med lever og nyre, og hevelse i beina (Ibid).

#### **5.2.4 Finner mening i ettertid**

I studien vår hadde de fleste parene som hadde vært gjennom infertilitetsbehandlingen holdt sammen. Når parene først fikk beskjeden om at de var gravide, så var det vanskelig å tro på det. En kvinne nevnte at hun kunne tenke seg å få symptomer på graviditeten, slik at hun kunne bli jevnt minnet på at hun var gravid. Parene kjente på redsel for å miste barnet. Når de hadde vært gravide en stund, klarte de å glede seg over graviditeten og begynte gradvis å forberede seg til foreldrerollen.

De som hadde blitt foreldre, var villig til å gå gjennom infertilitetsbehandling en gang til. De som forble barnløse, klarte etter hvert å se noe positivt med å ikke kunne få barn. Raphael-Leff (2013) skriver at noen aksepterte at de var ufrivillig barnløse, men at det var smertefullt. Selvtilliten hadde økt hos både de som fikk barn, og de som ikke fikk det. Sexlivet hadde blitt mer stabilt i ettertid. Av erfaring opplevde par at sex ble bedre i ettertid. I Guttormsen og Sundby (1989), er det også beskrevet at de aller fleste opplever at den seksuelle lysten kommer tilbake.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse parets opplevelse med å være infertil samt gjennomgå infertilitetsbehandling. Ut i fra hensikten formulerte vi problemstillingen:

*Hvordan er opplevelsen av behandlingsprosessen for par som lider av ufrivillig barnløshet?*

I vår litteraturstudie fant vi ut at parforholdet blir påvirket. De fleste kom styrket ut av prosessen selv om belastningen var stor og at det var høyt stressnivå hos paret. Gjensidig forståelse og et kjærlig forhold gjorde at parene holdt sammen. Det kunne imidlertid oppstå misforståelser på grunn av dårlig kommunikasjon mellom parene.

Infertilitetsbehandlingen kunne ha en negativ effekt på sexlivet fordi samleiet følte som en plikt. I ettertid hadde sexlivet blitt stabilt.

Vi fant ut at om fastlegen hadde nødvendig ekspertise så fikk paret tillit. Noen ble overrasket over møtet med klinikken. Det var delte meninger om informasjonen de fikk. Enkelte valgte å bruke internett for å finne informasjon om infertiliteten og behandlingen. Vi tenker at leger og sykepleiere kunne ha gitt informasjon sammen. Hadde legen det travelt, kan sykepleier besvare eventuelle spørsmål parene har, og være støttende. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om ufrivillig barnløshet.

Parene kjente på sterke opplevelser under infertilitetsbehandlingen. Noen måtte sette livet på vent. De måtte legge opp dagene etter jevnlig behandlingstimer med injeksjoner, målinger og undersøkelser. Parene opplevde høyt stress. De følte på skyld og skam. Kvinnene var redd for at kroppen skulle svikte. Før behandling opplevde parene tristhet, meningsløshet og sinne. Det psykiske presset var verre enn den fysiske smerten. Vi tenker at det er viktig at sykepleiere møter par som lider av ufrivillig barnløshet med åpne armer, og ivaretar dem.

I litteraturstudien vår fant vi ut at mange par skulle ønske at de fikk psykologstøtte. Noen klinikker hadde støtte tilgjengelig, men fåtallet benyttet seg av dette. Parene følte at de ikke fikk tilstrekkelig støtte. De ønsket å kommunisere med andre i samme situasjon. Det kunne være vanskelig for parene å avsløre infertiliteten til familie og venner. Sykepleiere kan arrangere gruppeundervisninger eller støttegrupper, som kan bidra til at pasientene får mer informasjon, og får møte andre i samme situasjon.



## **6.2 Forslag til videre forskning**

Når vi utførte vårt litteratursøk og startet datainnsamlingen, fant vi mer kvantitativ forskning på temaet. Vi skrev om paret, siden infertilitet og behandlingen er en felles opplevelse. Vi skulle ønske at det var mer kvalitativ forskning på parets opplevelser, og ikke bare på enten kvinnen eller mannens. Vi kunne også tenke oss at det var forskning på forskjellen mellom de som forble barnløse, og de som fikk barn. Det hadde også vært interessant å visst mer om hvordan mannen og kvinnen i paret opplevde, og håndterte infertiliteten hver for seg.

## Referanseliste

Beji, Nezihe Kizilkaya og Güliz Onat. 2011. "Marital Relationship and Quality of Life Among Couples with Infertility" i *Sex Disabil* 30:39-52.

Bhattacharya, Siladitya og Marueen Porter. 2007. "Helping themselves to get pregnant: A qualitative longitudinal study on the information-seeking behaviour of infertile couples" i *Human Reproduction* Vol.23, No.3 pp. 567-572.

Bond, Sharon, Marie-Eve Boucher, Marie-Eve Carrier, Suzanne C. Read, Robert Whitley og Phyllis Zelkowitz. 2013. "Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want?" i *Patient Education and Counseling* 94: 390-395.

Crosland, Ann, Nicola Hall, Alison Murdoch, Greg Rubin og Scott Wilkes. 2009. "Patient experiences of infertility management in primary care: an in-depth interview study" i *Family Practice*.

Daniels, K.R., K. Dierickx, T. D'Hooghe, A. Indekeu, P. Rober og P. Schotsmans. 2013. "How Couples' Experiences prior to the Start of Infertility Treatment with Donor Gametes Influence the Disclosure Decision" i *Gynecologic and Obstetric Investigation* 76: 125-132.

Eide, Hilde & Tom Eide. 2014. "Informerende ferdigheter" i *Kommunikasjon i relasjoner*, 2. Utg. 292-308. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data" i *Australian Journal of Advanced Nursing* Vol.20, No.2.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarne of bokförlaget Natur & Kultur.

French, Lydia RM., Debbie J. Sharp og Katrina M. Turner. 2015. "Antenatal needs of couples following fertility treatment: a qualitative study in primary care" i *British Journal of General Practice*.

Gammes, Siv. 2012. "Nærhet og seksualitet" i *Grunnleggende sykepleie, bind 3*, 2.utg. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red). 72-104. Oslo: Gyldendal Forlag AS.

Ghahiri, Ataollah, Mojtaba Habibi, Fatemeh Jafarzadeh-Kenarsari og Ali Zargham-Boroujeni. 2014. "Exploration of Infertile Couples' Support Requirements: A Qualitative Study" i *International Journal of Fertility and Sterility* Vol9, No.1 81-92.

Ghavi, Fatemeh, Safieh Jamale, Leili Mosalanejad og Zahra Mosallanezhad. 2015. "A Study of Couple Burnout in Infertile Couples" i *Global Journal of Health Science*; Vol.8, No.4.

Guttormsen, Gro og Hanne Sundby. 1989. *Infertilitet, en bok om ufrivillig barnløshet*. Otta: Engers boktrykkeri A/S.

Hadizadeh-Talasaz, Fatemeh, Robab Latifnejad Roudsari og Masoumeh Simbar. 2015. "Decision of disclosure: The experiences of Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive donation procedures" i *Human Fertility* 18:4, 265-275.

Helsebiblioteket. 2015a. "Infertilitet – behandling". Lest 25.01.17:  
<http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/gynekologi/nedsatt-fruktbarhet-behandling>

Helsebiblioteket. 2015b. "Infertilitet – årsaker". Lest 02.02.17:  
<http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/gynekologi/nedsatt-fruktbarhet-arsaker>

Helsenorge. 2015. "Behandling av barnløshet (infertilitet)". Lest 31.10.16:  
<https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/behandling-av-barnlosket>

Infertilitet. 2013. "Når ønsket om barn er størst i verden". Lest 30.10.16:  
<http://infertilitet.no/wp-content/uploads/2015/12/onske-om-barn-brosjyre-2015-3.pdf>

Korge, K., H. Sjerg, T. Strowitzki, R. Verres og T. Wischmann. 2013. "A 10-years follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment" i *Human Reproduction*, Vol.27, No.11 pp. 3226-3232.

Kristoffersen, Nina Jahren og Finn Nortvedt. 2012. "Relasjonen mellom sykepleier og pasient" i *Grunnleggende sykepleie bind 1*, 2.utg. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red.). 83-133. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren, Grete Breievne og Finn Nortvedt. 2012. "Lidelse, mening og håp" i *Grunnleggende sykepleie bind 3*, 2.utg. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red.). 245-293. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Loke, Alice Yuen, Lai Har Wu og Li-Ying Ying. 2015a. "Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review" i *International Journal of Nursing Studies* 52, 1640-1652.

Loke, Alice Yuen, Lai Har Wu og Li-Ying Ying. 2015b. "The Experience of Chinese Couples Undergoing In Vitro Fertilization Treatment: Perception of the Treatment Process and Partner Support" i *Plos One*.

Michaelsen, Ragnhild og Ingunn Mundal. 2016. SAE00 *Bacheloroppave i sykepleie 15 sp.* Molde: Høgskolen i Molde.

Möller, Andreas, Helge Sol Olafsdottir og Mattis Wikland. 2013. "Nordic couples decision-making processes during assisted reproduction treatments" i *Sexual & Reproductive Healthcare* 4, 49-55.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneten 2017. "Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler". Lest 02.02.17:

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Norges Helseinformatikk. 2012. "Assistert befruktning". Lest 19.02.17:

<http://nhi.no/graviditetsoraket/animasjoner/assistert-befruktning-32134.html>

Norges Helseinformatikk. 2014. ”Barnløshet, infertilitet”. Lest 16.10.16:  
<http://nhi.no/graviditetsoraket/svangerskap-og-fodsel/livsstil/barnlosket-infertilitet-1395.html?page=2>

Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste. 2017. ”Publiseringskanaler”. Lest 02.02.17:  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Vicoria Nordheim og Liv Merete Reinar. 2012. ”Spørsmålsformulering” i *Jobb Kunnskapsbasert!*. 29-39. Oslo: Akribe AS.

Raphael-Leff, Joan. 2013. ” ”Opening Shut Doors” – The Emotional Impact of Infertility and Therapeutic Issues” i *Understanding the Experience of Miscarriage, Premature Births, Infertility, and Postnatal Depression*. Emanuela Quagliata. 107-124. London: Karnac Books Ltd.

Schei, Berit. 2015. ”Psykososial gynekologi” i *Obstetrikk og Gynekologi*, 3. Utg. Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim (red). 342-349. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sundström, Kajsa. 2005. ”At föda barn i 20:e århundradet” i *Psykosocial Obstetrik, Kropp och själ och barnafödande*. Berit Sjögren (red). 15-32. Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Tanbo, Tom, Thomas Åbyholm og Kåre Molne. 2015. ”Det infertile par” i *Obstetrikk og Gynekologi*, 3. Utg. Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim (red). 298-306. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

World Health Organization. 2016. ”Infertility definitions and terminology”. Lest 16.10.16:  
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>

Ønskebarn. 1998a. ”Ufrivillig barnløshet – Psykiske aspekter ved ufrivillig barnløshet”. Lest 02.02.17:

[http://www.onskebarn.no/ufrivillig-barnloshet/fakta-om-ufrivillig-barnloshet/?article\\_id=102](http://www.onskebarn.no/ufrivillig-barnloshet/fakta-om-ufrivillig-barnloshet/?article_id=102)

Ønskebarn. 1998b. ”Ufrivillig barnløshet – Psykiske belastninger ved ufrivillig barnløshet”. Lest 02.02.17:

[http://www.onskebarn.no/Ufrivillig%20barnl%F8shet/Artikler%20om%20ufrivillig%20barnl%F8shet/?article\\_id=101](http://www.onskebarn.no/Ufrivillig%20barnl%F8shet/Artikler%20om%20ufrivillig%20barnl%F8shet/?article_id=101)

Ønskebarn. 2014. ”Ufrivillig barnløs? – om sorg og omsorg”. Lest 05.03.17:

[http://www.onskebarn.no/ufrivillig-barnloshet/?article\\_id=396](http://www.onskebarn.no/ufrivillig-barnloshet/?article_id=396)

Vedlegg 1: PICO-skjema

<b>P (pasient/populasjon)</b>	<b>I (Intervensjon)</b>	<b>C (Sammenligning)</b>	<b>O (Utfall)</b>
Infertilitet Par Kjønn	Behandling IVF		Opplevelser Psykososial Støtte Sosial støtte Sex Reproduktiv helse Helse
Infertility or Infertil* Couple* Gender*	Treatment* IVF* or In vitro fertilization		Experienc* Psychosocial (Psych*) Support Social support Sex* Reproductive health Health

Vedlegg 2: Søkehistorikk

	<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstrakt</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkl. Artikler</b>
<b>1</b>	Infertility.mp. and women.mp. and experienc*.mp. and reproductive health.mp.  Limits: ((danish or english or norwegian or swedish) and last 5 years)	6/9-16	Ovid Medline	51	5	1	0
<b>2</b>	Infertil* and experienc* and women and health.  Limits: After 2011 Age group: Adoleant 13 – 18 years and Adult 19-44 years. Language: Danish or english or norwegian or swedish.	6/9-16	Proquest	631	25	5	0
<b>3</b>	Infertility.mp. and couple*.mp. or Fertilization in vitro/ and experienc*.mp. and psychosocial.mp.  Limits: (’’Adult 19 to 44 years)’’ and (danish or english or norwegian or swedish) and ’’qualitative (best balance of sensivity and specificity)’’ and last 5 years).	21/9-16	Ovid Medline	8	3	2	2
<b>4</b>	Infertil*.mp. and support.mp. and treatment.mp. and couple*.mp.  Limits: (’’Adult 19 to 44 years)’’ and (danish or english or norwegian or swedish) and ’’qualitative (best balance of sensivity and specificity)’’ and last 8 years).	27/9-16	Ovid Medline	63	12	5	3
<b>5</b>	Infertility.mp. and experienc*.mp. and couple*.mp. and treatment.mp.  Limits: (’’Qualitative (best balance of sensitivity and specificity)’’ and 1600 qualitative study and ’’300 adulthood <age 18 yrs and older>’’ and ’’0110 Peer-reviewed journal’’ and (danish or english or norwegian or swedish) and last 5 years)	25/10-16	Psycinfo	12	3	1	1



6	Infertil*.mp. or infertility and experienc*.mp. and treatment.mp. and couple.mp.  Limits: ''Qualitative (maximizes specificity)'' and last 5 years., and danish or english or norwegian or swedish)	7/12-16	Ovid Medline	32	6	2	2
7	Infertil*.mp. and experienc*.mp. and couple.mp. and psych*.mp.  Limits: ''Qualitative (maximizes specificity)'' and last 7 years., and danish or english or norwegian or swedish)	5/1-17	Ovid Medline	17	4	4	3
8	Infertil*.mp. and social support/or experienc*.mp. and treatment.mp. and couple.mp.  Limits: ''Qualitative (maximizes specificity)'' and last 7 years., and danish or english or norwegian or swedish)	13/1-17	Ovid Medline	25	3	1	0
9	Infertil* and experienc* and treatment* and gender* and couple*  Limits: After 2008 Age groupe: Adult 19-44 years Language: Danish or english or norwegian or swedish.	2/2-17	Proquest	143	3	1	1

Vedlegg 3: Oversiktstabeller

<b>Artikkelnummer</b>	1
<b>Forfattere</b>	Korge, K., H. Sjerg, T. Strowitzki, R. Verres og T. Wischmann.
<b>År</b>	2012
<b>Land</b>	Tyskland
<b>Tidsskrift</b>	Human Reproduction Vol.27, No. 11
<b>Tittel</b>	A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment
<b>Hensikt</b>	Hvordan de ufrivillige barnløse ser på den subjektive oppfattningen av generell og spesiell livskvalitet i forhold til de som har blitt foreldre, i en periode på over 10 år.
<b>Metode/instrument</b>	Kvantitativ studie. Mellom 1994 og 1997 deltok 564 par i en innledende studie "Heidel Fertility Consultation Service study og Infertility". I 2008 ble en oppfølgingsspørreskjema sendt til alle de parene som deltok. Begge parter ble spurt om gjeldende status for deres ønske om et barn, tilfredshet med livet, selvtilliten, partnerskapet, seksualitet og karriere, samt holdningen til MAR (medical assisted reproduction) de hadde gått gjennom og opplevelsen av selve prosessen.
<b>Deltakere/Frafall</b>	Det var 564 par som deltok i den første studien, av disse, var det 512 kvinner og 484 menn potensielle deltakere. Hos 34 kvinner og 47 menn var adressen ukjent, fire kvinner og fire menn var død eller alvorlig syk, og 10 kvinner og 10 menn hadde gjennomgått behandling under en måned. Det ble sendt ut spørreskjema til 512 kvinner og 545 menn, der 208 kvinner og 148 menn (148 par, og 60 kvinner uten partner) responderte. De som ikke ble med i studien, 28 kvinner og sju menn valgte å takke nei til å delta, 274 kvinner og 326 menn svarte ikke på spørreskjemaet, og to kvinner og tre menn hadde svart på deler av spørreskjemaet, og ble derfor ikke inkludert.
<b>Hovedfunn</b>	59 % av kvinnene hadde minst ett genetisk beslektet barn, mens 11% hadde et foster- eller adoptivbarn, mens 30 % forble barnløse. Etter behandling var det tydelig at de som ble foreldre hadde høyere selvtillit enn de som var barnløse, og de var også mer villig til å gjennomgå MAR behandling på nytt. De barnløse kvinnene følte på mer yrkesfrihet enn mødre. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell hos menn og fedre. Alle oppga at livskvaliteten og selvtillitten var bedre etter gjennomgått behandling, selv om de fikk barn eller ei. De som fikk barn kunne ikke se noe positivt i det å være ufrivillig barnløs, mens de som ble barnløse kunne det. De fleste av parene holdt sammen, og sexlivet var stabilt i ettertid for alle gruppene.
<b>Etisk vurdering</b>	Designet på studien og valg av spørsmål var godkjent av den etiske komiteen av Medical Faculty of Heidenberg University.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 2
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	3

<b>Artikkelnummer</b>	2
<b>Forfattere</b>	Bond, Sharon, Marie-Eve Boucher, Marie-Eve Carrier, Suzanne C. Read, Robert Whitley og Phyllis Zelkowitz.
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Canada
<b>Tidsskrift</b>	Patient Education and Counselling
<b>Tittel</b>	Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want?
<b>Hensikt</b>	Beskrive den psykososiale støtten som infertile par ønsker, med hjelp til å takle det infertilitetsrelaterte stresset, den psykososiale støtten de søkte og fordelene og ulempene med disse tjenestene.
<b>Metode/ instrument</b>	Kvalitativt studie. Deltakerne ble intervjuet på engelsk og/eller fransk av en med mastergrad, som var en tospråklig etnograf. Intervjuene varte mellom 18-150 minutter. Det ble brukt dyadisk tilnærming, der paret ble intervjuet sammen. Tilnærmingen er hensiktsmessig siden infertiliteten rammer begge parter. Intervjuene var semistrukturerte, og intervjuguiden ble utviklet av forskerteamet. Det ble brukt tematisk analyse for å analysere intervjuene. Det ble tatt opptak av intervjuene, samt at de ble transkribert. Nvivo 9 er en software som er utviklet for analyse av kvanlitative data, som ble brukt i studien.
<b>Deltakere/ Frafall</b>	32 heterofile par som søkte behandling for infertilitet fra en infertilitetsklinikk i Montreal i Canada. 11 ble rekruttert av studiens demografiske undersøkelse, mens resten ble kontaktet ved klinikken. Fruktbarhetsproblemene parene hadde var: endometriose, polycystisk ovariesyndrom, utviklingsavvik i reproduktive organer, kreft hos den mannlige partner, alder, lav sperm motilitet og uforklarlig infertilitet. Det ble ikke beskrevet noe frafall i studien.
<b>Hovedfunn</b>	De fleste av parene ønsket psykososial støtte, men kun ca. halvparten søkte støtte. Noen av parene møtte psykologer for å få hjelp med forholdet, konflikt og mestringsstrategier. Det parene ønsket å snakke om var hvordan infertilitet påvirker parforholdet. Parene ønsket skriftlig informasjon om de praktiske og følelsesmessige aspektene ved infertilitet. Negative holdninger til psykologisk rådgivning og mangel på informasjon om støttetjenester gjorde at noen av parene valgte å ikke søke støtte. Infertiliteten er et felles problem. Noen par opplevde misforståelser mellom hverandre. Parene kunne ønske at de visste mer om behandlingsforløpet. De kunne ha tenkt seg å dele opplevelsene med likesinnede. Noen brukte internett og forum til å dele opplevelsene, samt skaffe seg informasjon på grunn av at legene ofte var opptatte. Noen par anbefalte klinikken å ha tilgjengelige brosjyrer, hefter eller informasjon via en nettside for å hjelpe pasienter til å forstå behandlingsprosessen.
<b>Etisk vurdering</b>	Alle deltakerne ga skriftlig samtykke før intervjuene. Studien ble godkjent av den forskningsetiske komiteen ved McGill University.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 2
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	3

<b>Artikkelnummer</b>	3
<b>Forfattere</b>	Ghavi, Fatemeh, Safieh Jamale, Leili Mosalanejad og Zahra Mosallanezhad
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	Iran
<b>Tidsskrift</b>	Global Journey of Health Science; Vol 8, No.4
<b>Tittel</b>	A Study of Couple Burnout in Infertile Couples
<b>Hensikt</b>	Å utforske utbrenthet hos par som gjennomgikk infertilitetsbehandling ved infertilitetsklinikken Clinic of Yazd, Iran.
<b>Metode/instrument</b>	Kvantitativ studie. Et beskrivende tverrsnittstudie der det ble brukt et todelt spørreskjema der første del handlet om demografiske kjennetegn med spørsmål om alder, kjønn, hvor lenge en har vært infertil, yrke, utdanning og lengden på ekteskapet til paret. I andre del ble det brukt CBM (Couple Burnout Measure) som er et egenvurderingsverktøy for å måle omfanget av utbrentheten til paret. Det er en sjupunktsskala, der 1=ikke opplevd denne situasjonen, mens 7=opplever situasjonen ofte. Denne er delt inn i tre kategorier: Somatisk utbrenthet (trøtthet, slapphet og søvnforstyrrelser), emosjonell utbrenthet (depresjon, fortvilelse, "feeling trapped") og psykisk utbrenthet (følelsen av verdiløshet, frustrasjon, sinne mot ens ektefelle)
<b>Deltakere/Frafall</b>	Det var 98 par som besøkte infertilitetsklinikken. 92 av disse ble inkludert i studien. Studien hadde ekskludert par som led av invalidiserende psykisk eller fysisk sykdom, tok hypertensive midler, seksuell suppressive medikament, antidepressiva og digoxin. Alle måtte være fra Iran og kunne snakke Farsi.
<b>Hovedfunn</b>	Studien ser på utbrentheten til parene. Den har med en rekke tabeller som fremstiller resultatene de kom frem til. De viser utbrentheten til paret basert på hvem som er infertil, om det er begge eller om det er en ukjent grunn. Studien viste at kvinnene opplever i større grad utbrenthet enn deres ektemenn. Ved begge kjønn, viser omfanget av somatiske, og psykisk utbrenthet er relatert til blandede årsaker til infertiliteten (altså at begge parene er infertile), mens den følelsesmessige utbrentheten er knyttet til mannlig infertilitet. Avhengig av årsaken til infertiliteten, hos flest kvinners, er den somatiske utbrentheten relatert til infertilitet hos menn, kvinnen selv eller begge, den følelsesmessige utbrentheten er relatert til kvinnen selv mens den psykologiske utbrentheten er relatert til kvinnen eller menn. Hos de fleste menn er somatisk utbrenthet knyttet til ukjente grunner, den emosjonelle utbrentheten knyttet til maskuline grunner og psykologisk utbrenthet er relatert til feminine grunner. Det viser seg at, avhengig av varigheten av infertiliteten, hos kvinners somatiske utbrenthet er mest relatert hos kvinner som har vært infertile i 11-15 år. Den psykologiske utbrentheten er mest relatert til de kvinnene som har vært infertile i 1-5 år, mens den følelsesmessige utbrentheten er mest relatert til de kvinnene som har vært infertile i 16-20 år. Hos mennene, er alle disse typene av utbrenthet (somatisk,

	følelsesmessig og psykologiske) relatert til 11-15 år med infertilitet). Kvinnene opplevde infertilitetsstress, og dette påvirket sexlivet.
<b>Etisk vurdering</b>	Alle parene ble informert om studien, og om hvordan spørreskjemaet skulle utfylles. Alle fikk også informasjon om at det var frivillig å delta i studien.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 1
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	4

<b>Artikkelnummer</b>	4
<b>Forfattere</b>	Loke, Alice Yuen, Lai Har Wu og Li-Ying Ying.
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	Kina
<b>Tidsskrift</b>	Plos one
<b>Tittel</b>	The Experience of Chinese Couples undergoing In Vitro Fertilization Treatment: Perception of the Treatment Process and Partner Support.
<b>Hensikt</b>	Erfaringene til kinesiske par med IVF behandling, hvordan de oppfatter hele behandlingsprosessen samt støtte fra ekteskaplig partner.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ studie. Det ble brukt dybdeintervju utarbeidet av studiens forfattere. Parene ble intervjuet sammen for å få et klart bilde av interaksjon, felles erfaringer og støtte fra hverandre. Intervjuene ble gjennomført ved poliklinikken. De varte i 60-90 minutter, og ble gjennomført av førsteforfatteren som er en kvinnelig doktorgradsstudent. Intervjuene var på kinesisk, og ble tatt opp og transkribert to uker senere. Deltakerne ga samtykke til opptak av intervjuene. To av forskerne leste gjennom intervjuene flere ganger for å få et generelt inntrykk av informasjonen. Enhetene i analysen ble valgt ut og kodet, så organisert i delemner og temaer.
<b>Deltakere/Frafall</b>	16 par ble kontaktet, men fire par som hadde vært gjennom mislykket behandling ønsket ikke å delta, på grunn av at de ikke ville minnes deres psykiske traume. Det var tilslutt 12 par som deltok i studien, der ni hadde hatt vellykket behandling, og tre hadde mislykket behandling. De inkluderte parene måtte ha gjennomgått minst en syklus IVF behandling de siste 12 måneder. Deltakerne ble rekruttert fra et reproduktivt senter ved universitetssykehuset i byen Hangzhov, Kina. Kvinnene var i gjennomsnitt 32,2 år og mennene var i gjennomsnitt 35,6 år. De hadde vært gift i gjennomsnitt 5,95 år. Parene hadde i gjennomsnitt gått gjennom IVF behandling 1,82 ganger (fra 1-5 ganger).
<b>Hovedfunn</b>	Det viste seg at parene opplevde psykisk og fysisk smerte under prosessen. Det var fire hovedtema: -Proessen med lidelse -Utholdenhet av motgang med et kjærlig forhold -Partnerskapets samarbeid -Ambivalens gjennom sosial støtte. Når de ventet på resultat av behandlingen opplevde parene frykt for negativt utfall. Alle kvinnene ble følelsesmessig påvirket med søvnforstyrrelse, frustrasjon, skuffelse og angst. Kvinnene måtte justere dagene sine med jobb og aktiviteter på grunn av behandlingen. Parene rapporterte at det var deres kjærlige forhold fikk dem gjennom prosessen. De beskrev de mellommenneskelige ferdighetene de brukte i forholdet sitt, som styrket ekteskapet. For kvinnene var det viktig å dele følelser og gi støtte. Kvinnene følte forholdet ble styrket ved å dele følelsene og gi gjensidig støtte. Det var likevel noen av parene som oppga at de opplevde dårligere

	forhold på grunn av mangel på involvering og samarbeid. Par var ambivalent om å få sosial støtte, som ville enten hjelpe eller føre til videre stress.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning ble innhentet fra "Human Subject Ethics Subcommittee of The Hong Kong Polytechnic University". Deltakerne ble informert om at det var frivillig å delta i studien, og det ble innhentet skriftlig samtykke før start av studien. Det ble brukt pseudonymer for å beskytte identiteten til deltakerne. Opptakene ble transkribert og holdt på et trygt sted tilgjengelig for forskningsteamet som var passordbeskyttet. Materialene ble destruert etter gjennomføringen av studien.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 1
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	4

<b>Artikkelnummer</b>	5
<b>Forfattere</b>	Bhattacharya, Siladitya og Maureen Porter
<b>År</b>	2007
<b>Land</b>	United Kingdom
<b>Tidsskrift</b>	Human Reproduction Vol.23, No.3 pp.567-572
<b>Tittel</b>	Helping themselves to get pregnant: a qualitative longitudinal study on the information-seeking behaviour of infertile couples.
<b>Hensikt</b>	Parets oppfatning av tilgjengelig informasjon fra ulike kilder i forbindelse med oppnådd graviditet eller de som fortsatt er i behandling.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ studie. 27 par ved Aberdeen Maternity Hospital samtykket å delta i studien. Det ble til sammen gjort 58 intervju. Parene skulle ha blitt intervjuet tre ganger hver, men på grunn av frafall var det til sammen 13 par som fullførte alle tre intervjuene. Det ble brukt semistrukturerte intervju. Parene ble intervjuet sammen i hjemmet. Det var fordi at de blir behandlet som et par på klinikken og at det forventes at paret tar avgjørelser sammen ved undersøkelse og behandling.
<b>Deltakere/Frafall</b>	Det ble sendt ut invitasjon til å delta i studien til 57 par som besøkte Aberdeen Maternity Hospital for første gang. 27 par samtykket i å delta. Av disse ble 25 valgt ut til å bli intervjuet. I det første intervjuet deltok 25 par, i det andre intervjuet deltok 20 par og i det tredje intervjuet deltok 13 par. Frafall er beskrevet – noen ble gravide, noen ønsket ikke å la seg intervju videre, noen flyttet og noen mistet oppfølgingsintervjuene.
<b>Hovedfunn</b>	De fleste av parene var misfornøyd med den skriftlige og mulige informasjonen de fikk hos Aberdeen Maternity Hospital. Det var kun halvparten av de 25 parene som fikk en informasjonsbrosjyre før timen på sykehuset. Likevel hadde de fleste et positivt møte med klinikken. Parene forventet mer informasjon om det praktiske, eller det å få nyttige tips om hvordan de kan hjelpe seg selv. Noen brukte internett og leste i magasiner til å finne informasjon. De som ble gravide kom styrket ut av opplevelsen, mens de som ikke ble gravide skyldte på at de ikke fulgte livsstilsrådene.
<b>Etisk vurdering</b>	Parene samtykket til å delta. Intervjuene ble innspilt og transkribert. Parene fikk se sitt forrige intervju, der de kommenterte, men endret ikke på noe. Dette var som en godkjenning fra parene.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 2
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	5



<b>Artikkelnummer</b>	6
<b>Forfattere</b>	Beji, Nezihe Kizilkaya og Güliz Onat
<b>År</b>	2012
<b>Land</b>	Tyrkia
<b>Tidsskrift</b>	Sex Disabil 30:39-52
<b>Tittel</b>	Marital Relationship and Quality of Life Among Couples with Infertility
<b>Hensikt</b>	Se på påvirkningen av infertilitet på det ekteskaplige forhold og livskvaliteten hos par som ble foreldre etter infertilitetsbehandling.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativt studie. Intervju. Spørsmålene fokuserte på parets ekteskaplig relasjon og opplevelser med infertilitet og livskvalitet. Responsene på spørsmålene ble analysert kvalitativt, det ble brukt tematisk analysemetoder, og funnene ble delt inn i temaer.
<b>Deltakere/Frafall</b>	25 par ble kontaktet, der sju ønsket å delta. Ni stk (sju par og to kvinner) ble intervjuet og deltok. Til sammen 16 par ble inkludert fra Istanbul University, Istanbul Medical School og Division of Reproductive Endocrinology and Infertility. Årsaken til at mennene til de to kvinnene ikke deltok var at de ikke hadde tid eller interesse, eller bodde landsbygda. Parene som ble inkludert hadde suksessfull behandling og fikk barn. Det er ikke informert om noe forfall i denne studien.
<b>Hovedfunn</b>	Funnene ble delt inn i fire hovedtema: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Separasjon og skilsmisse</li> <li>• Behandlingsfasen og ektefellens reaksjon, støtte etter negativ behandling</li> <li>• Ekteskapelig forhold etter fødsel</li> <li>• Betydning av å få et barn i ekteskapet</li> </ul> <p>Det viste seg at parene støttet hverandre i prosessen med å få et barn. Kvinnene informerte om viktigheten av støtten fra mannen og at det ble da lettere å komme over problemet med negativ behandling. Før parene hadde fått barn, opplevde de tristhet, angst, dårlig motivasjon, stress. Noen par fikk psykiatrisk hjelp. Noen av parene oppga at infertiliteten hadde negativ effekt på sexlivet på grunn av depresjon og stress. Sex ble en plikt, og ikke fordi paret hadde lyst. Det ble rapportert at noen av kvinnene fikk bivirkninger som ødemer, lyskesmerte, hodepine og smerter ved injeksjonssted. De parene som fikk barn følte på glede, lettelse og fikk en hensikt med livet.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	Parene ble rekruttert på frivillig basis, og alle ble informert om studien. De signerte en godkjenning på å delta. Studien ble godkjent av Research Ethics Committee of the hospital.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 1
<b>Database</b>	Psychinfo
<b>Søk</b>	5

<b>Artikkelnummer</b>	7
<b>Forfattere</b>	Möller, Andreas, Helga Sol Olafsdottir og Mattis Wikland.
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	Sverige og Island
<b>Tidsskrift</b>	Sexual & Reproductive Healthcare 4, 49-55
<b>Tittel</b>	Nordic couples' decision-making processes during assisted reproduction treatments
<b>Hensikt</b>	Se på parets oppfatning av beslutningsprosessen de tre første årene av infertilitetsbehandling
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ studie. Det ble brukt intervju. Alle intervjuene ble tatt opp. Noen av parene ble intervjuet hjemme, og andre ble intervjuet ved en av fertilitetsklinikkene og ett par ble intervjuet ved et annet lokale. Begge partnerne ble intervjuet samtidig, og det var samme forsker som utførte intervjuene. Det ble brukt "Grounded theory" for å analysere intervjuene.
<b>Deltakere/Frafall</b>	22 hetroseksuelle par fra fertilitetsklinikker i Sverige, Finland, Danmark, Norge og Island ble inkludert etter at de hadde vært til konsultasjon ved klinikken. Alle parene godtok og ble med i studien. Ingen frafall.
<b>Hovedfunn</b>	17 av disse 22 parene fikk barn etter behandlingen. To av parene var usikre på om de skulle fortsette videre i behandling. Parene gikk gjennom tre faser av beslutningsprosess. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkjenne beslutningene som tas</li> <li>• Samle kunnskap og erfaring om alternativene</li> <li>• Tilpasse beslutningene til de mulige alternativene</li> </ul> <p>De som ikke ble gravide på første forsøk uttrykte at de følte at de hadde større behov for å få mer informasjon og hadde flere spørsmål. Parene oppga at de hadde litt delte meninger om støtten de fikk fra klinikkene. Valgene de tok under behandlingen ble gjort på bakgrunn av informasjon fra klinikken. Noen av parene synes at personalet ved klinikken ikke stolte på om de hadde vondt under behandling – de måtte spørre om smertestillende og ble aldri tilbydd. Parene sa at det er en delt prosess som de sammen går gjennom. Alle parene holdt sammen og fikk et styrket forhold. De ble lettet over å se at de ikke var alene, men at det også var andre par som led av ufrivillig barnløshet.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	En forskningsetisk komite har i hver av disse landene godkjent denne kvalitative studien.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 1
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	6

<b>Artikkelnummer</b>	8
<b>Forfattere</b>	French, Lydia RM., Debbie J. Sharp og Katrina M. Turner.
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	United kingdom
<b>Tidsskrift</b>	British Journal of General Practice
<b>Tittel</b>	Antenatal needs of couples following fertility treatment: a qualitative study in primary care
<b>Hensikt</b>	Å utforske opplevelsen av svangerskap for kvinnene og mennene som har blitt gravid gjennom infertilitetsbehandling
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ studie. Det ble foretatt intervju. Deltakerne ble intervjuet hjemme og de ble intervjuet individuelt. Intervjuene ble analysert tematisk ved bruk av konstant sammenligningsmetode.
<b>Deltakere/Frafall</b>	Det var 20 deltakere som deltok i intervjuene (Åtte par og fire kvinner). Ingen frafall.
<b>Hovedfunn</b>	<p>Alle deltakerne beskrev opplevelsen med infertilitetsbehandling som emosjonell, fysisk og psykisk utmattende. De beskrev frykten ved behandlingen og angsten for behandlingens resultat. Det ble fire hovedtema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frykten for å miste barnet i magen</li> <li>• Vanskelig å planlegge foreldrerollen</li> <li>• Hull i omsorgen</li> <li>• Holde informasjonen for seg selv</li> </ul> <p>Deltakerne var redde for at kroppen deres skulle svikte dem under behandlingen. Det ble rapportert at de ønsket bare å bli behandlet som alle andre under behandlingen. Parene følte seg ikke tatt helt seriøst – da med tanke på at de ønsket undersøkelse som for eksempel ultralyd for å se om alt var som det skulle ved graviditeten. De betalte heller for å gå privat. Kvinnene oppga at de slet med å formidle følelsene sine rundt det hele, og at de var redde for å ikke glede seg over å ha blitt gravid på grunn av frykten for å miste det. Parene fortalte at de satt pris på at fastlegen og jordmor hadde kompetansen, forståelse, tid og interesse, og tillit.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	Alle de som ble intervjuet ble informert om studien, og signerte godkjenning til å delta. Det blir brukt pseudonym i artikkelen for å beskytte identitetene til deltakerne.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 2
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	6

<b>Artikkelnummer</b>	9
<b>Forfattere</b>	Hadizadeh-Talasaz, Fatemeh, Masoumeh Simbar og Robab Latifnejad Roudsari.
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	Iran
<b>Tidsskrift</b>	Human Fertility 18:4, 265-275
<b>Tittel</b>	Decision of disclosure: The experiences of Iranian infertile couples undergoing assisted reproductive donation procedures.
<b>Hensikt</b>	Hvordan det oppleves for infertile par å gjennomgå infertilitetsbehandling med donasjonsprosedyrer.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ studie. I denne studien ble det gjort semistrukturerte dybde intervjuer og observasjon av den non-verbale framstillingen til parene. Det ble brukt konvensjonell dataanalyse av innholdet med MAXqda version 2 programvare. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert.
<b>Deltakere/Frafall</b>	Det var til sammen 32 deltakere som bestod av ni par og 14 kvinner. I tillegg deltok fem spesialister. Totalt 37. Disse ble inkludert fra Montaserieh Infertility Research Center ved Mashhad i Iran. Ikke meldt om frafall i studien.
<b>Hovedfunn</b>	Det kom frem et overordnet tema: Opplevelsen av å fortelle om infertiliteten til andre. Denne inneholdt to undertema: Parets avgjørelse om å ikke avsløre infertiliteten, og parets avgjørelse om å avsløre infertiliteten. Hovedgrunnen til at paret valgte å holde infertiliteten hemmelig var at de var bekymret for hvordan samfunnet hadde reagert, og bruken av assistert befruktning. Dette gjorde at par ikke fikk den optimale støtten fra familie og venner som gjorde at de måtte takle et stort psykisk stress under behandlingen. Noen av de som avslørte at de var infertile ønsket at de skulle ha fortalt det tidligere ettersom at det å holde informasjonen inne skapte mye press. Noen brydde seg ikke om andres mening om situasjonen, så lenge de selv og familien hadde akseptert det. De fleste holdt infertiliteten hemmelig.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent av Research Ethics Committee ved Shahid Beheshti University og Medical Sciences. Alle deltakerne ble forsikret om at deres anonymitet ble holdt. Deltakerne kunne bestemme selv om de ville delta i studien eller om de ønsket å ikke fortsette. De skrev under godkjenning.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 1
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	7

<b>Artikkelnummer</b>	10
<b>Forfattere</b>	Crosland, Ann, Nicola Hall, Alison Murdoch, Greg Rubin og Scott Wilkes.
<b>År</b>	2009
<b>Land</b>	England
<b>Tidsskrift</b>	Family Practice
<b>Tittel</b>	Patient experience of infertility management in primary care: an in-depth interview study.
<b>Hensikt</b>	Å utforske pasientopplevelsen av infertilitetsbehandling fra primærhelsetjenesten.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ studie. Det ble utført dybdeintervju av infertile par fra Nord-øst England. Det ble brukt konstant sammenligning som analysemetode.
<b>Deltakere/Frafall</b>	Det ble intervjuet totalt 22 pasienter. Det var hetroseksuelle par. Det var til sammen ni par som ble intervjuet sammen, og fire kvinner som deltok i intervju uten sin partner. Det er ikke meldt om frafall i studien.
<b>Hovedfunn</b>	Denne studien viser opplevelsen av å søke infertilitetsbehandling hos fastlegen. Det som påvirket opplevelsen var <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personlige forhold – parets kommunikasjon, familie og venner, skyld og isolasjon.</li> <li>• Profesjonelle forhold – fastlegens interesse og ekspertise, spesialister og tillit.</li> <li>• Pasientens autonomi – kontroll, informasjonsinnhenting og beslutningen.</li> <li>• Tilgang til tjenester – undersøkelser i primærhelsetjenesten, rasjonering, inkonsekvens og behandlingen i primærhelsetjenesten (kompetanse og godkjenning)</li> </ul> <p>De fleste var fornøyd med fastlegen sin. Opplevelsen ble beskrevet som en berg og dalbane av emosjoner med livet på vent, ute av stand til å delta i sosiale arrangement, dra på ferie eller forlate huset og bli sensitiv for området rundt. Parforholdet ble styrket, og paret sto sammen i behandlingsprosessen. Om paret fikk lite støtte fra familien isolerte de seg, om de fikk god støtte så var de positive. Noen valgte å bruke internett for å finne informasjon. Det var en lettelse for parene å vite om at det var flere som var i samme situasjon som dem.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent fra Newcastle og North Tyneside som hoved undersøkelses etiske komité med spesiell godkjenning fra Northumberland, Gateshead og South Tyneside Local Research Ethics Committees. Det ble også hentet godkjenning fra Sunderland University's etiske komité.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 1
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	7

<b>Artikkelnummer</b>	11
<b>Forfattere</b>	Ghahiri, Ataollah, Mojtaba Habibi, Fatemeh Jafarzadeh-Kenarsari og Ali Zargham-Boroujeni.
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Iran
<b>Tidsskrift</b>	International Journal of Fertility and Sterility Vol 9, No.1 81-92.
<b>Tittel</b>	Exploration of Infertile Couples' Support Requirements: A Qualitative Study
<b>Hensikt</b>	Utforske de infertile parenes forventninger og behov, og forstå dem.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ studie. Det ble brukt ustrukturerte dybdeintervju for å samle inn data om parene. Det ble så utført semistrukturerte intervju av medisinsk personell med hjelp av spørsmål hentet ut fra hovedemner som de infertile parene hadde tatt opp under de første intervjuene. "Drawing on steps" ble anbefalt av Graneheim og Lundman for analyse av data. Dataene ble analysert med konvensjonell innholdanalyse. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert.
<b>Deltakere/Frafall</b>	Det var 26 infertile par som ble inkludert i studien. Det var til sammen 17 par som ble med i studien, samt ni kvinner. Grunnen til at noen av mennene ikke deltok var at noen hadde det travelt, noen ønsket ikke å delta i intervjuene og noen ble syk før intervjuene.
<b>Hovedfunn</b>	Det kom frem fire hovedkategorier av behov for støtte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infertilitet og sosial støtte</li> <li>• Infertilitet og finansiell støtte</li> <li>• Infertilitet og spirituell støtte</li> <li>• Infertilitet og informativ støtte</li> </ul> Kategoriene inneholder ektefellens støtte, familiær og sosial støtte, effektiv sykeforsikring, støtte fra autoriteter, håp og kommunikasjon med Gud, informasjon om infertilitet, opplæring og forberedelse på familie og samfunnet.  Parene mente at gjensidig forståelse, den emosjonelle støtten for hverandre, og kjærligheten mellom dem, følge hverandre gjennom behandling, respektere hverandres meninger var et krav for å gjennomgå behandling. Parene hevdet at infertiliteten ikke hadde noen negativ effekt på parforholdet. De mente at deres forsøk på å få barn sammen, gjorde at de ikke følte seg så ensomme, og fant støtte i hverandre. Det var viktig med familiær støtte. Informasjon om infertilitet gjorde at pasientene fikk tillit til samarbeid om behandlingen. Dette gjorde at de også bekymret seg mindre.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent av Ethical Committee of Isfahan University of Medical Sciences Isfahan, Iran. Alle deltakerne fikk informasjon om studien og samtykke ble innhentet både skriftlig og muntlig.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 1
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	7

<b>Artikkelnummer</b>	12
<b>Forfattere</b>	Daniels, K.R., K. Dierickx, T. D'Hooghe, A. Indekeu, P.Rober og P. Schotsmans.
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	New Zealand
<b>Tidsskrift</b>	Gynecologic and Obstetric Investigation 76:125-132.
<b>Tittel</b>	How Couples' Experiences prior to the Start of Infertility Treatment with Donor Gametes Influence the Disclosure Decision
<b>Hensikt</b>	Å utforske parets opplevelse i forestillingsfasen av infertilitetsbehandling med donor og hvordan det påvirker avsløringen til andre og avkommet.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ studie. Det ble brukt fortellende dybdeintervju med parene. Intervjuene foregikk i hjemmet. Dataene ble analysert ved hjelp av "Grounded theory" (kvalitativ forskningsmetode). Kategoriene ble konstant sammenlignet under utarbeidelsen. Det ble brukt QSR NVIVO 9 programvare.
<b>Deltakere/Frafall</b>	13 hetroseksuelle par ble invitert til å delta i studien. Åtte av disse takket ja til å delta. Grunnen til frafallet var at noen par hadde ikke tid, noen hadde ikke interesse for å delta og noen bestemte seg for å ikke gå gjennom behandlingen. To nye par ble inkludert av Leuven University Fertility Center – da til sammen 10 deltakere. Behandlingen bestod av "Third-party reproduction" (TPR) som vil si at det er en annen som står utenfor forholdet som har vært donor.
<b>Hovedfunn</b>	Hovedfunnene ble delt inn i tre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revurdere betydningen av kjønn Begge kjønnene tvilte på deres identitet som kjønn. De følte at de ikke passet inn i definisjonen av deres kjønn – ettersom at reproduksjonsevnen var svekket eller ikke tilstede. "Am i still a man?" sa en av deltakerne. Noen følte seg fortabt: "Where do I belong?".</li> <li>• Revurdere betydningen av foreldrerollen Parene mener at karakteren blir formet og ikke er genetisk bestemt. "Kanskje barnet ikke liker meg" var det noen som uttrykte. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relasjoner som påvirker parets synspunkter <ul style="list-style-type: none"> <li>- Donor: at donoren var en potensiell konkurrent for posisjonen som forelder til barnet.</li> <li>- Fertilitetsklinikken: Parene følte at de ble satt på vent, men at de fikk en sjanse til å bli foreldre.</li> <li>- Familie og venner: Var viktig som støtte under behandlingen, og få bekreftelser. Det var til god hjelp å høre andres opplevelser med TPR.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>Etisk vurdering</b>	Det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om studiet – og deltakerne signerte godkjenning.
<b>Kvalitet (nivå)</b>	God, Nivå 1
<b>Database</b>	Proquest
<b>Søk</b>	9

#### **Vedlegg 4: Hovedfunn**

Parforholdet påvirkes (1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11)

- Styrket forhold (1, 4, 6, 7, 10, 11)
- Påvirket sexlivet (1, 3, 6)

Informasjon under utrening og behandlingsprosessen (2, 3, 4, 5, 7, 10, 11)

Opplevelsen av behandlingsprosessen (2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12)

Støtte under behandling (2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12)

- Fra helsepersonell (2, 4, 5, 6, 8, 10)
- Fra familie og venner (2, 4, 6, 9, 10, 12)

Tiden etter behandling (1, 6, 7, 8)