

***I NFERTILITET  
I NORGE  
OG  
I VERDEN  
PSYKOSOSIALE  
FØLGER***

*Medisins student Rahel eh Attar Hamedi*

Universitetet i Oslo  
Det medisinske fakultet  
2006



## **Abstract**

This essay reviews the literature on the social psychological impact of infertility, paying special attention to the relationship between gender specially women and the infertility experience. Most researchers conclude That infertility is a more stressful experience for women than it is for men. The most common emotional and psychological problems of infertility couples were hopelessness, disappointment, frustration, fear and anxiety. In addition to the above-mentioned problems, family and social problems such as suspension of marital relations and conflicts such as second marriage, separation and divorce were of important problems, which make the psychological counselling services very important and vital for infertility treatment. The severity of depression following a failed treatment episode was positively correlated with the duration of infertility treatment. But other studies were found that it was the number of treatment failure experiences per se, rather than the actual time spent in treatment, that was the critical factor affecting the distress experienced by the patients. It wasn't a big difference between women's experience of infertility all over the world. They were depressed not only about their infertility but also about their husband's infertility. Infertile men were depressing because of their bad seed quality. To avoid those psychological problems, essential psychological intervention could be provided in all stages before, during and after medical treatment. Proper psychological assessment and counselling should be an integral part of infertility management so as to prepare patients for treatment procedures and also to assist them in coping with treatment failure. Long-term effect of infertility shows that many patients sought other solutions, like adoption, and some remained completely childless. Most of the permanent childless women resolve the crisis after some time. But there are women who have severe psychological vulnerability and need to be identified and get emotional support from their medical staff.

## Forord

For kvinner i alle kulturer og religioner føles det som en ære å kunne føde og gi nytt liv. Kvinnen er den som fører videre slekten og bevarer menneskerasen. Når en kvinne gifter seg, ønsker foreldre lykke og friske barn til sin datter i framtiden. Ofte forventes at et nygift par får barn i de nærmeste årene.

Graden av dette ønske eller forventning varierer litt med hensyn til utdanning, kultur og nasjonalitet. Selv har jeg en bakgrunn fra Iran, og der blir en gravid kvinne symbolisert med en vakker blomst, som blomstrer når hun føder. Som våren gir hun beskjed om nytt liv og nye muligheter. En kvinne bærer barnet ni måneder i magen, ernærer dette med sitt blod, beskytter dette med sin kropp og sjel. Hun føder med store smerter og tårer og av og til taper hun sitt liv under fødselen.

Hvorfor gjør kvinner dette? Hva er det som gjør at kvinner aksepterer graviditets plager og risikoen for å miste sitt liv? Synliggjør fødsel kvinner, eller gir status og makt i hjemmet og familie? Kan moderskap åpne dørene til medsøstere? Sikrer kvinner sin alderdom/ensomhet med sine barn? Er våre barn en trøst i de mørke og vanskelig stunder i livet?

De fleste av oss, i et etablert forhold, tenker å plukke kjærlighetsblomsten i forholdet, d.v.s. vårt felles barn. Mange menn vil gjerne få barn for sikre at deres gener går videre og deres navn ikke dør med dem. Min fars første kone var infertil og den tids behandlinger gav ingen resultater. Etter 15 års forsøk, skilte hun seg. Min far kunne ikke tenke seg å adoptere barn, mulighetene var heller ikke store, siden foreldreløse barn i Iran blir tatt hånd av sine slektninger eller besteforeldre. Selv var han foreldreløs og vokste opp hos sin infertile onkel og hans kone.

Dette reiser spørsmål som: Hvordan er det å adoptere andres barn som sitt eget? Kan de gi en ekte morsfølelse? Hvordan disse foreldrene tenk omkring denne løsningen på sin ufrivillige barnløshet? Blir deres tanker og beslutning forstått av andre? Hva slags psykososiale effekter har infertiliteten på deres liv, både i den private og offentlige sfære?

Jeg hadde opprinnelig lyst til å skrive om infertilitet i Iran, men familiesituasjonen med to små unger gjorde dette vanskelig praktisk sett. Jeg fikk lyst til skrive om langtidseffekt av infertilitet, med hensyn til psykososiale påvirkning av infertilitet på de kvinner som er ufrivillige barnløse.

Oppgaven dreier seg i hovedsak om infertile kvinner og ikke om infertile menn, siden det er mest kvinner som er opptatt av problemet, og det er lite litteratur om mannlig infertilitet. Med infertilitet spørsmål, tenker mange dessuten ofte på kvinner som årsak. Kvinner blir beskyldt eller dømt for sin manglende evne til å føde barn.

Det er tradisjonelt kvinner som lærer fra barndommen å ha ansvar og glede av å bære fram barn, ta vare på dem og bli mamma. Det er kvinner som er symbolet for fruktbarhet. I mange kulturer er fertilitet et viktig emne i bevaring av ekteskap. Som barn har mange av oss kvinner spilt mor for vår dukker eller vår yngre søsken. Å føde og bli mor får de fleste kvinner til å føle seg voksne og gir opplevelsen av å fylle sin oppgave som kvinner; i mindre grad utdanning og arbeide, som tradisjonelt gir menn med tilfredshet. Intuitivt tror man gjerne at det er kvinnen som tar infertilitet tyngst, men det viser seg at menn tar det like tungt når årsaken ligger hos dem.

Jeg skriver en littraturoppgave og kommer til å flette inn mine erfaringer og tanker angående ufrivillige barnløshet. Jeg takker min veileder Johanne Sundby for hennes tålmodighet og veiledning. Likeledes min mann og familie som har hjulpet meg til å komme så langt i studiet.

## INNHold

Abstract .....	3
Forord .....	4
Kort om definisjon, årsaker og behandling .....	6
Risikofaktorer for ufrivillig barnløshet .....	7
Alder.....	7
Seksuelt overførbare sykdommer/ SOS .....	7
Prevensjon .....	8
Kan vi unngå barnløsheten? .....	8
Hvorfor barn? .....	8
Krysskulturelle aspekter .....	9
Iranske infertile ektefelle.....	9
Afrikanske infertile kvinner .....	10
Japanske infertile par.....	10
Kinesiske og taiwanske infertile par .....	11
Psykososiale problemer ved infertilitet .....	11
Rollefordeling.....	12
Seksualitet .....	12
Samliv.....	13
Sosiale konsekvenser.....	13
Ambivalens og tvil .....	14
Skyld og skam følelse .....	14
Isolasjon .....	14
Depresjon .....	15
Krise .....	16
Sjokk fase .....	17
Benektelse .....	17
Raseri.....	17
Sorg .....	18
Aksept.....	18
Korttids effekt av infertilitets aksept.....	18
Langtids effekt av infertilitets aksept .....	19
Mestring .....	20
Konklusjon .....	21
Behandling .....	26
Oppsummering .....	27
Litteraturliste .....	28

## Kort om definisjon, årsaker og behandling

Lærebokdeinisjonen på infertilitet.

I medisin kalles urfiville barnløshet infertilitet, som betyr ufruktbarhet, som kan være primær eller sekundær. Med primær infertilitet menes at en har aldri gjennomført graviditet, og sekundært infertilitet snakker om kvinner som har gjennomført graviditet tidligere med ikke senere. Vi vet ikke hvor mange er ufrivillig barnløse. Noen har aldri forsøkt å bli gravid. Noen lever i homoseksuelle forhold. Noen prioriterer andre ting som jobb og utdanning enn å få barn. Disse regnes følgelig ikke til denne gruppen.

Det ses ulike typer årsaker hos kvinner, som:

- Manglende eggceller
- Manglende egglosning
- Dårlig fungerende eller manglende eggledere
- Seigt livmorhalssekret som stopper sædcellers penetrasjon
- Liv mor holder ikke befruktete egg
- Kvinne kan ikke fullføre samleie

Hos menn kan det være:

- Manglende sæd celler
- Dårlig sædkvalitet
- Impotens

Årsak til infertilitet er enten medfødte misdannelser eller anatomiske faktorer som følge av infeksjoner, endokrine forhold, eller livsstilsfaktorer som røyking og overvekt. Utsettelse av graviditet til høyre alder hos kvinnen øker risikon. Kvinnens eggstokker og livmor mister sin produksjonsevne og kvalitet med økende alder (Sundby2000,Gindoff et al.1986).

Behandling av infertilitet består av lav- og høyteknologiske metoder. Lavteknologiske metoder handler om hormonell behandling av kvinne m.h.t. framskyving av egglosning og IUI (intrauterin inseminasjon) enten ved partners sæd eller donorsæd. Høyteknologisk behandling omfatter IVF (in vitro fertilisering), eggdonasjon, infertilitetskirurgi og IVF med ICSI (intracytoplasmatisk sædcelleinjeksjon).

Noen har ikke råd til å søke legehjelp, eller har lite eller ingen informasjon om kunstig befruktning. Mange land har medisinske tilbud for infertilitet men uten offentlige subsidier, som i Norge. Dette koster mye penger, og i et land med lave lønninger og høye levekostnader blir det veldig vanskelig for infertile par å prøve slike muligheter. Noen ser på sin infertilitet som en skam og tier. Noen aksepterer sin barnløshet som skjebne fra Gud og gjør ingenting, og noen velger andre løsinger, som adopsjon.

Behandling betales av staten i Norge og Danmark men å få dette må en del krav hos det infertile paret oppfylles. Disse tar jeg ikke med i oppgaven siden jeg er interessert å skrive om det psykososiale aspektet av infertilitet.

Som vi ser handler organiske årsaker til infertilitet bare om den enkelte kvinne eller mann, men infertilitet i parforhold favner begge partnere og samfunnet rundt dem. Konsekvensen av infertilitet angår både individet, paret, og nettverk/ samfunn rundt.

Kvinner føder færre barn enn tidligere, selv om situasjon har blitt mer "barnevennlig". I Norge får kvinner dekket medisinske utgifter under hele svangerskapet og fødselen. De får svangerskaps- og fødselspenger når de er yrkes aktive, eller engangsstønad når de er uten

jobb. Barn får full dekning av medisinsk hjelp til de er sju år og noe mer begrenset medisinsk hjelp til de er 18 år, som tannhelse, vaskinasjonsprogram og psykoterapi.

Hvis kvinnen velger å bli hjemme med barnet, får hun overgangsstønning per måned til det er tre år. Alternativt kan barnet begynne i barnehage fra åtte måneders alder. Det moderne samfunn og teknologi hjelper familien med husstell.

Samfunnet setter store krav for å ha barn, mye penger og mye tid må brukes. Utdannelse og arbeid, selvutvikling og kreativitet er noen av livets felter som står på programmet for mange av dagens kvinner. Den moderne livsstil er dyr og kan ikke alltid opprettholdes med bare en inntekt. Det er heller ikke lett å kombinere foreldrerollen med en lang kostbar utdanning. Resultatet blir utsettelse av graviditet, og få barn.

Kvinner mest fertile alder er mellom 20 og 30 år. Medisinsk utvikling har gitt kvinner muligheter til å kontrollere eller avbryte graviditet. P- piller, spiral og abort loven har hjulpet kvinnene til å bestemme over sin kropp. Det er vanlig å ønske seg høyere utdanning og yrke før man får barn. Mange unge kvinner føler seg dessuten ikke modne nok til å ta dette ansvaret i ung alder. Konsekvensen med å utsette å få sitt første barn til etter denne perioden, kan være at det ikke blir så lett å få barn når man først forsøker. Likevel er det å få barn er sentral emne i de manges forhold og familien rundt. Står en utenfor dette sosiale nettverket, er en annerledes.

## **Risikofaktorer for ufrivillig barnløshet**

Det er flere risikofaktorer.

### ***Alder***

Alder er en viktig faktor som bør tas hensyn til, når man planlegger svangerskap. Vi vet at fruktbarhet avtar med alderen, særlig når kvinner nærmer seg 40 årene. Risiko for spontantabort, misdannelser hos fosteret og kromosomale feil som Down syndrom øker.

Kvinner blir mer utsatt for forskjellige sykdommer i som fibromer, cyster, myomer med økende alder. Noen sykdommer kan gjøre det nødvendig å fjerne deler av reproduksjonsorganene, som cancer i ovariene eller uterus.

### ***Seksuelt overførbare sykdommer/ SOS***

Med tidens utvikling har seksuell debutalder gått ned. Unge har større tendens til å undervurdere risiko knyttet til ubeskyttet sex blant annet på grunn av manglende informasjon. Sexpress har økt blant ungdommer, mange unge jenter bruker kun p-piller som prevensjon og ikke kondom, som beskytter mot SOS.

Nye undersøkelser viser at antall tilfeller av klamydia hos ungdommer øker (MSIS meldt 1999-2004). Klamydia er en obligat intracellulær bakterie som kan gi blant annet salpingitt, økt risiko for ekstrasuterin graviditet, infeksjoner og kronisk underlivssmerter. Klamydia kan være asymptomatisk, noe som er til hinder for behandling.

Gonoré er en bakterie som gir vanligvis uretritt og cervisitt. Smitte kan i alvorligere tilfeller føre til betennelse av egglederne og senere til sammenvoksninger i egglederne.

HIV er ett virus som i seg selv gir ikke infertilitet. Men kvinne kan utvikle AIDS under svangerskap. Det er fortsatt under 2 % sjans for overføring av HIV- smitte/ virus til barn, selv etter de moderne behandlinger under svangerskap og fødsel.

Human papillom virus, HPV, (kondylomer) angriper hud og slim hinner og har vorte dannede og onkogene (kreft fremkallende) egenskap. Blant annet infeksjon med HPV type 16, 18 har 2-10 % risiko for utvikling av cervix cancer og assosiert med cervix dysplasi, men ikke infertilitet. Celleforandringer i cervix påvises stadig hos unge kvinner i 20-30 årene. En del av slike tilfeller ender opp med fjerning av deler av cervix (livmorhalsen), noe som kan øke risiko for spontant abort.

## **Prevensjon**

Bruke av prevensjons midler som p-piller har økt hos ungdommer i de siste årene. P-piller fører til forandring av miljø i underlivet. De fleste problemer i dette tilfellet er forbigående og kan evt. rettes med hormonell behandling.

Spiral er en god prevensjonsmiddel hos de som har født før, og anbefales ikke til kvinner som ikke har født og ønsker seg barn. Spiral er et fremmedlegeme som sitter i livmoren og danner en åpen kanal uten fra og innfra. Dette kan føre til infeksjoner med betennelser i utrus. Kondom er det billigste, sikreste prevensjonsmidlet med minst skadevirkninger. Det gir også best beskyttelse mot SOS.

Andre årsaker som miljø forurensinger og kvinnens vekt kan påvirke fertiliteten. Generelt er det mange faktorer som både fremmer og hemmer fruktbarhet. Mange blir gravide på tross av de forskjellige risikofaktorene. Men de som har problem med å bli gravid, bør unngå disse.

## **Kan vi unngå barnløsheten?**

Samfunn trenger barn og å løse barnløshet problemet krever ressurser og koster penger for undersøkelser og behandlinger. Vi vet ikke enda hva er årsaken at noen blir infertile, men informasjon er viktig ord. Dette krever innsats av helsepersonelle i form av undervisning, veiledning, undersøkelser og behandling av ungdommer og seksuelle aktive mennesker. Det er viktig å gjøre unge mennesker oppmerksom på barnløshet som et problem som kan angå dem, og informere dem om mulige løsninger. Barnløshet kan utløse stor psykososiale problemer og det er viktig å snakke om dette.

## **Hvorfor barn?**

Vi bringer fram et individ som er bærer av våre gener, en som inneholder en del av oss og en del av vår partner som vi er glad i. Barn gir oss mulighet og lov til å ta pause i vårt voksne liv og være barnslig i deres lek og språk. Barn er en kilde til gjensidig kjærlighet.

Døtrene mine har gitt meg mye glede i livet. Livet uten dem kunne ikke ha vært noe for meg. All de følelser, bekymringer, tårer, latter, ønsker og håp, stolthet og ansvar og ikke minst framtiden har fått annen farge i meninger og betydning. De er "min familie", det mest stabile og uløselige sosiale nettverk som finnes i et samfunn. Sammen med dem blir livet enklere og mer behaglig. De gir meg endeløs glede når de sier og viser at de er glad i meg. Det å bli foreldre og mor er best jeg har opplevd i mitt liv.

Det er ikke heller lett å ha barn. Menneskebarn krever lang tids omsorg og pleie i forhold til andre arters avkom. Det tar lang tid fra de er født til de kan klare seg alene. De trenger mat, beskyttelse, oppdragelse, psykisk og fysisk støtte.



Alt dette "ekstra" arbeidet aksepterer vi. Kanskje vi tenker på alderdommen som sake men sikkert kommer sigende, og håper at barna har det moralske ansvaret for å forsørge og passe sine gamle foreldre på tross av sosiale tjenester. Kanskje vi tenker på selvrealisering vi ikke har fått gjort, men som kan gjøres gjennom barna våre.

Vi vil ha barn for å være som andre i samfunnet. Sandelowski sier at ufrivillig fravær av reproduksjons oppførselsesnorm gir en "deviant status" til infertile (Sandelowski 1998). Dette kan skape følelse av 'ikke å være tilpasset samfunnet', være forskjellig fra andre, og blir usynlig i samfunn.

Eller er meningen med ekteskap og seksuell atferd å få barn, at vi født til å føde (Dyer2002)?

## Krysskulturelle aspekter

### *Iranske infertile ektefelle*

I denne delen tenkte jeg å skrive litt om tanker rundt infertilitet i ulike land og kulturer. Jeg er fra Iran og min far hadde problem med å få barn i sitt første ekteskap. For ca. 50 år siden var ikke ART (assisted reproductive technology) oppfunnet og de prøvde de ulike metodene som var tilgjengelige på den tiden. Etter ti år arrangerte hans kone ekteskapet til min mor på hans vegne, og jeg og mine brødre ble født. Jeg husker henne ikke særlig godt. Fem år senere skilte hun seg og giftet seg med en enkemann som hadde barn fra sitt tidligere ekteskap.

Min far var veldig glad i barn og ville ha en stor familie siden han mistet sin egen familie som barn. Han vokste opp hos sin onkel som var gift og infertil. Onkelens kone ble i ekteskapet for det. Min far kalt sin tante for mor, og vi kalte henne farmor.

Denne skjebnen er ett eksempel blant mange tusen i Iran. En kvinne føler seg ansvarlig for sin infertilitet, skammer seg over det, bekymrer seg over sin manns ønsker og skaffer ham en ny kone, i håp om at den nye skal kunne gi ham det hun ikke klarte. Hun setter til side sine ønsker og deler sin mann med annen kvinne.

Andre kvinner aksepterer sin manns infertilitet, lever med han, hans barnløshet og oppdrar og tar vare på hans nevø. Hun glemmer sine ønsker om graviditet og fødsel, og gir sin kjærlighet til andres barn.

Det er store fertilitetstall i Iran. Å føde barn har sterk sosial og kulturell betydning. Dette fører til at infertilitet forårsaker store psykososiale problemer. De meste vanlige emosjonelle problemer hos infertile par er håpløshet, hjelpeløshet, skuffelse, frustrasjon, redsel, engstelse og uro. I tillegg kommer familie- og sosiale problemer; misfornøyde svigerforeldre, ekteskapkonflikter, separasjon og skillsmisser. Infertile kvinner i Iran er mer sårbare enn menn og lider mest psykisk og sosialt.

Å kunne få sitt eget barn er veldig viktig for menn, og dette vises ved at potensielt infertile menn i Iran oppsøker lege tre ganger mer enn potensielt infertile kvinner (Kormi-nouri2002). Dette kan være på grunn av økonomi, menn har generelt større mulighet til å finne jobb enn kvinner. ART koster mye i Iran, og der finnes ingen statlig støtte til kostnader. Det kan også være at menn opplever det som mer stressende å ikke få barn (Schmidt.2003).

Infertile kvinner har en annen tilnæringsmåte til sin barnløshet. De sliter, som andre infertile kvinner i hele verden, med:

- Å akseptere sin barnløshet (Berg et al 1991,Ulbrich1990).
- Er mer deprimert og har lav selvtillit (Bernstein et al.1985, Greil1991, Abbey et al. 1991).
- Unngår gravide kvinner eller barn (Berg et al.1991, Greil1991,Greil et al.1988).

- Søker etter informasjon om infertilitet, starter behandling tidligere når de har mulighet og slutter behandling seint (Berg et al.1991, Greil1991,Greil et al.1988).
- Ser på å få barn som overvinning til negative sider av infertilitet (Kormi-Nouri.2002, Abbey et al.1994 & 1995).
- Føler seg ansvarlig for infertilitet og er lite fornøyd med livet (Berg et al.1991, Dunkel et al.1991, Bromham et al.1989, Newton et al.1990).

Det psykiske presset på den infertile kvinnen er mye høyere enn når mannen er årsaken til barnløsheten (Khademi2005). Dette kan delvis forklares ut fra det kultur-, religion- og familiebasert samfunnet i landet.

### ***Afrikanske infertile kvinner***

Verden helseorganisasjon, WHO, har i en studie kommet frem til at viktige årsaker til kvinners infertilitet i Afrikanske land kunne være infeksjoner, sekunder til SOS(seksuelle overførbare sykdommer), og graviditets komplikasjoner i mer enn 85 % av tilfeller(Cates et al., 1985).

Studier viser at infertilitet hos afrikanske kvinner er et viktig problem(Sundby et al, 1998) og forårsaker psykososiale belastninger i ulike former, som negative sosiale konsekvenser inkludert ustabile ekteskapsforhold, mishandling og stigmatisering. En kvinne må vise sin fruktbarhet før hun går inn i et ekteskap. Det vil si å få barn ser ut til å være avgjørende for inngåelse av ekteskap i de fleste Afrikanske kulturer. Kvinner som lider av ufrivillig barnløshet er gjerne redde for at mannen deres skal forlate dem eller være utro.

En muslimsk kvinne kan frykte at mannen velger kone nr. to.Vanligvis må mannen ha sin kones tillatelse for dette, men hun har som infertil ikke rett til å uttale seg. Tro kan være både støttende; 'vi overlater alt til Gud', eller bedømmende 'Gud straffer kvinner med barnløshet fordi de har hatt sex utenfor ekteskap'(Dyer2002).

Afrikanske samfunn er generelt sett mannsdominerte samfunn. Menn har stor sosial og politisk makt, og kvinner får stort sett alltid skylden for parets barnløshet. I noen deler av Afrika er infertilitet veldig utbredt, nesten hvert 3. ekteskap er barnløst. I sub-Sahara land, undersøkes ofte ikke mannlig infertilitet p.g.a. økonomi, og muligens som del i psykososial benektelse av eksistensen av mannlig infertilitet. Selv infertile menn kan beskyldes sin kone for hans barnløshet (Folkvord 2005).

Generelt i land uten offentlig subsidiering av behandling av infertile kvinner ser man at det i spørsmålet om behandling ikke bare er kulturelle årsaker som spiller inn, men også om kvinnen har ekstrem lav sosial og økonomisk status (Dyer2002).

### ***Japanske infertile par***

I forhold til Japanske normer kan en velkomst hilsen være: 'Er du gift? Og har du barn?' Eldre kvinner kritiserer barnløse kvinner, siden de tror at kvinne må bære familiens navn via sine barn, og forestillingen om at kvinner er eneste årsak til barnløshet er ennå utbredt. Massemedia kritiserer også den nye ART-teknologien, noe som indirekte er med på å gi infertile individer skyld- og skamfølelser. Det har blitt tatt lite hensyn til psykologiske konsekvenser av infertilitet i Japan. Et undersøkelse av 101 infertile kvinner med spørreskjema, viser at disse kvinnene er dobbelt så deprimerte og initiativløse som gravide kvinner. I Japan blir det sett på som et mål i livet å bli gravid, og man tror generelt at alle gravide kvinner kommer til å føde friske barn. Dette er noe av grunnen til at japanske gravide kvinner har generelt mindre psykiske plager. Hos infertile japanske kvinner finner man

derimot høye nivåer av depresjoner, engstelser, aggresjoner, negativitet, mangel på livskraft, anspenthet og forvirring (Hidehiko2001).

### **Kinesiske og taiwanske infertile par**

Taiwansk og kinesisk kultur er svært lik, og man finner omtrent like reaksjoner på infertilitet. Den gamle kinesiske Chonfucianske tro, som praktiseres i de fleste Asiatiske land, snakker om barnløshet som uakseptabelt. I følge den Chonfucianske troen har hver enkelt plass i et slektskapssystem, som har startet i fortiden og skal ha fortsettelse i framtiden. All annet må legges til side når det gjelder slektskap, familienavn må forsette. Som infertil kan man ikke føre familienavnet videre, og utsletter arvegangen i slekten. I denne konteksten er barnløshet likt med døden. Dette er best demonstrert i Mencius ord: ”det er tre ting som er uakseptabelt, og den verste av dem er å ikke ha etterkommer (Hung Lok et al.2002).

Kvinner i kinesisk kultur er plassert i mannens slektstre (Lee et al., 1995). Kvinner er respektert primært for sin fertilitet og antall sønner, som vil føre videre familiens navn. Selv høyt utdannet kinesiser holder på den tradisjonelle tankegangen rundt infertilitet. Derfor lider ikke bare den infertile kvinnen selv men også hennes familie, som skammer seg over å møte svigersønnens familie p.g.a. datterens barnløshet. Svigerforeldre har vanskeligheter med å akseptere sin svigdatters barnløshet, særlig hvis sønnen er eldst eller eneste sønn i familien. Hvis sønnen er infertil, vil ingen si noe for å unngå å gi han skamfølelser. Hvis hans kone vill gjennomgå ART, blir hun satt pris på. Kvinnens egen familie protesterer eller gjør sjelden noe (Lee et al 2001).

Barnløshet, mislykket behandling, og troen bidrar ikke overraskende til fysiske og psykiske plager hos infertile. Depresjon og engstelse, frustrasjon og ulike typer av psykologiske symptomer, inklusive suicidaltanker, er rapportert i ulike studier på grunn av mislykket behandling.

Xu et al.(1994) rapporterer ulike psykologiske stressfaktorer som er assosiert med infertilitet hos mer enn 80 % av kinesiske infertile par. Menn hadde mest kontroll over belastningen enn kvinner. Kulturell bakgrunn var en hovedfaktor, folk fra rurale strøk og med lav utdanning hadde høyere forekomst av psykiske plager.

Lee et al.(2000) har vurdert kinesiske infertile kvinner og menn i forhold til selvtilit, ekteskap og seksuell tilfredshet. I alle tilfeller hadde ektemennene høyere nivå av tilfredshet enn deres koner.

### **Psykososiale problemer ved infertilitet**

Det er et velkjent mønster i samfunnet at når to voksne personer danner et stabilt forhold, kommer barn, og i får en kjernefamilie med mor, far og barn. Ønske å få eget barn ligger dypt i hjerte hos fleste av oss. Barn gir følelse av tilknytning til hverandre og gjør at vi strever mer til å bevare et forhold(Dyer2002).

For å kunne forstå dette, må vi gjerne ta utgangspunkt i at alle menneske er født og utviklet i et forhold, først til mor, og siden til far, søsken eller andre man lever sammen med. En baby kan ikke leve uten omsorg, pleie og nærkontakt til forelder eller annen voksen person som tar mor eller fars rolle. Utvikling skjer i ett gjensideig samspill mellom barn og foreldre. Gjennom dette samspillet lærer barn til å regulere sine væremåter, tanker, og reaksjoner. Vi utvikles videre i ulike roller i forskjellige perioder av livet. Fra starten av 20 årene kommer tre roller som forsetter resten av livet; rollene som ektefelle, foreldre og arbeidstaker (Høstmark vielsen 1997).

Vi vet at familie kan gi trygghet, fremme helse og trivsel, og forebygge sykdommer. Ekteskap som innspiret av varme, gjensideig respekt og omsorg, fysisk og psykisk støtte, har større sjansje til å vare. Infertilitet kan skape problemer i denne strukturen.

Vi vet samfunn trenger ny borgere til å forsette og bevare sin struktur. Eldrebølgen øker, mennesker lever lengre og blir sykere, og trenger pleie og hjelp. Samfunnet trenger nye arbeidskrefter.

Man kan spørre i hvilken grad en stadig utsettelse av første fødsel vil påvirke det endelige barntallet. Fødselsantall fra 59589 i 1991 har holdt seg nesten stabil til 56087 i 2004, SSB (Statistisk Sentral Byrå). Stadig færre tenåringsjenter få barn. Antall fødsel i kvinnes høyeste fruktbarhetsalder (25-39 år) har gått ned fra 177,3 per 1000 kvinne i 1960 årene til 123,9 i 2004. Også fruktbarhetstall, antall barn for hver kvinne, har gått ned, fra 2,94 til ca. 1,83 (SSB) for samme periode. Antall fødsel blant kvinner fra 30 til 40 år gamle har økt fra 1980 årene og dette kan være på grunn av utvikling til ART-teknologi,.

Kvinner føder senere, mens menn forblir barnløse. Blant dagens 40-åringer er det 12,8 % barnløse kvinner og 22,1 % barnløse menn. Tallene viser at antall barnløse kvinner og menn har økt med henholdsvis 2,0 % for kvinnene og 4,9 % for mennene (SSB). Noen menn får barn med flere kvinner.

## Rolle fordeling

Tradisjonelt har kvinner og menn ulike roller i ett samliv eller ekteskap. Graden og formen kan være ulike i ulike tider, kulturer og sosiale klasser. Oftest er kvinner ansvarlig for omsorg og pleie i hjemmet, og menn er ansvarlig for beskyttelse og forsørgelse av familie. Fra den tiden hvor våre forfedre levde i skog og fjell, har kvinner hatt ansvar for å passe og pleie barn. Selv i vår moderne tid, har kvinnen ofte hovedomsorgsrollen ved siden av sin karriere og høye utdanning. Når samliv blir barnløse og kvinne ikke får fullført sin rolle, oppstår konflikter. Guttormsen(1991) kaller slike situasjoner for symmetrisk ekteskap; hvor den infertile kvinnes rolle blir mer liknende og konkurrerende med mannens rolle. Motsetningen er ett komplementært ekteskap, hvor en får uttrykke sine tradisjonelt følelsemessige funksjoner og imøtekomme mannen og barnets behov.

Det er kvinner som oftest søker og starter behandling for sine infertilitetsproblem, og viser sterkere ønsker om et barn enn deres mann. Alle undersøkelser viser at kvinner har mer emosjonelle belastninger, høye nivå av stress og depresjoner og lavt nivå av selvtillit enn menn i infertile forhold (Abbey et al.1991). Noen undersøkelser har fokusert på effekten av kjønnsrolleoppfatning. Det viste seg at såkalt maskuline (instrumentale) og feminine (ekspressive) trekk er relatert til egen kjønnsrolle, ikke nødvendigvis det biologiske kjønn. Maskulinitet, både hos kvinne og menn, gav mindre belastende følelsemessige reaksjoner og bedre selvtillit. Andre studier påviste at menn med udifferensiert kjønnsrolle hadde mer engstelser og depresjoner.

Vi kan derfor si at følelsemessige reaksjoner er ikke bare bestemt av vår biologiske kjønn men også av vår kjønnsoppfatninger.

## Seksualitet

I perioder kan både kvinne og mann føle at de har blitt slaver av egglosninger eller sædproduksjon. Sex og intimt nærvær blir mer og mindre følt som et ansvar og pålagt plikt. Når paret forsøker om og om igjen uten noe resultat, kan seksuell lyst og behov reduseres hos en eller begge parter. Dette kan i noen tilfelle føre til utroskap eller ønske om ny partner. Slike

løsniger kan kanskje unngås gjennom åpen kommunikasjon om barnløsheten, ønsker og behov, og de følelsemessige problemer som er viktige å ta hensyn til. Begge kan føle seg mindreverdig og lite attraktiv som kvinne og mann, også seksuelt. Sundby(1992) fant, blant kvinner i tidligere behandling, at seksuelt samliv opplevdes som meningsløst hos 22 % av disse kvinnene når befruktning ikke førte til graviditet.

## **Samliv**

Når det blir klart at en av partene er årsaken til barnløsheten, mister forholdet balansen. Meningen med samlivet forandres og den som er ufruktbar føler seg som den som står i veien for den andres mulighet til få barn. Man får følelse av mindre verdi, mister selvtillit og identitet, får dårlig samvittighet og skyldfølelser (Berg et al.1991, Dunkel et al.1991, Bromham et al. 1989, Newton et al. 1990).

Valg av ny partner skjer ofte i slik situasjon, og den ufruktbare kan direkte eller indirekte være årsaken til skillsmisse som ved å flytte fra partneren. Dette kan ikke være på grunn av årsaker som dårlig økonomi, boligforhold, men en klar avvisning av hverandres personlighet eller oppførsel.

Det er viktig å gjøre ektefellene oppmerksom på at infertilitet kan gi krenkelse av selvfølelse og verd. Man bør prøve å få dem til å huske hva som egentlig var utgangspunktet for valg av partner, hva som har gått galt og hvorfor de ikke klarte å rette det opp underveis. Når ekteskap går i oppløsning, er det på mange måter ingen vei tilbake, begge parter erkjenner at ingen av dem kan forandre seg eller ønsker å tilpasse seg til sin partner. For å unngå dette må hver av partene erkjenne sin del av nedlaget som førte til tap av selvrespekt og selvfølelse, som kan ta lang tid til å gjenvinne igjen.

Selv om infertilitet ofte er en belastning i parforhold, kan en infertilitetskrise også være et potensial for parets utvikling og vekst og føre par nærmere til hverandre (Stanton et al.1991,Schmidt1996).

## **Sosiale konsekvenser**

Å være infertil og barnløs er i mange samfunn sett som negativt, man blir nedvurdert, det er skamfullt, stakkarslig. Infertilitet er et stor psykisk traume, som må bearbeides og aksepteres og leves med, ikke bare blant infertile par, men også i samfunn.

Barnløshet oppleves ofte mye sterkere hos kvinne enn menn. Det kan være ulike faktorer bl.a. biologiske eller sosiale faktorer. Sosialt får kvinne oppmerksom via sin/sine barn.

Mialls(1985,1986) undersøkelser viser at rundt halvparten av både infertile kvinner og kvinner i infertile forhold, har følt at de har fått lite støtte når de har fortalt andre om sin infertilitet.

Stigmatisering, ostrakisme(utstøtelse fra samfunnet), ustabilt ekteskap og mishandling er situasjonen noen infertile kvinner i Afrika (Dyer2002). Infertile kvinner i Gambia har få rettigheter til å arve ektemannens formue (Sundby1997).

Lalos et al. (1986) fant at en god del infertile par har holdt sin barnløshet hemmelig og ca. en tredjedel av kvinner har unngått å være sammen med gravide kvinner eller barn. Bare en liten andel av par hadde fått hjelp fra venner og familie.

## Ambivalens og tvil

Når motsatt rettede følelser er tilstede samtidig, kalles det ambivalens – som både å elske og å hate en person. En kvinne prøver ofte å ta hensyn til alt. Når disse hensynene er uforenelige, lammes kvinne ofte i sin evne til å ta beslutninger (Guttormsen 1991).

Menn blir ikke så lett handlingslammede, selv med motstridende følelser. De prioriterer det de tror er det riktige og hensiktsmessige i situasjon, og tar sine avgjørelser ut fra disse, og sine behov. De stoler på sin dømmekraft og sine evner.

Når et par søker legehjelp for sin barnløshet, er de sjelden fullt ut klar over sine følelser rundt det å få barn. Å gå gjennom undersøkelser, og ofte flere ganger, kan utløse revurdering av undersøkelsene og sine krav til utholdenhet. Paret er ofte slitt mellom ønsket om eget barn og belastningene undersøkelsene og behandlingen medfører. Det er vanlig at ene eller begge partnere vil slutte med behandling eller tar pause.

Hvis en kvinne blir gravid etter slik medisinsk hjelp, kan oppstå store forventninger hos paret og i omgivelse. Angst for spontant abort, misdannelser, fødsel og tvil om å bli en god og dyktig mor kan ramme kvinne.

Ønske om eget barn er ofte ulikt hos mann og kvinne særlig hvis en av dem har barn fra tidligere forhold. Det er viktig å diskutere seg fram til enighet i slike tilfeller, og ta hensyn til hverandres ønsker og behov. Hvis paret bestemmer seg for å gi opp ønsket om eget barn, må de være overbevisst om at dette er eneste riktige løsning for dem. Tvil må fjernes, før man kan ta riktig avgjørelse. Menn ønsker seg oftere biologisk egne barn, kvinner kan tenke seg andre løsninger, som adopsjon.

## Skyld og skam følelse

Når paret møter barnløshetsproblemt, prøver de å finne årsaken. De kan ha irrasjonelle forestillinger om at dette skyldes deres personlighet eller deres tidligere handlinger. Ofte er dette noe som er mot samfunnets normer og verdier, hos kvinner for eksempel tidligere provosert abort, samliv uten ekteskap og ikke å være praktiserende i troen. Kvinnen reagerer gjerne med skyldfølelse overfor barnløsheten og med skam i forhold til sin mann.

”Mannens seksuelle potens (maskulinitet) og forplantingsevne henger direkte sammen”(Guttormsen1991). Når han ikke får barn blir hans kjønnsidentitet truet. Han kan etter hvert isolere seg og unngå omgang med andre. Studier viser at mannlige deltakelser i psykologiske konsultasjoner øker når det forligger en mannlige årsak til barnløshet (Boivin1999, Pook2001). Det kan også være hans ansvarsfølelse ønsket om bevaring av ekteskapet som gjør at han søker hjelp.

## Isolasjon

Isolasjon kan være uttrykk for mangel på energi og manglende interesse for samvær med andre mennesker. Kvinner trekker seg bort fra andre kvinner for å unngå påminnelse om sin ufruktbarhet og for å unngå å bli konfrontert med noe andre har klart, men ikke hun. De fleste kvinner snakker om sine barn og deres problemer i samvær med hverandre (Berg et al.1991, Greil1991,Greil et al.1988). De søker råd av hverandre. De har noen felles som knytter disse kvinnene sammen, noe den barnløse kvinnen ikke har selv. Hennes råd og meninger kan i praksis være verdiløse siden hun ikke har opplevd de problemene. Hvis hun blir stille, ville hun virke uinteressert og selvopptatt. Dette kan være furustrende, irriterende og trist.

Barnløse par kan oppleve at de bli satt på side eller utelukket fra sin opprinnelige familie, sammenliknet med søsken som har egne barn. Foreldre kan bruke mer tid med andre søsken på grunn av barnebarn som for eksempel skal passes.

Det kan være nødvendig med en periode med isolasjon og tilbaketrekning fra andre i bearbeidelse av en krise. Kriserammede må få tid til å bearbeide følelsene og blir mer kjent med seg selv og sine ukjente ønsker og behov. Barnløse par må få tid til å vurdere sitt forhold og de nye følelsemessige reaksjonene og utfordringene.

Det er viktig å vite at alle har både negative følelser som hat, sjalusi, misunnelse og tristhet, og positive følelser som glede og tilgivelse. For å kjenne seg selv må man kunne kjenne både sine positive og negative sider. Man må bli bevisst sin personlighet, og dette krever tid og ro. Isolasjon er en vanlig reaksjon eller ønske i slik situasjon.

## Depresjon

”Depresjon er almindeligvis en størk følelsemessig reaktion på en tapsopplevelse”(Guttormsen1991).

Depresjon kan gi seg uttrykk på forskjellig måter, som økt usikkerhet, hjelpløshet, økt svakhet, isolasjon, tap av interesse for andre og følelse av å være syk. Depresjon medfører nedvurdering av seg selv, noe som ikke skjer med sorg. Når vi mister en nær eller ikke lykkes til noe, blir vi deprimerte.

Vi kan oppfatte det som om infertilitet gir beskjed om at noen er feil med kroppen vår, og som truer vår eksistens. Kvinne og mann takler, vurderer, og handler på ulike måter. Dette kan være på grunn av måten en gutt og jente har blitt oppdratt. Guttormsen prøver å forklare dette med begrep ”being” og ”doing”.

Hun sier at gutter blir oppdratt til å løse problemer de møter med å være aktive og handlende i situasjonen. Dette gir dem større evne til å tilrettelegge tilværelsen, ”doing”. Jenter får en løsningsmodell i form av mer roligere og mottakende holdinger. De blir mer passive og avhengig i samlivet, og mindre ansvarsfølelse over sine inntresser, ”being”. De bestemmer i mindre grad over eget liv, blir sårbare, noe som forsterker utilstrekkelighetsfølelsen.

De ulike kjønnsroller er viktig i ekteskap, mannen får sin forsørger rolle og kvinnen sin omsorgsrolle overfor sine barn og mann. Dette fører til at de supplerer hverandre og får nytte av ulike rolle modellene.

Store problemer i livet kan oppstå når partnerne ikke verdisetter hverandres ulike roller, eller supplerer dem. Gutter må lære å være litt mer passive og kjenne egne følelser før de handler. Da kan de fullføre sine plikter og behov med mer omtake overfor andre, og blir gode forsørger og fedre. Jenter må lære å ta mer målrettet ansvar over sine liv, verdisette seg selv og prioritere sine egne følelser og behov i større grad. Slik kan de ta vare på seg selv.

Depresjon er mer vanlig hos usikre og passive kvinner. Barnløshet hos et par gjør det vanskelig å tilpasse de rollene de er oppdratt og innstilt på. Jenter kan ikke gi omsorg og gutter får ikke uttrykke sin aktivitet. Livet gir ingen mening. Paret som en dag var veldig glad i hverandres samvær blir mer og mer fjerne fra hverandre.

I en ”før og etter” studie som ble gjort av Khademi et.al(2005), har noen av risikofaktorene for depresjon blitt spesielt påpekt. Disse var å være kvinne, gjentatte mislykkede behandlinger i løpet av 2-3 års infertilitetshistorien, lav sosialøkonomisk status, å være utlendinger, mangel på støtte fra partner, tidligere opplevelser og depresjoner. Hun og hennes gruppe har brukt Beck Depression Inventory/BDI Score for mål depresjon hos infertile deltakere(251 deltaker) i et år. Deltakerne har fulgt BDI Score før og etter behandling. Høy score indikerer depresjon. Resultat i BDI2 (etter behandling) var avhengig av score i BDI1 (før behandlingsstart), lengden av behandling og resultat av behandling. Antall poeng i BDI1 var lavere hos kvinner

med høyere utdanning. Dette kan ha kulturelle årsaker, slik at høyt utdannede folk ikke mister sin selvtillit så lett p.g.a. sin infertilitet.

Det er hypoteser på at depresjon og engstelser kan føre til infertilitet, noe som kan påvises ved å teste forhold mellom hormonelle forandringer og psykososial status. Det er studier som har påvist forhold mellom økning av prolaktin ved engstelse og fravær av graviditet (Harrison et al., 1989). Demyttenare et al., 1989 og Merari et al., 1992 har påvist at prolaktin, cortisol og testestron har økt ved emosjonelt stress og variert ved engstelse og depresjon.

## Krise

Krise utløses når de tidligere erfaringer og reaksjonsmåter er utilstrekkelig for å forstå og kontrollere en ny situasjon individet befinner seg i. De tidligere innlærte modeller fungerer ikke og selvtillit trues. Individet opplever mangel på kontroll over situasjonen og blir labil. Uro og spenning øker, hjelpløshet og passivitet utvikles og man utvikler angst og depresjon. Utviklingskrise og ulykkeskrise utløser reaksjoner som både er like og ulike. Utviklingskrise skjer når en går fra en fase av sitt liv til neste fase, som fra barndomsfasen til ungdomsfase. Når individet møter uventet eller alvorlig motgang, kan den normale utvikling hemmes eller gå helt galt.

Ulykkeskrise kommer plutselig og uventet, som tap eller alvorlig trussel om tap eller krevende utfordringer. Dette kan føre til handlingslammelse og sjokk hos individet.

Krisetypen, tidligere erfaringer, og muligheter til å få hjelp både fra nærmeste pårørende og venner er avgjørende for å gå gjennom krisen.

Ufrivillig barnløshet er en krise, og for å gå gjennom krisen trengs god kommunikasjon og nært forhold mellom partnerne. De må kunne bearbeide og tenke over sine personlige forutsetninger, vurdere sitt forhold til sin partner og de nærmeste pårørende. Ubearbeidede følelser i en krisesituasjon vil i lengden føre til mental invalidisering som kan unngås ved hjelp av fag folk.

Følelser knyttet til infertilitet er vanskelige å bearbeide, fordi temaet oppfattes som privat. Det er utviklet en god del medisinske behandlingsmetoder til å hjelpe barnløse par, men ikke så mange om bearbeiding av de psykiske plager assosiert til barnløshet.

Infertilitet er en personlig katastrofe, og må forstås utfra betydningen for den rammede. For å hjelpe den rammede må man ta hensyn til individets personlighet, intellektuell og følelsemessig utrustning, yrke, økonomi og familieforhold.

Möller (1985) snakker om tre grunnleggende aspekter som berøres av en krise og utløses på grunn av infertilitet hos et par. Han snakker om:

- Samhørighetsaspekter; hvor infertilitet truer parets identitet, gir følelser av ikke å være god nok.
- Selvfølelsesaspekter; infertilitet påfører paret eller individet depresjoner, skuffelser.
- Meningsaspekter; barnløshet kan rukke ved meningen med livet og gi opplevelse av uro, engstelse, og kaotiske følelser

Så kan vi si at i en krise henger selvforkastelse sammen med vår oppfatning av egne verdier, og oppnådd mål i live. I en krise kommer selvforkastelse i form av blant annet, skyldfølelser, destruksjoner.

Berg & Wilson (1991) betrakter infertilitetskriser som to faser:

- Akutt fase, hvor infertilitet blir diagnostisert og behandling starter.
- Kronisk fase, som kommer hver gang par ikke oppnår graviditet og fødsel.
- 

Denne type krise er gjennomgående forskjellige fra vanlige kriser som tap av en nær person.



Infertilitet krise har en lang rekke tap av viktig ting i livet, som tap av ønsker og drømmer, og gjentakelser av disse. Tap av muligheten til å bli foreldre, bli gravid, oppleve fødsel og amming. Kvinnen opplever hver menstruasjon som en skuffelse og føler seg sviktet av sin kropp.

Å bli foreldre er en krise, og gjennom krisen utvikler vi våre ferdigheter som omsorg, håp, tilhørighet, og mestringsevner. Ved infertilitet blir det verken utvikling av omsorg for eget barn eller modenhet på andre områder i livet. Man blir det voksne barn i den yngste generasjonen.

Abbey(1992a) sier at infertilitet gir stress som virker negativt på velvære og intern kontroll, men har positivt effekt på par konflikter. Alt dette virker indirekte på livskvalitet.

Det er forskjell på måten menn og kvinner takler infertilitetrelatert stress. Menn takler stressbelastningen ved infertilitet på like linje med andre stressbelastede situasjoner. Hos kvinner derimot, medfører dette ofte negative seksuelle opplevelser (Andrews et al.1992).

Barnløshet som livs krise har ulike faser som avløser hverandre, tilsvarende andre kriser.

### **Sjokk fase**

Når individet får vite at hun eller han kan aldri få sitt eget barn, utløses en sjokk reaksjon. Alle håp og drømmer paret har hatt angående eget barn forsvinner. Håpløshet og fortvilelse rammer det, de blir passive, fjerne og isolerer seg. Sjokkfase kan vare mellom 6 til 8 uker.

### **Benektelse**

Benektelse er en måte å beskytte seg mot de sterke følelser, følelser av trussel mot planer i livet, og mot selvillit og selvbilde. Noen blir i denne fasen ved å prøve ulike metoder for infertilitet om og om igjen i både innland og utland. Dette vil kunne redusere deres livslyst og føre til et varig tap av overskudd. Benektelse er en midlertidig forsvarmekanisme mot de vonde følelser og forandres med tiden og gir plass til hjelpløshet og senere til frustrasjoner og raseri.

### **Raseri**

Når par erkjenner sannheten om at de ikke kan få eget barn sammen, vil de fleste bli frustrerte og sinte. Spenning mellom ektefellene kan øke, og de kan overreagere med beskyldinger mot hverandre eller til de nærmeste pårørende.

De kan blant annet beskyldes medisinsk behandlings metoder, behandlende leger eller lang ventetid for å få behandling. Denne type frustrasjon gir lettelse der og da. Barnløse par blir påvirket av sitt problem og kan reagere ut fra dette på ulike samfunns spørsmål som frivillig abort, incest, eller barnemishandling. De blir gjerne sinte fordi at de som fortjener det og er snille ikke får barn.

De blir sinte når de får trøst fra nærmeste pårørende i stedet for å bli hørt. Det kan oppleves som en avvisning av individets problem når de ikke blir forstått ut fra sine egne forutsetninger. Uløste problemer fra barndom og oppvekst kan dukke opp igjen med full styrke. Dette kan gi nye vanskeligheter i forholdet til pårørende og venner.

De som har barn, kan ha vanskeligheter til å forstå det barnløse paret og omvendt. De kan ha ulike forståelser av felles saker.

## **Sorg**

Sorg er et vanlig uttrykk for tap, over det barnet paret ikke fikk, over drømmer og framtid planer og drømme. Samt det ansvare og sosiale nettverk som barn bringer med seg.

Barnløse par sørger over den indre smerte, savn og mister interesse for verden rundt dem. Alt er trist, meningsløs, ensomhetsfølelse og indre tomhet rammer dem. ”sorg er arbeid” sier Freud. Man prøver å unngå og oppleve sorg.

Infertil par beholder ønsker om å få deres eget barn, ved å prøve ulike behandlings metoder. Det viktigste i bearbeidingen av sorgsreaksjoner ved barnløshet er:

- akseptere lidelser
- maktløshetsfølelse.

Det er viktig å kunne ta i mot de smertefulle følelser og tanker, og vise forståelse uten å bedømme eller nedvurdere paret. Det vil ta lang tid å komme over sorgen, fra måneder til år. De vil aldri glemme sin barnløshet, men vil få bedre kontroll over sine følelser.

## **Aksept**

Etter sorgen kommer akseptering av barnløshet. Det infertil paret ser etter hvert de positive sider livet. Forholdet mellom paret kan bli bedre, de får muligheten til å prate sammen og vise sine følelser for hverandre. Det er ved dette tidspunktet eller fasen som paret kan ta avgjørelser om deres forhold og liv fremover, som familie uten fellesbarn.

Det er ulike reaksjoner hos infertil par under behandling, når behandlingen ikke fører til graviditet. Noen kan få ”problem fokusert” handling som igjen kan gi større grad av velvære. Unnvikelse og unngåelse av problemet kan være et tegn til dårlig tilpassning av negativ resultat av behandling.

Edelman en al. (1994) fant at kvinnens måte til å forstå og aksept var relatert til bedre tilpassning, mens for mann var både akseptering, redefinerings av problemet og direkte handling relatert til bedre tilpassning.

De som jobber med infertil individ kan hjelpe personen til å se realistisk på muligheten til å få barn gjennom kunstig befruktning. Sjansen til å få barn ved ART-teknologi er ca. 20 % (ASRM1995).

Det er viktig å gi disse folk ulike valg muligheter, som adopsjon, og hjelpe dem på riktig kurs. Det er viktig at par snakker om sine følelser, ekteskaplig og seksuell konsekvenser av infertilitet. Det er viktig å fortelle dem at de ikke er de eneste som har barnløshet problem (Sundby1999).

## **Korttids effekt av infertilitets aksept**

Schmidt(1996) har i sin bok har delt infertil par i åpne, orienterende og lukkede. Om sin barnløshet i samvær med de andre mennesker.

De lukkede par holdte sin infertilitet hemmelig, og har ikke lyst til å snakke om dette. Lukkede har mindre intens ønsker om barn, ingen eller mulighet til adopsjon. Eller eventuelt lyst til å låne andres barn. De er ikke misunnlig på andres graviditet, isolerte seg heller fra dem. Paret har ingen endringer i sin kjønns identitet, de oppsøkte ikke informasjon om barnløshet og behandlings muligheter. Infertilitet har gitt sterkere par forhold, de hadde mest lyst til å vite om somatisk årsak til deres infertilitet. Paret har noe psykisk belastning.

Det orienterende paret har lyst og behov, for å snakke om sin barnløshet. Paret fikk forståelse fra andre men ingen støtte, siden paret snakket lite om sine følelser. Paret hadde ingen stor psykisk belastning. De var villige til å informere andre om deres barnløshet, som ville vite om

infertilitet, somatiske og psykososiale aspekter av problemet. Andres forventninger og opplevelser angående parets infertilitet hadde positivt effekt på dem. Paret var interessert i aktuelle typer for behandling. Paret har intens ønske å få barn, og var interessert til å vurdere adopsjon, muligens "hvite barn".

Det åpne paret, hadde lyst til å vite om barnløshet og behandlinger, var psykisk selvbearbeidet. Paret hadde stor psykisk belastning. De var åpene om sine følelser om infertilitet og fikk forståelse og støttet fra andre. Infertilitet hadde styrket paret forhold og de var dypt engasjert. Paret hadde intens ønsker om å få barn, og kunne vurdere adopsjon, både "farget og hvit barn". De kunne tenkte seg å passe på andres barn, ha hus dyr etc.

Dette viser at de ulike måter infertile par har forholdt seg til deres infertilitet på. Hvordan er deres forhold til andre mennesker rundt dem, og hvordan andres væremåter har påvirket deres velvære. Det er viktig å påpeke at parets infertilitet ikke var avgjørende, men måten de har håndtert situasjonen på, og har tiltatt at andre har vist omsorg og sympati var avgjørende i deres velvære.

### **Langtids effekt av infertilitets aksept**

Infertilitet er en kronisk stressfull situasjon. Kronisk stress utvikles sakte gjennom årene. Både før, gjennom behandlings periode og senere når behandling blir uten resultat. Når paret ikke får psykologisk hjelp, kan paret oppleve infertilitet krisen gjentatte ganger.

Behandlings perioden kan være veldig slitsom og krevende for begge partnere. Psykisk og fysisk utmattelse kan være belastende. Sosiale holdinger påvirker også på opplevelse av infertilitet. En tverrsnitts undersøkelse viste at den psykiske belastning for kvinner med moderate behandlinger uten å oppnå graviditet var høyest og lavest for kvinner på venteliste til behandling eller med mange resultatløse behandlinger(Boivin et a.1995).

Redsel, uvisshet, engstelse før utredning og behandling omgir infertil par, særlig kvinner, og depresjon som kommer etter mislykket forsøk og behandling. Engstelse er en vanlig reaksjon når individ er redd for sitt liv eller trussel mot ting som er viktig i live. Hos infertil par, er graviditet og kunne føde sin biologisk barn et mål i livet.

Barnløshet og infertilitet virker på kvinnes liv på alle områder, "ingen fri sone". Menn's arbeid og fritids aktivitet kan gi "fri sone" .(Schmidt 2005)

Kvinner og menn tenker ulikt om sin barnløshet. Undersøkelser viser at kvinner fokuserer på sin infertilitet som en mening. De har tanker om barnløshet som er relatert til hennes psyke eller skyldfølelse, en straff for deres tidligere provoserte aborter. Menn har for det meste en forklaring på deres barnløshet, som arv, miljø, mat, stress, arbeids miljø, k altså ingen skyldfølelse.

Nesten alle kvinner opplever infertilitet som en psykisk belastning, også hos fertile kvinner som har infertile menn. Menn som har fått bekreftelse på sin sæd kvalitet, har ingen psykisk belastning av infertilitet. Det vil si at mannens kjønnsidentitet føles forbundet til å befrukte en kvinne. Dette stemmer ikke hos infertile menn(Schmidt 1996).

En undersøkelse(follow-up) som ble gjort av Sundby i 1992, har vist at, kvinner som har store psykisk belastning under undersøkelsen og ved negativt resultater av behandling, var ikke lenge påvirket av psykisk belastninger. Disse undersøkelsene har blitt gjennomført fra tidligst 15 måneder etter avsluttet behandling til minst 6 år etter det mest intensiv fase av behandling er avsluttet. Undersøkelsene viser at fra 8-10 år etter infertilitet diagnostikk, infertile kvinners subjektive følelse av emosjonelle og psykologiske velvære er på like nivå som andre i befolkning(Sundby1999).

Omrent 3 % av alle norske kvinner lever i permanent, ufrivillig barnløshet(Sundby1999).

Det er beregnet at ca. 8-12% av alle par i verden vil oppleve ufrivillig barnløshet(WHO1980).

Noen av disse kvinnene klarer å tenke realistisk, selv om dette er smertefullt, og finne andre alternativer og muligheter i deres liv. Dette kan være mer fritids aktivitet, lange reiser, utdanning, hus dyr, og utvikler seg. Mens andre kaster bort sin tid, formue, og plager seg selv både fysisk og psykisk ved å prøve behandling inn/utland.

Når infertil par ikke får dere genetiske barn(enten både kvinne og mann eller kunne kvinne i paret genetiske foreldre til barn), kan de bestemme seg for å adoptere et barn, være **pleie** foreldre eller ha ett liv uten barn. Slik kan de vise sine følelser for sitt adoptivbarn, men paret vil være mer beskyttende oven for adoptivebarnet. Studier viser at menn er ikke så interessert til å adoptere et barn som første valg og vil prøve ART i første omgang(bl.a. Sundby1999).

## Mestring

Schmidt(1996) skriver om koping(mestring) med to grunnleggende forskjeller måter til å oppfatte dette. Oppfatning kan være enten som en prosess eller som en personlighets karakter.

Mestring som en prosess tar hensyn til vurdering av situasjon ut fra kognitive og personlige ressurser til å håndtere situasjon via ulike mestring strategier.

Lazarus (1966) mener at koping har tre faser:

- Første fase snakker om primær vurdering av belastning, av ulike former, og dets effekt på person.
- Sekunder vurdering snakker om handlings muligheter og konsekvenser av handlinger.
- Koping som har to ulike strategier typer, problem baserte og emosjonell baserte. Ved problem basert strategi fokus er på selve problem eller belastninger. Ved emosjonell baserte strategi tar fortolkninger av situasjon, og tilpasser seg situasjon.

Antonovsky (1991: 38-41) skriver at sans av samstemt og logisk handling i ulike situasjoner uttrykker oppfating av sitt liv i relasjon til:

- Forståelighet(comprehensibility). Hvordan stimuli, både ytre og indre, kan begripe fornuft.
- Styring (manageability). I hvilke grad en opplever at en har resurser, kontroll og styring av situasjon/ belastning som er utsatt for.
- Meningsfullhet (meaningfulness). Her en ser om det er meningsfullt til å streve og gå gjennom kravene i en situasjon eller ikke.

Hos et par, infertilitet gir stress og måten situasjon håndteres på avhengig av paret utvikling i ulike faser av livet.

Mestring av infertilitet kan vurderes på en måte, at dette kan gi mening til paret og de akseptere dette, eller de vil unngå å benekte situasjon.

## Konklusjon

Den økte bruken av fertilitet klinikker i hele verden, og Europa assosiert befruktning blant kvinner fra 15-49 år, har økt fra 3,7% til 7,3% per 1000 kvinne fra 1999.( Schmidt 2003)

Bruken av slike klinikker og tilfredsheten blant brukerne varier. Det har blitt gjort en del studier for å vurdere årsak til misfornøydhet blant brukerne.

Målet var:

- Å se effekten av kjønns forskjell i vurdering av medisinske og pasientens sentret (psykososial) behandling i fertilitets kliniker .
- Å identifisere faktorer til fornøyde par.

Stress er en viktig faktor til å vurdere parets påvirkning i disse målene. Stress med hensyn til antall behandling, infertilitet, infertilitet hos menn og resultat av behandling.

Det kom fram av undersøkelsen, hvis pasientens emosjonelle og psykososiale behov er blitt tatt vare på, og behov for psykososial servise var da ikke nødvendig. Dette kan da belyse årsaken til at pasientens initiativ bruk av psykososiale services minket.( Schmidt et al.2003).

Dette viser også hvor viktig det er med utdanning av helsepersonelle både med tanke på hvordan de kan møte infertil par, og kunnskap om psykososiale emner som berører infertilitet, og behandling av dette.

Andre viktige funn var at pasientens personlighet og sosiale belastning ikke var assosiert med fornøyelighet(Daniluk2001).

Tilfredshet var høy hos par som fikk barn. Mannlig infertilitet ført også til misnøye hos begge kjønn. Dette kan være p.g.a. få behandlings muligheter for infertil menn enn kvinner, eller at kvinnen er mer engasjert til å få behandling enn menn.

Det som var merkeverdig, var at pasienter fra lav sosial klasse (m.h.t. utdanning, yrke, sosial posisjon,...) var mer fornøyde med behandling. Forklare på dette er at de var kanskje mer tilbakeholdende for negative evalueringer eller at helsepersonelle ikke klarte å møte pasientene med lavere sosiale resurser.

Lav tilfredshet var assosiert med to ting:

- Forklaringen, når det ikke kom noen resultater ifra behandling
- Måten pasientens emosjonelle og psykososiale behov relatert på barnløselighet blitt tatt vare på.

De ulike studiene som omfatter infertilitet kan deles i to kategorier:

- Noen mente at infertilitet har psykiske årsaker (psychogenic hypotesis). (Abbey.1994)
- Andre leter etter infertilitets psykososiale konsekvenser (Abbey.1992)

Psykogenetisk hypotese snakker om infertilitet, særlig ikke organisk betinget, som oppstår på grunn av kvinnens ubevisst ønske om å ikke ble mor. Det kan være ulike grunner til dette, men det som er sikkert, er påvirkning av stress på fertilitet.

Psykogen hypotese er forkastet nå, men forhold mellom ulike psykiske forstyrrelser som stress på infertilitet må undersøkes(Greil 1997).

En studie ble gjort i København i 2003, angående pasientens holdninger til medisinske og psykososiale aspekter av behandling i infertilitet klinikker, tabell1.(Schmidt 2003)

**Tabell 1**

**Table I.** Reasons for seeking treatment and medical and psychosocial aspects of care rated as important by women (*n* = 1169) and men (*n* = 1081)

Variable	Women (%)	Men (%)	$\chi^2$ (df = 1)	P-value
<b>Reasons for seeking treatment</b>				
To find a cause	56.2	55.5	0.09	NS
To achieve a pregnancy	98.6	96.7	9.43	0.002
To have a child	77.4	77.8	0.03	NS
To have tried everything	56.1	51.2	5.17	0.023
For myself	72.7	56.4	63.21	< 0.001
For my partner	70.0	78.9	21.93	< 0.001
<b>Expectations about clinic services: medical care</b>				
Explain test results	98.3	98.5	0.19	NS
Explain treatment options (in person)	98.5	98.9	0.78	NS
Written treatment information	82.0	75.7	13.29	< 0.001
Information about adoption	25.0	24.1	0.26	NS
<b>Expectations about clinic services: patient-centred care</b>				
Show concern	71.7	62.0	24.03	< 0.001
Show understanding	84.5	75.4	29.18	< 0.001
Written information about psychosocial aspects of infertility	56.0	44.9	27.68	< 0.001
Contact information for infertility associations	20.3	16.4	5.79	0.016

NS = not significant.

Tabell en viser at majoriteten av menn og kvinner som ønsker en bedre medisinsk informasjon og pasient senteret behandling som viktigst. (med pasient senteret behandling menes psykososial service). Men få var enig i at profesjonell psykososial hjelp var viktig, og de hadde lyst å bruke dem. Det som kan leses av den store inntressen for bruke av høye medisinsk teknologi og pasient sentret behandling, kan være den høye belastninger som kommer fra infertilitet. Påvirking i ekteskapet og personlige og sosiale felt. Dette viser nødvendigheten av medisinske og psykososiale informasjon hos helsepersonelle. Dette må integreres i infertilitets behandling, særlig hos par hvor ekteskap står på spill.

Paret må kunne definere sine forventninger før de søker behandling. Parets vurdering av den medisinske og psykososiale behandlings tilbud gjennom og etter avsluttet behandling må også defineres. De som har fått behandling hadde ulike meninger om deres valg. Kvinner mente at de gikk gjennom behandling på grunn av seg selv og deres partner. Menn mente at de gjorde dette for sin partner. Dette kan være ansvarsfølelse menn har for sin partners velvær, eller at kvinne er mer fokusert på graviditet som ett mål i liv. Nesten alle mente at graviditet var viktigere enn å ha barn. Dette kan være en type beskyttelse hvis graviditet ikke fører til å føde levende barn. Resten var interessert i å finne årsaken til sin infertilitet.

Angående forventninger om medisinsk behandling og pasient senteret behandling, var nesten alle enig i at informasjon om behandling, test resultat og mening om at behandling potensialet skulle forklares av helse personelle. Få var interessert i å ta med informasjons hefte hjem eller høre om adopsjons muligheter.

Særlig inntresse var det blant begge kjønn om at helse personellet skulle ta hensyn til deltakerens emosjonelle velvær, enn skriftlig informasjon om psykososiale aspekter eller kontakt og støtte fra andre infertile par. Det var viktig for infertil par til å se at personelle brynde seg om dem og viste forståelse.

Tabell to viser deltakernes forventinger og intensjon til psykososial service tilgjengelighet. Det kommer fram at kvinner var mer interessert om psykososial service som kurs om barnløshet, og sex terapi, enn menn. Men begge kjønn hadde bekreftet lite bruk av slike services.

**Tabell 2**

**Table II.** Professional psychosocial services rated as important by women ( $n = 1169$ ) and men ( $n = 1081$ ) and proportions of women and men who would participate if these services were available at the clinic

Variable	Women (%)	Men (%)	$\chi^2$ (df = 1)	P-value
<b>Considered the professional psychosocial services as important</b>				
Course about childlessness	14.3	8.6	17.95	< 0.001
Professionally led support group	11.7	5.4	28.12	< 0.001
Psychologist	20.8	8.3	69.73	< 0.001
Sex therapist	10.7	6.6	14.69	< 0.001
<b>Would participate if these services were available</b>				
Course about childlessness	13.9	8.9	13.43	< 0.001
Professionally led support group	10.0	4.1	29.29	< 0.001
Psychologist	18.7	7.5	60.14	< 0.001
Sex therapist	8.9	5.7	8.53	0.004

Med tanke på demografiske (alder, antall samliv år, barn sammen...), medisinske årsaker (infertil år, typebehandling...) og psykososiale faktorer (som personlige/ ekteskapelige, sosiale stress,...) som årsak til å søke behandling og bruke av servise, har det kommet ut 3 mulig funn:

- Belastning fra infertilitet var primært assosiert med viktigheten av pasient sentret behandling. Spesielt høye ekteskaplige belastninger for menn, økte mulighet for avgjørelse av adaptasjon.
- Ekteskaplig utnyttelse av infertilitet ved bl.a. infertilitet har ført par nærmere til hverandre, var også assosiert med viktigheten av pasient sentrert behandling både for menn og kvinner.
- Stor alder (over 35 år) har ført til mindre vurdering av psykososial serviser, men medisinsk og pasient sentrert behandling var viktig hos de som ikke hadde barn sammen.

Det som konkluderes er at infertil par forventer å få fra helse personelle en forklaring om både medisinske og psykososiale aspektet av behandling før de starter behandling. De vil ha forklaring om sine test resultater, og de ulike behandlings muligheter, fra medisinsk personelle. Infertil par som hadde stor belastning på deres ekteskap var mest interessert i psykososiale servise.(Schmidt 2003)

Schmidt har undersøkt sammenheng mellom aksept av infertilitet og bearbeidings metoder blant folk av ulike samfunns klasser i København.(Schmidt 2005)

Hun har tatt hensyn til fire ulike bearbeidings metoder av infertilitet blant infertile folk, og deres utdanning, antall samliv år, barn sammen og sosial posisjon. Hun har delt folk i grupper, fra høy klasse til lav klasse(I-V) og laveste gruppe VI.

De ulike metoder typer er:

- Aktiv unngåelses handling, for eksempel å unngå gravide kvinner eller barn, unngå å delta i konsultasjoner
- Aktiv konfrontasjon handling, for eksempel vise følelse, spør andre om råd barnløselighet
- Passive unngåelse handling for eksempel håp på ett mirakel, unngå å høre eller lese om barnløselighet
- Mening basert handling for eksempel å be, finne andre mål i live, sette mer pris på sitt ekteskap

De sosial klasser ble delt i 3 nivåer:

- Høy klasse, gr. I-II, var bestått av profesjonelle folk, embetes menn og folk i høyere ledende stillinger.
- Middel klasse, gr. III-IV, var bestått av folk i ledende stilling og håndverkere
- Lavest, gr. V og VI, var bestått av ufaglærte og semi-faglærte arbeidere og sosial kontor kliner.

Resultatet viste at kvinner fra høyere klasse brukte mindre aktiv konfrontasjon handling og mening basert handling enn kvinner fra lavere klasser. Menn fra høyere klasser brukte mer aktiv konfrontasjon handling enn menn fra middels klasser. Dette kan være deres fokus på problem og å finne årsak og informasjon.

Kvinner og menn fra gr. III -VI brukte mer passiv unngåelse handling strategi i motsetning til folk fra høyere samfunn klasse som brukte mest aktiv unngåelse handling, som å jobbe mer eller andre fritids aktiviteter.

De ulikheter i valg av handling metode hos de ulike samfunns grupper kan forklares sammenheng mellom effekten av barn og sosiale nettverk. De med høyere utdanning utsetter å ha barn, men folk i lavere sosial klasse får ofte barn i unge alder, har flere venner med barn og store familie medlemmer.

Måten en behandler en situasjon på ser ikke ut til å være som en personlig karakter, men som en reaksjon som er adaptert gjennom erfaringer og lært fra sosial omgivelser og referanse grupper.

Folk fra lavere samfunns klasser har store innvirkninger på andres barn. De har fra unge alder, lært til å håndtere situasjoner som graviditet og barn. De brukte mest passiv unngåelse handling strategi om sin infertilitet.

Aktiv unngåelse kan være en beskyttelse mot emosjonelle byrder av infertilitet hos folk i høyere sosial klasse. Derfor må helse personelle i fertilitet klinikker være klar over det store behov for informasjon av folk fra høyere klasser, hvordan de kan takle barnløshet eller andre som er gravid eller har barn.

Det kan være viktig å be infertile par til å følge BDI1(Beck Depression Inventory) score, før behandlings starter, til å se om individ har stor risiko for depresjon, og BDI2 score etter behandling. Dette kan hjelpe behandleren til se hvem har behov til å få psykologisk hjelp føre og gjennom, og etter behandling(Khademi2005, Boivin1997 & 2003).



BDI score mindre eller lik 9 vurderes som normal, BDI score mellom 10-15 viser minimal depresjons symptomer, mellom 16-31 middels, mellom 32-47 moderat, og score over 47 indikerer alvorlig depresjon(Beck1988).

Schmidt(1996) har i sitt forsknings prosjekt, fikk frem hva som gjorde pasient eller infertil par fornøyd eller misfornøyd med behandling.

Hun har kommet med de tingene som har gjort pasientene misfornøyd med behandling:

- Strukturelle forhold, som forskjellige leger, forskjellige personal, lange ventetid.
- Personalets kompetanse, som dårlig kontakt, manglende, forkortet eller uforståelige informasjon, manglende eller ukjent behandlings plan, ikke å bli tatt på alvor, bli holdt utenfor, manglende omsorg, unngåelige feil, manglende tid til samtaler, og manglende kunnskap om adopsjon.

Forholder som har gjort pasient fornøyd var:

- Strukturelle forhold, samme lege og personal, hurtig og effektivt behandlingsforhold.
- Personalets kompetanse, god, åpen kontakt mellom par og behandler, mange
- Korrekt og forståelige informasjon, kjent behandlings plan, å bli tatt på alvor, å bli meddratt i de enkelte undersøkelser og i behandlingsplan, omsorgsfulle.

Psykososiale konsekvenser av infertilitet ble påpekt i ulike studier tidligere (IPPF1984, Abbey 1992).

Den langt vente tiden for å kunne få behandling, og den krevende behandlings metodene kan selv ha vært stress faktor til infertil par (Hynes et al.1992). Noen infertil individer som får god forståelse og støtte fra sin ektefelle, familie, venner og har ingen eller lite behov for psykososiale konsultasjoner. De utrykker mindre stress og bruker mer informasjon hefter eller skaffer seg opplysninger via masse media(Boivin1999).

Boivin og Schmidt(2005) kom på at den infertile kvinnen viser mest negativ psykiske tilstander og trekk, enn menn ved behandlings resultat og antall behandlinger. Disse viser seg i form av personlige, sosiale og ekteskaplige problemer. Og ekteskaplige problemene øker med antall behandling for å bli gravid. Kvinnens stress relaterte til behandling, kan være p.g.a. ansvaret, det er hun som skal bli gravid, og ikke mannen. Hans ansvar er å befrukte. Eller at kvinne vet at hennes stress påvirker på graviditets mulighet og fostret, og blir enda mer stresset. Behandling i lange perioder er ikke alene årsaken til stress hos kvinne, men også direkte effekt av biologiske prosesser og av ektemannens støtte under behandling(Klonoff-Cohen2001)

## Behandling

Boivin(2003) har vurdert alle ulike studier med hensyn til to emner, den ene var beskrivelse av psykososiale innlegg og den andre evaluering av effekt på infertil par. Totalt 380 studier. Analysing av disse studier viser at:

- Arbeid med psykososiale plager var mer effektiv til reduksjon av negative effekter enn personlige forandringer hos infertile par for eksempel ekteskaplige eller sosiale funksjoner.
- Utdanning og trening av ulike metoder, som avslapping, i grupper var mer effektiv enn konsultasjon og prating av emosjonelle følelser.

Det er viktig å vite hvem, hva og når et infertilt individ/par trenger hjelp. Men generelt kan vi si at en del ting må tas vare på. Derfor er det viktige at:

- Pasient får all informasjon om sannsynligheten til en vellykket behandling og at en unngår falske forhåpninger. Dette er særlig viktig i de land som ikke har subsidiert behandling..
- Pasient må informeres om behandlings metodene og fasene som brukes, for å få bedre mental forståelse og kunnskap. Dette vil unnvike negative følelser som kan oppstå etter et mislykket forsøk. Selv mangel på informasjon kan være årsak til redsel og engstelse. Med andre ord mer informasjon og kunnskap om behandling, mer tillit, trygghet og avslappende forhold hos pasienten. Disse kan også føre til at pasient spiller en mere effektiv rolle i sin infertilitets behandling.
- Samarbeid mellom familie rådgiver, psykoterapi, og behandlende lege i infertilitet klinikker føre og gjennom behandling og etter behandlingen, vil støtte og hjelpe par med hensyn til resultat av behandling.
- Fleste studier viste at når årsak til infertilitet var hos kvinnen, var de ofte alene til behandling. Men når årsak lå hos mannen, har kvinne måtte følge sin mann. Derfor er det viktig at begge partnere kommer sammen, for vise sympati, samarbeid, og deling av ansvar mellom seg. Behandlings prosessen vil også gå fortere når begge partene kommuniserer med sin lege. Her er det plass for psykologer til å jobbe med emner og samarbeide med leger.
- Hjelpløshet og skuffelse, redsel og engstelse er de felles emosjonelle problemer hos infertile par. I tillegg til de personlige problemene, er sosiale problemet(som forstyrelse i familie forhold, separasjon, ny kjæreste eller nytt ekteskap), det viktigste problemer som må tas hensyn til. Både personlige og sosiale problemer kan få god hjelp og støtte fra psykologer.
- Det er viktig å gjøre pasienter oppmerksom på at ikke alltid ART fører til graviditet og barn, og andre muligheter, som adopsjon. Fra starten av behandling, kan en psykolog hjelpe infertil par til å være psykisk klar til å ta imot de mulighetene og tenke positivt om dem. Og hvis de velger ett liv uten barn, kan hjelp dem til å finne andre løsninger. Selv om å ha barn enten føde selv eller adoptere, kan dette være veldig viktig og nødvendig til forsterke familie forholdet. Barnløshet kan ikke være så alvorlig problem for et par som har stabil og sterk følelse for hverandre både emosjonelt og sosialt. Disse følelsene er viktig til å beskytte paret mot mobbing, ydmykelse og press fra familie, slektninger og venner til å ikke ha barn. Når et par velger å elske hverandre, respektere hverandre og mener at de utfyller hverandres liv uten å ha barn, fortjener de å leve sammen. Hvis de har valgt ett liv uten barn, må andre og samfunn akseptere og respektere

og støtte dem. Det er helt klart at en psykolog og familie rådgiver kan hjelpe paret til å håndtere situasjonen. Separasjon og skillemessig bør være sist utvei hos infertil par, når paret lider mye av sin infertilitet både psykisk og sosialt.

- Utdanning av helse personelle bl.a. læring av ulike metoder, kunnskap om infertilitet og psykiske plager,... er nødvendig.

## Oppsummering

Dette viser at i fleste samfunns, graviditet og fødsel ses som den mest naturlige, essensielle og sentrale del av livet. Å ikke kunne fullføre dette spontant, gir store psykiske plager og stress hos involvert par. For meg ser det ut til at kvinner fra ikke vestlig land har større vanskeligheter til å akseptere sin infertilitet. Sjalusi, skuffelse og ekteskaplige vansker er noe av hoved problemet og tar lenger tid til for kvinner enn for deres menn til å venne seg situasjonen. Sundby(1999) skriver også at norske infertil par plages ikke så emosjonell av deres infertilitet p.g.a. tilstedeværelse av ulike ideer om kvinnens rolle ved siden av mors rolle.

Det er ulike grader av kulturelle påvirkning på infertilitet, som i Asia, men selv ved ulike kulturelle og etnisk bakgrunn, ulike regioner og normer, reagerer infertile par likt i alle land. De trenger psykiske støtt og hjelp, særlig kvinner med lav sosial og økonomisk status og lav utdanning. Kvinner i infertil forhold uttrykker sterk og intens ønske til å få barn. De lider for sin infertilitet og blir beskyldt for deres barnløshet. De er misfornøyde og sørger ikke bare når de selv er årsak til barnløshet, men også når mannens deres er årsaken til barnløshet og viser høyt nivå av engstelser og depresjoner. Infertilitets typer spiller ingen rolle. Behandlings periode og resultat påvirker på deres psyke, og øker stress og depresjons nivå ved mislykket behandling. Menn reagerer sterk ved sin infertilitet diagnose og føler sin kjønns- identitet er truet, særlig i ikke vestlige land. I slike tilfeller kan de vise like høyt nivå av stress og depresjon som infertile kvinner.

Samfunn og familie rundt infertil par viser lite eller ingen forståelse for deres problem og lidelser. Graden av forståelse varierer med hensyn til ulike kulturer, sosiale klasser, utdanning og sosiale posisjoner. Infertil par trenger ikke bare psykologisk behandling men også forståelse, sympati og støtte, noe som er understreket i ulike studier fra ulike land( khademi2005, Lee et al.2000, Hung Lok et al.2002, Wischmann et al.2001).

Derfor er det viktig å gi riktige støtte og hjelpe til riktig person i riktig tid og lengde.

Infertil kvinne bærer sorgen alene og har ulike psykososiale problemer, kanskje hele livet. De fleste har god effekter av psykososiale behandlings muligheter. Men savn etter deres egne barn vil alltid være med dem. Aksept av barnløshet og bearbeiding av situasjon vil hjelpe individet til å gå over sorgen og utvikle seg i andre områder av livet, som utdanning og yrke. Måten en reager på i en situasjon er avhengig av, blant annet tidligere erfaringer, oppvekst, personlighet, kunnskap, normer, familie og miljø rundt. Selvtillit og sett pris på seg selv er noe som mangler hos en del infertile individer. De trenger hjelp til å se selv et helt menneske, selv ved barnløshet. Psykososiale tjenester kan være gode hjelpe tilbudet til disse mennesker.

## Litteratur liste

- Abbey A, Halman LJ & Andrews FM. Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil Steril*.1992; 57: 122-8.
- Abbey A, Andrews FM& Halman LJ. Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *J Marr Fam* 1992a; 54:408-17
- Abbey A, Andrews FM and Halman LJ. Does becoming a parent increase well being? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 398-403.
- Abbey A., Andrews F.M. & Halman L.J. Psychosocial predictors of life quality. How are they affected by infertility, gender, and parenthood? *J. of Family Issues*. 1994; 15: 253-271.
- Abbey A., Andrews F.M. & Halman L.J. Provision and receipt of social support and disregard: what is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? *J. of Personality and Social Psychology*. 1995; 68: 455-469.
- Andrews FM, Abbey A& Halman LJ. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertile Sterile* 1992; 57: 1247-53
- Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Finland: Natur och kultur, 1991.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM) 1995: News Release. Birmingham, ASRM.
- Beck A, Steer R, Garbin M: Psychometric Properties of the beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*1988, 122-32.
- Berg BJ, Wilson JF & Weingartner PJ. Psychological sequelae of infertility treatment: The role of gender and sex-role identification. *Soc Sci Med* 1991; 33: 1071-80.
- Bernstein J, Potts N. & Mattox J, Assessment of psycho logic dysfunction associated with infertility. *J. of Obstetrics and Gynecology and Neonatal Nursing*. 1985; 14: 63-66.
- Boivin J, Takefman JE, Tulandi T et al. Reactions to infertility base don extent of treatment failure. *Fertil Steril* 1995; 63: 801-7.
- Boivin J. Is there too much emphasis on psychosocial counselling for the infertile patient? *J. Assist. Reprod. Genet*. 1997; 14: 184-186.
- Boivin J, Scanlan L.C. & Walker S.M. Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Hum. Reprod*. 1999; 14: 1384-1391.
- Boivin J. A review of psychosocial interventions infertility. *Social Science & Medicine*.2003; 57:2325-2341.
- Boivin J & Schmidt L. Infertility-related stress in men and women predicts outcome 1 year later. *Fertility and Sterility*. 2005; 83:1745-1752.
- Cates W. Farley, T.M.M and Rowe, PJ. Worldwide patterns of infertility: is Africa different? *Lancet* 1985; 14: 596-598.
- Bromham D.R., Bryce F.C & Balmer B. Psychometric evaluation of infertile couples. *J. of Reprodu. And Infant Psychology*. 1989; 7: 195-202.
- Daniluk J.C. Reconstructing their lives a longitudinal, qualitative, analysis of transition to biological childlessness for infertile couples. *J Counsel Devel*. 2001; 79:439-449.

- Demyttenaer K, Nijs P, Evers. Kiebooms G et al. The effect of specific emotional stress on prolactine, cortisol and testosterone concentrations in women varies with their trait anxiety. *Fertil Steril*. 1989; 52: 942-948.
- Dunkel Schetter C. and Lobel Mm. Psychological reactions to infertility. In *Psychological Adjustment to Infertility* ed. A. x- Dunkel Schetter and A.L. Stanton. 1991: 29-57. Plenum, New York.
- Dyer SJ, Abrahams N, Hoffman M & Spuy Z.M.van. Men leave me as I cannot have children: women's experiences with involuntary childlessness. *Hum Reprod*. 2002; 17: 1663-68.
- Edelmann RJ & Golombok S. Stress and reproductive failure. *J. Reprod. Infant. Psychol*. 1989; 7: 79-86.
- Eldemann RJ, Connolly KJ & Bartlett K. Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *J Psychosom Res* 1994a; 38: 355-64.
- Folkvord S, Odegaard A.O. & Sundby J. Male infertility in Zimbabwe. *Patient Education and Counseling*. 2005; 59:239-243.
- Gindoff PR & Jewelewicz R. Reproductive potential in the older woman. *Fertil Steril*.1986; 46: 989-1001.
- Greil A.L., Leitko T.A. & Porter K.L. Infertility: his and hers. *Gender and Society*. 1988;2:172-199.
- Greil A.L. *Not yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ. 1991
- Greil A.L. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Soc. Sci. Med*. 1997;45: 1679-1704.
- Hidehiko M, Hosaka T, Izumi SI, Suzuki T & Makino T. Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprod*. 2002; 16: 699-969.
- Harrison RF, O, Moore RR. Stress and fertility: some modalities of investigation and treatment in couples with unexplained infertility in Dublin. *Int. J. Fertil*.1986; 31: 153-159.
- Hynes G, Callan D.J, Terry D. & Gallois C. The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: the effects of coping. *British Journal of Medical Psychology*. 1992;65:269-278.
- Hung Lok I, Tak Shing Lee D, Cheung LP, Chug W.S., Kit Lo W. & Haines C.J. Psychiatric Morbidity amongst Infertile Chinese Women Undergoing Treatment with Assisted Reproductive Technology and the impact of Treatment failure. *Gyn. Obst. Invest* 2002; 53: 195-199.
- Hynes G.J., Callan V.J., Terry D.J. & Gallois C. The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: the effects of coping. *British J. of Medical Psychology*. 1992;65: 269-278.
- Høstmark Nielsen G & Raaheim K. *En innføringsbok i Psykologi for universiteter og høyskoler*. Cappelen Akademisk Forlag A/S 1997.
- International Planned Parenthood Federation. Europe region. Psychosocial aspects of involuntary infertility. Report of a Regional Seminar, Espoo, Finland, Sept. 1984.
- Khademi A, Alleyassin A, Aghahosseii M, Ramezanzadeh F & Abhari AH. Pre-treatment Beck Depression Inventory Score is an important predictor for Post-treatment score in infertile patients: a before-after study. *BMC Psychiatry* 2005, 5:25.

- Klonoff-Cohen H, Chu E, Natarajan L & Sieber W. A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization and gamete intrafallopian transfer. *Fertil Steril*. 2001;76: 675-687.
- Kormi-Nouri R, Akhodi MM, Ardakani ZB. Socio. Medical Perspective of childlessness. International Institute for Population Sciences, India, University of Amsterdam, The Netherlands.2002
- Kormi-Nouri R. Psych-social aspects of infertility. *J. Fertility and infertility*. 2000. page 58-79.
- Lalos A, Lalos O, Jacobsson L et al. Depression, guilt and isolation among infertile women and their men. *J Psycho-som Obstet Gynaecol* 1986; 5: 197-206.
- Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York, NY: McGraw- Hill. 1966.
- Lee TY, S.H & Lee MC et al. Psychosocial responses of infertile couples attending an assisted reproduction program. *J. Formosan Med. Assoc.*, 1995; 94: 26-33(Taiwan).
- Lee TY& Sun GH. Psychosocial response of infertile husbands and wives. *Arch Androl*. 2000; 45: 143-8.
- Lee TY, Sun GH & Chao SC. The effects of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives. *Hum. Reprod*. 2001; 16: 1762-1768.
- Merari D, Feldberg D, Elizur A. et al. Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization, *J Assist. Reprod. Genet*. 1992;9: 161-169.
- Maill CE. Perceptions of informal sanctioning and the stigma of involuntary childlessness. *Dev Behav* 1985; 6:383-403
- Maill CE. The stigma of involuntary childlessness. *Soc Prob* 1986; 33:268-82
- Newton C., Hearn M. & Yuzpe A. Psychological assessment and follow up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*. 1990; 54: 879-886.
- Pook M, Röhrle B, Tuschen-caffier & Krause W. Why do infertile males use psychological couple counselling? *Patient Education and Counseling*. 2001;42: 239-245.
- Rabizade Z, Kormi-Nouri R. Cognitive biases in infertility.2001: page 55-69.
- Schmidt L, Muster K, Helm P. Infertility and the seeking of infertility treatment in a representative population. *British J of Obstetrics and Gynaecology* 1995; 102:978-84.
- Schmidt L. Psykosociale konsekvenser af infertilitet og behandling. Avdeling for Social Medicin Københavns Universitet, 1996.
- Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Tjørnhøy-Thomsen T, Blaabjerg J, Hald F, Nyboe Andersen A and Rasmussen PE. Patients`attitudes to medical and psychosocial aspects of (COMP) Research Programme. *Hum Reprod* 2003a; 18:628-37.
- Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Tjørnhøy-Thomsen T, Blaabjerg J, Hald F, Rasmussen PE and Nyboe Andersen A(2003b). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre psychosocial infertility (COMP) Research Programme. *Hum Reprod* 2003b; 18, 2638-46.
- Schmidt L, Christensen U and Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. University of Copenhagen, Institute of Public Health, Department of Social Medicine, Panum Institute. *Hum Reprod* 2005; 20: 1044-52.

- Sandelowski M. Without child: the world of infertile women. *Health Care Women Int.* 1998; 9: 147-161.
- Sundby J. Infertilitet i et psykososialt perspektiv. Et litteraturoversikt. Universitetets Psykiatriske Institutt Vinderen Oslo.1986.
- Sundby J, Guttormsen G. ufrivillig Barnløshed, Årsger, behandling, opplevelse. Danmark, Hans Reitzels Forlag A/ S. 1991.
- Sundby J, Long-term psychological consequences of unwanted infertility: A follow-up study of former patients. *J Women Health* 1992; 1:209-17.
- Sundby Johanne. Infertility – Causes, Care And Consequences. Oslo, Norway 1994.
- Sundby J. Infertility in the Gambia: Traditional and modern health care. *Patient Educ. Couns*; 1997; 31, 29-37.
- Sundby J. Mboge R & Sonko S. Infertility in the Gambia: Frequency and health care seekin. *Soc. Sci. Med.*1998;46: 891-899.
- Sundby J. Sad not to have children, happy to be childless: A personal and professional experience of infertility. *Reprod. Health Matters.*1999; 7:13-19.
- Sundby J. The risks of having children in later life. *BMJ.*2000; 320:1681-2.
- Stanton AL & Dunkel- Schetter C (Ed.). *Perspectives from stress and coping research.* New York, NY: Plenum Press, 1991.
- Wischmann T., Stammer H., Scherg H., Gerhard I. & Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Hum. Repod.* 2001; 16: 1753-1761.
- Ulbrich P.M., Coyle A.T. & Llabre M.M. Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers. *Journal of sex and Marital Therapy.* 1990;16:147-158.
- WHO. Laboratory manual for the examination of human semen and semen-cervical mucus interaction. Geneva: World health organisation:1980.
- Xu L, Ke HX & He FF. Psychological aspects of infertile couples in China. *Zhonghua Fu Chan Ke Zhi.* 1994;29: 232-4, 254-5.
- Folkehelseinstituttet. Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten. 3. utgave, 2005.
- Statistisk sentral byrå på internett/ [www.ssb.no](http://www.ssb.no).