



Af hverju við?

Andleg, líkamleg og samfélagsleg áhrif ófrjósemi á
parasambönd

Lilja Hrönn Gunnarsdóttir

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf
Háskóli Íslands
Félagsvísindasvið



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Af hverju við?

Andleg, líkamleg og samfélagsleg áhrif ófrjósemi á parasambönd

Lilja Hrönn Gunnarsdóttir

240589-2309

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf

Umsjónarmaður: Helga Sól Ólafsdóttir

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2013

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.
© Lilja Hrönn Gunnarsdóttir, 2013

Prentun: Svansprent
Kópavogur, Ísland 2013

Útdráttur

Hvernig við tökumst á við ófrjósemi stjórnast af okkar innri og ytri kröfum og á þeim byggjum við þær hugmyndir sem við höfum um okkur sjálf. Ófrjósemi er álagsþáttur sem hefur áhrif á parasambönd þar sem þráin um að eignast barn er mikil og getur barnleysið haft verulega mikil áhrif á líf þeirra í nútíð og framtíð. Barnleysi hefur áhrif á félagslega, menningarlega og tilfinningalega þætti og gegna þessir þættir lykilhlutverki í hvernig einstaklingar upplifa ófrjósemi. Ófrjósemi er viðurkennt heilsufarsvandamál af Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni og er að finna í öllum samfélögum heimsins. Talið er að eitt af hverjum sex þörum um heim allan glími við ófrjósemi en fer það eftir aðgengi í hverju landi fyrir sig hvort einstaklingar fái þá aðstoð og meðferð sem til þarf. Tilgangur ritgerðarinnar er að varpa ljósi á þá þætti sem hafa áhrif á þör og einstaklinga sem eiga við ófrjósemisvandamál að stríða. Kannaður er þáttur félagsráðgjafa í meðferð þara við ófrjósemi. Niðurstöður rannsóknarinnar eru þær að ófrjósemi hefur áhrif á parasambönd og einstaklingana innan þeirra og eru áhrifin bæði jákvæð og neikvæð. Hlutverk félagsráðgjafa er að fylgja þarinu og einstaklingunum eftir, hjálpa og styðja í gegnum ferlið.

Þakkarorð

Ég vil fyrst og fremst þakka fjölskyldu minni fyrir ómetanlegan stuðning sem þau hafa veitt mér við gerð þessarar ritgerðar. Vil ég þakka þá sérstaklega ömmu og afa og móður minni fyrir yfirlestur og athugasemdir. Þakka ég Helgu Sól Ólafsdóttur fyrir góðar leiðbeiningar og hagnýtar upplýsingar sem hjálpuðu mér við leit að heimildum og uppbyggingu rannsóknarspurninga. Að lokum vil ég þakka Gyðu Eyjólfsdóttur fyrir að hafa gefið sér tíma til þess að ræða við mig og veita mér upplýsingar um viðfangsefni ritgerðar minnar.

Efnisyfirlit

Útdráttur	1
Efnisyfirlit.....	3
Inngangur.....	5
1. Ófrjósemi	6
1.1. Skilgreining á ófrjósemi.....	6
1.2. Tíðni ófrjósemi.....	6
1.3. Áhrifaþættir ófrjósemi	7
1.3.1. Samfélagsleg nálgun	7
1.3.2 Einstaklingsbundin nálgun	8
1.4. Lagarammi ófrjósemi	8
1.5. Kostnaður	9
1.6. Meðferðir og úrræði	10
1.6.1. Tæknisæðing (IUI).....	10
1.6.2. Glasa- og smásjárfrjóvgun (IVF, ICSI)	11
1.6.3. Gjafameðferðir	11
2. Áhrif Ófrjósemi.....	13
2.1. Andleg áhrif ófrjósemi	13
2.1.1. Parasambandið og ófrjósemi.....	14
2.2. Líkamleg áhrif ófrjósemi	15
2.2.1. Áhrif ófrjósemi á kynlíf para	15
2.3. Samfélagsleg áhrif ófrjósemi.....	16
2.3.1. Samfélagslegir þættir, skömm og fordómar	17
2.4. Ófrjósemi, munurinn milli kynjanna.....	18
2.4.1. Áhrif ófrjósemi á líðan karla:	18
2.4.2. Áhrif ófrjósemi á líðan konunnar:.....	18
2.4.3. Val á meðferðum	19

2.5. Álag endurtekina meðferða	19
2.6. Lífið með barnleysi.....	20
3. Ráðgjöf við ófrjósemi í parasamböndum	22
3.1. Móttaka skjólstæðings samkvæmt siðareglum félagsráðgjafa.....	22
3.2. Félagsráðgjöf og parið.....	24
4. Klínísk ráðgjöf við ófrjósemi	25
5. Umræða	27
Heimildarskrá.....	31

Inngangur

Pör og einstaklingar vilja geta stjórnað barneignum sínum og eru hugmyndir um þungun og heilbrigt barn í hugum marga sjálfsgöð. Með því að eignast barn fáum við hlutverk í lífinu, við sköpum eitthvað, við berum ábyrgð, við finnum fyrir stolti, við verðum foreldrar. Að verða foreldri eru forréttindi en því miður eru þau forréttindi ekki allra.

Ófrjósemi er skilgreind sem heilsufarsvandi af Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni þegar þar hefur ekki eignast barn þrátt fyrir að hafa reynt í eitt ár (WHO, 2003). Samkvæmt rannsóknum er ófrjósemi vaxandi vandamál í hinum vestræna heimi (Hardy og Makuch, 2001). Með aukinni þróun í tækni og vísindum varð bylting í meðferð við ófrjósemi. Tæknin gerði það að verkum að fólk sem hafði ekki haft möguleikann á að eignast barn eygði nú von um lausn á barnleysi sínu (Helga Sól Ólafsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir, 2012).

Fyrst og fremst er markmið þessarar ritgerðar að skoða andleg, líkamleg og félagsleg áhrif sem ófrjósemi getur valdið í parasamböndum og á einstaklingana innan þess. Fjallað verður almennt um ófrjósemi, tíðni ófrjósemi, lagarammann um ófrjósemi og hlutdeild í kostnaði ríkisins við niðurgreiðslur meðferðarúrræða vegna ófrjósemi og hverjar séu algengustu tæknifrjóvgunar úrræðin. Fjallað verður um hvernig pör og einstaklingar upplifa endurteknar tæknifrjóvgunarmeðferðir og hvernig þau takast á við barnleysið mörgum árum eftir tæknifrjóvgunarmeðferð líkur. Komið verður inn á hver þáttur félagsráðgjafa er þegar kemur að ráðgjöf í meðferðarferlinu. Rannsóknaspurningar þessarar ritgerðar eru hver andleg, líkamlega og samfélagsleg áhrif ófrjósemi er á pör og einnig hver þáttur félagsráðgjafa sé í ráðgjöf við ófrjósemi.

Við gerð þessarar heimildaritgerðar var heimilda aflað með ýmsum hætti. Leitað var eftir hugtökum líkt og ófrjósemi (e. infertility), frjósemi (e. fertility) og ráðgjöf við ófrjósemi (e. infertility counselling). Unnið var með ritrýndar greinar, rannsóknir og bækur.

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA-prófs í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Ástæðan fyrir efnisvalinu er vegna eigin áhuga til viðfangsefnisins þá sérstaklega hver áhrif ófrjósemi hefur á pör.

1. Ófrjósemi

1.1. Skilgreining á ófrjósemi

Samkvæmt skilgreiningu alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar er ófrjósemi skilgreind sem vanhæfni í að eignast barn og eru þör skilgreind ófrjó eftir að hafa stundað óvarið reglulegt kynlíf í eitt ár án þess að þungun hafi átt sér stað (WHO, 2003). Skilgreind hafa verið tvö stig ófrjósemi. Fyrsta stig ófrjósemi er skilgreind þegar kona getur ekki eignast barn, hvort sem það er vegna þess að hún getur ekki orðið þunguð, nær ekki að ljúka þungun með fæðingu lifandi barns eða upplifir tíð fósturlát. Annars stigs ófrjósemi er skilgreind þegar kona getur ekki eignast barn, hvort sem það er vegna þess að hún getur ekki orðið þunguð, nær ekki að ljúka þungun með fæðingu lifandi barns eða upplifir tíð fósturlát eftir að hafa áður fætt lifandi barn (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel og Stevens, 2012). Orsök ófrjósemi liggur jafnt hjá báðum aðilum en stundum er engin skýring á ástæðum hennar (WHO, 2003). Talið er að um 8-10% einstaklinga upplifi ófrjósemi einhvern tímann á frjósemis skeiði sínu og fer sá hópur stækkandi (WHO, 2003). Hátt í ein milljón barna hafa fæðst með hjálp tæknifrjóvgunar á tímabilinu 1978-2002 frá því hin svokallaða „in vitro“ aðgerð var framkvæmd árið 1978 en það er þegar egg konu er frjóvgað með sáðfrumu karls, utan líkama hennar (Vayena, Rowe, Griffin og Türmen, 2001).

1.2. Tíðni ófrjósemi

Ófrjósemi er að finna í öllum samfélögum heims líkt og með flesta sjúkdóma. Reikna má með að ófrjósemi sé í kringum 3,5% til 16,7% í hinum vestræna heimi. Í vanþróuðum löndum má reikna með að hún sé í kringum 6,9% til 9,3% (Boivin, Bunting, Collins og Nygren, 2007). Rannsókn bendir til þess að 56% þæki sér aðstoðar vegna ófrjósemi (Boivin, o.fl., 2007). En ástæða þess að fleiri sækja sér ekki aðstoðar getur verið vegna misskiptingar aðgengis í heiminum. Með því er átt við að það hafi ekki allir sömu möguleikana á að leita sér aðstoðar (Sól Ólafsdóttir, Wikland og Möller, 2009). Ófrjósemi þæki er í 25-40% tilfella rakin til líkamlegra orsaka en í 10-20% tilfella er ástæðan óþekkt (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Ófrjósemi karla er í 20-30% tilfella rakin til líkamlegra orsaka en það er sambærileg tíðni og

hjá konum eða í 20-35% tilfella og flestar tæknifrjógungar sem framkvæmdar eru á konum eru á aldrinum 30-39 ára (ESHRE, 2011). Fyrsta glasabarnið sem getið var með aðstoð tæknifrjógungar var árið 1978 í Englandi. Fyrsta glasabarn Norðurlandanna kom hins vegar í heiminn í Svíþjóð árið 1982 (Brown, 2011) og á Íslandi árið 1992 (Art Medica, e.d.-a). Það er áætlað að um heim allan hafi fæðist 5 milljónir barna vegna tilkomu tæknifrjógungar (ESHRE, 2011). Árið 2006 fæddust 3400 börn með aðstoð tæknifrjógungar í Svíþjóð, 2600 börn í Danmörku, 1600 börn í Noregi og um það bil 2000 börn í Finnlandi (de Mouzon, Goossens, Bhattacharya, Castilla, Ferraretti og Korsak, 2010). Árið 2010 fæddust samtals 189 börn á Íslandi með aðstoð tæknifrjógungar (Landspítalinn, 2011) en samkvæmt Art Medica fæðast að meðaltali 120 börn á ári með aðstoð tæknifrjógunga (Art Medica, e.d.-a). Síðan árið 1992 þegar fyrsta glasabarnið var getið hér á Íslandi með aðstoð tæknifrjógungar hefur um það bil þriðja hver meðferð leitt til þungunar og fæðingar (Art Medica, e.d.-a). Talið er að yfir 80 milljón manna um heim allan glími við ófrjósemi og talið er að eitt af hverjum tíu þörum glími við ófrjósemi. Á milli landa er tíðni ófrjósemi misjöfn allt frá undir 5% upp í 30% para (Vayena, o.fl., 2001). Til að mynda er eitt af hverjum sjö þörum í Englandi, eða um 14%, sem eiga við ófrjósemi að stríða (Harrison, 2007).

1.3. Áhrifaþættir ófrjósemi

Rannsóknir frá árinu 2000 sem gerðar voru í Bandaríkjunum sýndu talsverða aukningu á ófrjósemi og það mátti skýra með betri tækni við að greina vandann (McGoven, Llorens, Skurnick, Wiss og Goldsmith, 2004). Ástæða ófrjósemi er aðallega út frá breytingum á samfélagslegum kröfum og annars vegar út frá einstaklingnum sjálfum.

1.3.1. Samfélagsleg nálgun

Mikil breyting hefur orðið á síðustu áratugum hvað snertir fjölda barna í fjölskyldum og aldur foreldra á vesturlöndum. Ein af ástæðum þess er tilkoma öruggra getnaðarvarna sem gefur fólki möguleika á að stjórna barneignum sínum. Aukin menntun og atvinnuþátttaka kvenna hefur orðið til þess að konur eignast börn síðar á ævinni (WDPS, 2005). Árið 1980 var meðalaldur frumbyrja rétt undir 22 árum en rétt eftir miðjan níunda áratuginn hækkaði meðalaldur í rúm 26 ár á árunum 2006-2010 (Hagstofa Íslands, 2011). Með hækkandi aldri kvenna aukast líkur á erfiðleikum við þungun að öðru barni sem einnig er skilgreint sem

annars stig ófrjósemi. Hættan við ófrjósemi er í kringum 5-6% þegar konur eru á aldrinum 20-24 ára en sú talar hækkar talsvert eftir að kona nær 30-35 aldri eða í kringum 16% (Menken, Trussell og Larsen, 1986).

Óheilsusamlegur streituvaldandi lífsstíll samanber reykingar, offita, vannæring ásamt óhófi á áfengis- og koffeinneyslu valda erfiðleikum á þungun (Barbieri, Sluss, Powers, McShane, Vitonis, Ginsburg, o.fl., 2005., Fedorcák, Dale, Storeng, Erzeid, Bjerck, Oldereid, o.fl., 2004., Winter, Wang, Davies og Norman, 2002).

Hraðinn í samfélaginu ásamt breyttu sambúðarformi para svo sem fjarbúð og sérbúð getur einnig haft áhrif (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Í rannsókn Domar og félaga (1993) kom fram að það getur valdið konum jafn mikilli streitu og álagi að greinast með ófrjósemi eins og að greinast með krabbamein, HIV eða aðra skaðlega sjúkdóma.

1.3.2 Einstaklingsbundin nálgun

Ófrjósemi orsakast einnig af líffræðilegum ástæðum. Hjá 30% para sem leita sér aðstoðar vegna ófrjósemi liggur ástæða ófrjóseminnar hjá manningnum, þriðjungi tilfella hjá konunni og að lokum getur einnig verið vandamál hjá báðum aðilum. Óútskýranleg tilvik eru í kringum 10% (McGrail, 1999). Líffræðilegar ástæður ófrjósemi geta verið meðfæddar eða afleiðingar sjúkdóma svo sem litningagalla, kynsjúkdóma, samanber klamydíu, móðurlífsbólgu hjá konum og blöðruhálskirtisbólga hjá körlum (Lundberg, 2002). Lyfja- og geislameðferðir gegn krabbameini hafa áhrif á frjósemi hjá báðum kynjum (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Vandamál hjá konum geta verið hormónalegs eðlis, vegna vandamála í eggjaleiðurum, eggjastokkum og í legi sem skapast vegna skorts á gæðum eggjanna. Þá hefur aldur eggjanna einnig alvarleg áhrif á frjósemi kvenna. Hjá körlum geta stíflaðar sáðrásir og gæði sæðis ásamt magni þess verið vandmál (McGrail, 1999).

1.4. Lagarammi ófrjósemi

Nauðsynlegt er að tæknifrjógungu sé bundin við lög þar sem tæknivísindin eru í sífelldri þróun og spurningar um siðfræði geta oft orðið að vafamáli. Lögin snúa að því hverjir mega framkvæma meðferðir, á hverjum er leyfilegt að framkvæma þessar meðferðir, hvað megi gera og hvað megi ekki gera. Lögin um tæknifrjógungu hafa á síðustu árum orðið samfeldari og jafnari á milli Norðurlandanna (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012). Hérlandis eiga pör, lesbíur og

konur sem eru ekki í sambúð möguleika á að nýta sér tæknifrjóvgun ef um barnleysi er að ræða. Hins vegar hafa einstæðir karlmenn og samkynhneigðir ekki aðgang að meðferðarúræðum hjá meðferðarstofnunum þar sem staðgöngumæðrun er bönnuð á Norðurlöndunum (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012) og samkvæmt 5 gr. laga nr. 55/1996 um lög um tæknifrjóvgun og notkun kynfrumna og fósturvísa manna til stofnfrumurannsókna er staðgöngumæðrun bönnuð á Íslandi.

1.5. Kostnaður

Kostnaður vegna tæknifrjóvgunarmeðferða er að hluta fjármagnaður af ríkinu (Hovatta og Cooke, 2006., Collins, 2002). Í Finnlandi ræður til dæmis aldur kvenna hversu mikinn stuðning þær fá frá ríkinu. Því eldri sem konan er minnka líkur á því að tæknifrjóvgunarmeðferð heppnist (Klemetti, Gissler, Sevón og Hemminki, 2007). Kostnaður vegna heilbrigðiskerfa á Norðurlöndunum (Finnland, Danmörk, Ísland, Svíþjóð og Noregur) er í kringum 8-9% af heildarútgjöldum ríkjanna samanber 7,5% í allri Evrópu þar sem Turkmenistan er með lægstu útgjöld eða 2,6% og Frakkland með hæstu eða 11% (WHO, 2010). Niðurstöður rannsóknar Helgu Sólar Ólafsdóttur um ófrjósemi á Norðurlöndunum gefa til kynna að munur er á milli niðurgreiðslna á milli Norðurlandanna sem sýnir mun á fjármagni heilbrigðiskerfanna á öllum fimm Norðurlöndunum (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012). Á Norðurlöndunum eru meðferðir með tæknifrjóvgunum fjármagnaðar af hinu opinbera og eru niðurgreiddar að fullu eða að eitthverjum hluta (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012).

Frá 1. janúar 2012 hafa einstaklingar sem hafa leita sér hjálpar með tæknifrjóvgun hér á Íslandi þurft að greiða að fullu fyrir fyrstu meðferð glasafrjóvgunar og smásjárfrjóvgunar. Ef einstaklingar þurfa á fleiri meðferðum að halda þá greiða Sjúkratryggingar Íslands 65% kostnaðar næstu fjórar meðferðir en eftir fjórðu meðferðina þarf að greiða aftur fullt gjald fyrir meðferð (Art Medica, e.d.-b., Sjúkratryggingar Íslands, 2011). Ef þar eða einstaklingar sem eiga eitt barn og þurfa á meðferð að halda til að eignast annað barn hefur kostnaður meðferðar numið um 15% af heildarkostnaði tæknifrjóvgunarmeðferðar (Sjúkratryggingar Íslands, 2011). Til að mynda þurfa einstaklingar sem gangast undir glasafrjóvgun árið 2013 að borga 376.055 krónur fyrir meðferðina samkvæmt gjaldskrá Art Medica (Art Medica, e.d.-b.). Árið 2011 var meðferðin niðurgreidd samkvæmt gjaldskrá Art Medica um 314.360 krónur (Sjúkratryggingar Íslands, 2011., Art

Medica, e.d.-b). Ísland var í fimmta sæti í Evrópu hvað varðar aðgengi að tæknifrjóvgunarmeðferðum, ef miðað var við fólkfjölda og fjölda meðferðartilrauna (de Mouzon o.fl., 2010). Vegna breyttra niðurgreiðslna er aðgengi misskipt en víða á Norðurlöndunum eru allt að fjórar meðferðartilraunir niðurgreiddar að fullu fyrir einstaklinga og þör sem eiga við barnleysi að stríða (Sol Olafsdóttir, o.fl., 2009).

1.6. Meðferðir og úrræði

ART Medica er eina fyrirtækið á Íslandi sem sérhæfir sig í tæknifrjóvgunum (Art Medica, e.d.-c) og vinnur samkvæmt reglum Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytisins um tæknifrjóvgun nr. 568/1997 (Art Medica, e.d.-c). Samkvæmt opinberum upplýsingum um Art Media vinna þar faglærðir sérfræðingar og er markmið þeirra að hjálpa einstaklingum og þörum að eignast barn, veita góða þjónustu og fylgjast með og þróa nýjungar í tæknifrjóvgunum (Art Medica, e.d.-c). Tæknifrjóvgun er þegar getnaður verður til á annan hátt heldur en með samförum pars (Art Medica, e.d.-a).

Undir tæknifrjóvganir flokkast mismunandi meðferðir og úrræði eins og tæknisæðing (IUI), glasafrjóvgun (IVF) og smásjárfrjóvgun (ICSI). Einnig eru önnur úrræði og aðrar meðferðir, samanber tæknisæðing með gjafasæði (AID), gjafa fósturvísar (ED), gjafaegg (OD), staðgöngumæðrun og hormónameðferð vegna ófrjósemi (Art Medica, e.d.-a., Helga Sól Ólafsdóttir, 2012). Önnur úrræði eru einnig ættleiðing eða að taka að sér fósturbarn (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012). Hér að neðan verður fjallað um þær tæknifrjóvganir sem snúa að tæknisæðingu, glasa- og smásjárfrjóvgun og gjafameðferðir.

1.6.1. Tæknisæðing (IUI)

Tæknisæðing er oftast fyrsta meðferð við barnleysi en hún er notuð ef orsök ófrjósemi er óþekkt. Þá hefur verið athugað hvort tíðahringur konunnar er eðlilegur, eggjaleiðarar opnir og sæði maka er talið eðlilegt (Art Medica, e.d.-a). Líkurnar á að verða þunguð eftir tæknisæðingu á Íslandi eru í kringum 16-17%. Tæknisæðing er einnig notuð ef ástæður fyrir barnleysinu eru samverkandi þættir, svo sem legslímhimnuflakk eða óreglulegt egglos (Art Medica, e.d.-a). Með tæknisæðingu er átt við að sæðisfrumum er komið fyrir efst í legholi konunnar en með því komast fleiri sæðisfrumur út í eggjaleiðarana sem auka líkur á getnaði. Með tæknisæðingu ná 50 til 100 sinnum fleiri sæðisfrumur að komast út í eggjaleiðarana en

við eðlilegar samfarir (Art Medica, e.d.-a). Tæknisæðing er framkvæmd með tvenns konar hætti annars vegar með eða án hormónameðferðar. Hormónameðferð er oft notuð samhliða tæknisæðingu til að auka líkur á þungun. En við hormónameðferð þá þroskast að jafnaði eitt til tvö egg á meðan einungis eitt egg þroskast á eðlilegum tíðahring konunnar (Art Medica, e.d.-a). Oft eru framkvæmdar ein til fjórar meðferðir með tæknisæðingu en ef þungun hefur ekki átt sér stað eftir þann tíma er mælt með að reynt sé við glasa- eða smásjárfrjóvgun (Art Medica, e.d.-a).

1.6.2. Glasa- og smásjárfrjóvgun (IVF, ICSI)

Árið 1978 heppaðist í fyrsta skipti á Englandi fyrsta glasafrjóvgunarmeðferðin í heiminum og fyrsta glasabarnið fæddist (Art Medica, e.d.-a). Glasafrjóvgun fer þannig fram að eggjastokkarnir eru örvaðir til að framleiða fleiri eggfrumur en venjulega. Eftir það eru eggfrumurnar teknar úr eggjastokkunum en það er gert með ómstýrðri ástungu um leggöng konunnar. Eggfrumurnar eru síðan frjóvgaðar á rannsóknarstofu og einum eða fleiri fósturvísnum er komið fyrir í legholi konunnar (Art Medica, e.d.-a). Um það bil þriðja hver meðferð leiðir til þungunar og fæðingar. Glasafrjóvgun er notuð þegar barnleysið er vegna óþekktra ástæðna og tæknisæðing hefur ekki borið árangur. Einnig ef eggjaleiðarar eru skaddaðir, truflun er í egglosunarferlinu og ef konan hefur oftast en einu sinni fengið utanlegsfóstur (Art Medica, e.d.-a). Smásjárfrjóvgun er hins vegar notuð þegar glasafrjóvgun hefur verið reynd áður og frjóvgun ekki orðið, þegar fjöldi og hreyfanleiki sæðisfrumna er skertur eða ef ástæður eru aðrar, eins og til dæmis lokaðir sæðisgangar hjá karli. Í þeim tilfellum þarf að gera ástungu á eistum til að sækja sæðisfrumur. Ef sæði hefur verið fryst af einhverjum ástæðum þarf alltaf að framkvæma smásjárfrjóvgun (Art Medica, e.d.-a).

1.6.3. Gjafameðferðir

Gjafameðferðir eiga bæði við um gjafasæði og gjafaegg. Sæðisgjöf er elsta meðferð vegna erfiðleika við þungun (Schenker, 2005). Hún hófst á Íslandi 1977-1978 í samvinnu við sæðisbanka í Danmörku. Þar sem hormónagjöf er nauðsynleg fyrir konur sem gefa egg tók það lengri tíma að þróa það ferli. Í Danmörku getur kona einungis gefið gjafaegg sem er í tæknifrjóvgunarmeðferð. Eggjagjöf var leyfð í Svíðþjóð árið 2003 en aðeins gegn því skilyrði

að barnið fengi að vita um gjafann eftir 18 ára aldur. Á Íslandi var eggjagjöf leyfð árið 1999 (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006).

2. Áhrif Ófrjósemi

Hér á eftir verður greint frá því hver áhrif ófrjósemi hefur á parasamband og báða einstaklinga innan þess. Þrír þættir hafa verið greindir sem hafa hvað mest áhrif á líðan para eru það andleg líðan, líkamleg líðan og samfélagsleg áhrif. Andleg líðan lýsir sér til dæmis í þeim tilfinningum og upplifun einstaklinga sem eru að takast á við ófrjósemi, tæknifrjóvgunarmeðferð, niðurstaðna og ákvarðana. Líkamleg líðan birtist á þann veg hjá einstaklingum að vanlíðan getur fylgt tæknifrjóvgunarmeðferðum og hversdagslegir hlutir líkt og kynlíf getur raskast. Samfélagsleg upplifun getur verið til að mynda fordómar, skömm og félagslegt álag.

2.1. Andleg áhrif ófrjósemi

Eins og áður hefur komið fram er vitað að ófrjósemi hefur áhrif á andlega líðan einstaklinga og para (Verhaak, Smeenk, van Minnen, Karmer og Kraaimaat, 2005., Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad og Lalos, 2007). Þó svo að tæknifrjóvgun geri þörum og einstaklingum kleift að eignast börn hafa rannsóknir sýnt fram á að hún getur einnig valdið neikvæðri andlegri líðan einstaklinga (Oddens, den Tonkelaar og Nieuwenhuysen 1999., Ragni, Mosconi, Baldini, Somigliana, Vegetti, Caliani og Nicolosi 2005., Schmidt, Holstein, Christensen og Boivin, 2005). Konur virðast upplifa meira andlegt álag heldur en karlar (Volgsten, Skoog-Svanberg, Ekselius, Lundkvist og Poromaa, 2008). Þá hefur verið sýnt fram á að konan getur orðið fyrir alvarlegri kíðaröskun og jafnvel þunglyndi á meðan parið er í tæknifrjóvgunarmeðferð (Volgsten, o.fl., 2008). Aftur á móti eru þessar niðurstöður ekki endilega marktækar þar sem margir þessara einstaklinga hafa hugsanlega áður verið haldnir kvíðaröskun og þunglyndi (Oddens, o.fl., 1999., Ragni o.fl., 2005., Schmidt o.fl., 2005., Volgsten, o.fl., 2008).

Ann Lalos (1985) framkvæmdi rannsókn á tilfinninga- og félagslegum þáttum ófrjósemi. Var hún gerð á einstaklingum sem áttu við ófrjósemisvandamál að stríða. Alls tóku 30 konur og 29 karlar þátt. Meirihluti þátttakenda sögðu að glasafirjóvgunarmeðferð hefði haft áhrif á samband þeirra tveimur árum fyrir og eftir meðferð. Áhrifin sem ófrjósemin hafði á einstaklingana voru bæði jákvæð og neikvæð. Neikvæðu áhrifin sköpuðust vegna ágreinings á milli þeirra sem ófrjósemin skapaði og þau fjarlægðust hvort annað. Jákvæðu

áhrifin voru þau að það skapaði samkennd sem styrkti sambandið (Lalos, 1985). Þeir karlar sem svöruðu því að ófrjósemi hefði valdið neikvæðum áhrifum á parasambandið töldu að óhamingjan hefði aukist tveimur árum eftir glasafrjóvgunarmeðferðina (Lalos, 1985). Þegar litið er til lengri tíma virðist sem konur jafni sig andleg og nái jafnvægi á ný (Verhaak, o.fl., 2005).

2.1.1. Parasambandið og ófrjósemi

Ófrjósemi hefur áhrif bæði á parasambandið og einstaklinga innan þess. Þör byrja mun seinna en áður að eignast börn og getur það stafað af auknum kröfum frá samfélaginu bæði um menntun og atvinnu (Helga Sól Ólafsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir, 2012). Ófrjósemi hefur áhrif á andlega líðan þara í samböndum (Lalos, 1985., Domar, Zuttermeister og Friedman, 1993). Þunglyndi, kvíði og lágt sjálfsmat eru meðal þeirra þátta sem nefndir hafa verið og getað valdið minni ánægju í samböndum (Oddens, o.fl., 1999., Schmidt, o.fl., 2005). Einnig getur langvarandi ófrjósemi valdið tilfinningalegu álagi og hefur sá þáttur áhrif á sambandið (Schmidt, 2006., Schmidt, Christensen og Holsteins, 2005). Rannsóknir sýna fram á að þau þör sem þurfa að ganga í gegnum tæknifrjóvganir þurfi vanalega meiri stuðning og fræðslu þegar þungun á sér stað heldur en önnur þör og því sé mikilvægt að góður stuðningur sé í boði (Koivurova, Hartikainen, Karinen, Gissler, Hemminki og Martikainen, 2002). Bent hefur verið á með rannsóknum að kvíði, þunglyndi og streita sé algeng hjá þörum þar sem þungun hefur heppnast með aðstoð glasafrjóvgunar (Hjelmstedt, Andersson, Skoog-Svanberg, Bergh, Boivin og Collins, 1999., Ulrich, Gagel, Hemmerling, Pastor og Kentenich, 2004). Aftur á móti hefur einnig verið sýnt fram á það í nýrri rannsóknum að konur sem upplifa þunglyndi stuttu eftir glasafrjóvgunarmeðferð eru líklegri til þess að eiga við þunglyndi seinna meir á ævini (Verhaak, o.fl. 2005).

Álykt má út frá rannsóknum hér að ofan að þau andlegu áhrif sem ófrjósemi hefur á parasamband eru hvort tveggja jákvæð og neikvæð. Jákvæðu þættirnir eru að parið verður bæði nánara og samkenndin verður meiri. Neikvæðu þættirnir eru að ófrjósemin skapar ágreining og parið fjarlægist hvort annað. Meðal þeirra þátt sem nefndir hafa verið geta kvíði, þunglyndi og streita valdið minni ánægju í parasamböndum.

2.2. Líkamleg áhrif ófrjósemi

Tæknifrjóvgunarmeðferð til langstíma hefur í för með sér ýmsa líkamlega kvilla. Meðal annars getur hún aukið líkur á leg-, brjósta- og eggjastokkakrabbameini. Ekki er þó hægt að sýna fram á með óyggjandi hætti að sú fylgni sé eingöngu tengd meðferðinni en ekki sjálfri ófrjóseminni (Gelbaya, Tsoumpou og Nardo, 2010).

Oförvun getur orðið á meðan að hormónagjöf á sér en með henni er átt við að of mörg eggbú myndast og þarf þá að hætta meðferð tímabundið meðan að konan jafnar sig, en það gerist í 0,5-5% tilfella. Helstu aukaverkanir oförvunar eru geðsveiflur, höfuðverkur, þreyta, hita- og svitakóf, þyngdaraukning, andþyngsl og óþægindi neðarlega í kvíðarholi (Delvigne og Rozenberg, 2002., ART Medica, e.d.-a).

2.2.1. Áhrif ófrjósemi á kynlíf para

Ófrjósemi hefur áhrif á hjúskaparlíf para í mörgum tilfellum. Fer það meðal annars eftir því hvort pör eru ennþá að reyna að verða þunguð heima fyrir. Það getur myndast álag og hafa pör lýst því að kynlíf hafi orðið ópersónulegt og vélrænt. Ástríða og nánd hverfi vegna tímahraks og skyldu (Möller, 2001., Wirtberg, o.fl., 2007).

Samkvæmt rannsókn Slade þar sem hann rannsakaði langtímaáhrif tæknifrjóvgunarmeðferða á parasambönd koma í ljós að konur sem hefðu orðið þungaðar í loka meðferðar urðu síður þunglyndari heldur jákvæðari um parasambönd sín (Slade, Emery og Lieberman, 1997). Rannsókn Beaurepaire og fleiri (1994) benti á að körlum fannst ófrjósemi hafa valdið verulegum áhrifum á kynlífið og mun meira heldur en konum þeirra (Beaurepaire, Jones, Thiering, Saunders og Tennant, 1994). Þrír þættir hafa verið greindir hjá bæði konum og körlum þegar þau upplifa ófrjósemi.

Karlmenn:

1. Karlmennska minnkar og það er samfélagsleg pressa að eignast barn.
2. Tilgangur lífsins er að eignast barn.
3. Ófrjósemi hefur neikvæð áhrif á kynlíf.

Hjá konum og mönnum skarast liðir eitt og tvö.

Konur:

1. Tilgangur lífsins er að eignast barn.
2. Sjálfstraust minnkar og það er samfélagsleg pressa að eignast barn.
3. Ófrjósemi hefur neikvæð áhrif á kynlíf.

(Hjelmstedt, o.fl., 1999).

Lalos (1985) greindi frá því í rannsókn sinni að ófrjósemi hefði talsverð áhrif á kynlíf einstaklinga og væri jafnvel flóknustu tilfinningavandamál para (Lalos, 1985). Skipulagt kynlíf var talið íþyngjandi og meiri hluti einstaklinga svöruðu því að ófrjósemi hefði haft neikvæð áhrif á ánægju kynlífsins og dregið úr nánd. Ástæður minnkandi ánægju í kynlífi var hægt að rekja til álags og kvíða sem fylgdi því að þör gætu ekki átt barn saman í gegnum samfarir (Lalos, 1985).

2.3. Samfélagsleg áhrif ófrjósemi

Það er ríkt í okkar samfélagi að eiga börn. Einstaklingar eru gjarnir á að spyrja „Afhverju eru þið ekki komin með börn?“ og „Hvenær eignist þið börn?“ án þess að hugsa endilega út í hvort einstaklingar geti yfir höfuð eignast börn. Þegar spurningar sem þessar eru spurðar er hætta á að einstaklingar sem eiga við ófrjósemi að stríða eigi erfitt með að svara.

Rannsókn Helgu Sólar Ólafsdóttur leiddi í ljós nokkra þætti sem hafa áhrif á hvenær einstaklingar telja sig tilbúna í foreldrahlutverkið. Áhrif frá fjölskyldu, ættingjum og vinum voru þar efstir á blaði. Það sem hafði einnig áhrif á þá ákvörðun einstaklinga að verða foreldri var að vera í samfloti með vinum sínum með barneignir og samfélagslegar athafnir sem þeim fylgja. Hræðsla við einangrun og það að verða að umtalsefni í vinalópnum var einnig viss þáttur í ákvörðuninni (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012). Umræðan um barneignir og þunganir í vinalópnum kveikti löngun einstaklinga til að verða foreldrar ásamt því að verða vitni af vinum í foreldrahlutverkum. Einnig fundu einstaklingar fyrir þrýstingi frá fjölskyldunni og þá sérstaklega frá foreldum sínum sem vildu verða amma og afa en einnig óskuðu þau eftir því að geta gefið barni sínu möguleika á að njóta samvista við afa og ömmu (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012).

2.3.1. Samfélagslegir þættir, skömm og fordómar

Ófrjósemi þekkist í öllum samfélögum eins og hvert annað heilsufarsvandamál og er það háð samfélagsgildum. Barneignir er flókið menningarbundið fyrirbæri og er stefnumótun um meðferð við ófrjósemi því mismunandi eftir löndum. Fjölskyldustefna í hverju landi fyrir sig hefur mikið að segja um fæðingartíðni ásamt hversu gott aðgengi er að tæknifrjógvunum. Fæðingartíðni hefur þó ekki lækkað jafn hratt á Norðurlöndunum eins og í öðrum vestrænum ríkjum (Helga Sól Ólafsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir, 2012). Mismunandi áhersla er á milli landa hvað varðar tæknifrjógvunarmeðferðir. Í menningu Ísraelsmanna er *pronatalismi*, þar sem segir að fjölskyldan sé númer eitt í samfélaginu og hagsæld og vellíðan þjóðarinnar byggist á því (Birenbaum-Carmeli og Dirnfeld, 2008). Tæknifrjógvunarmeðferðir hófust í Ísrael á árunum 1982-1983 og var þessum tækninýjungum tekið með opnum huga því Ísraelsmenn leggja allt kapp á að fjölskyldan verði sem stærst. Hins vegar var lítið fjallað um neikvæðu hliðar meðferðarinnar (Birenbaum-Carmeli, Carmeli og Choen, 2000). Kanadamenn sem innleiddu tæknifrjógvunarmeðferðir á sama tíma voru hins vegar á annarri skoðun en Ísraelsmenn hvað varðaði tæknifrjógvunarmeðferðirnar og litu þeir á hana með tortryggni og fyrirvara. Töldu þeir að ávinningurinn af meðferðinni væri óljós og sköpuðust umræður í samfélaginu um ýmiss siðferðisleg álitamál svo sem staðgöngumæðrun og klónun (Birenbaum-Carmeli, o.fl., 2000). Samanburður milli þessara tveggja landa Kanada og Ísreal sýnir greinilegan mun á mismunandi viðhorfum til tæknifrjógvana.

Árið 1995 birtu Whiteford og Gonzalez rannsókn á því hvort einstaklingar upplifðu fordóma vegna ófrjósemi. Hvernig þör upplifa ófrjósemi fer oft eftir samfélagslegum, læknisfræðilegum og félagslegum þáttum hverju sinni. Konur geta upplifað ófrjósemi sem falda skömm (Whiteford og Gonzalez, 1995). Sumum konum fannst það svo skammarlegt að vera ófrjóar að þær leituðu sér aldrei hjálpar vegna þess (Whiteford og Gonzalez, 1995). Einnig getur lélegt aðgengi að hjálp verið áhrifavaldur þess að þær leituðu sér ekki aðstoðar (Sol Olafsdóttir o.fl., 2009). Rannsóknin leiddi í ljós að konur upplifðu fordóma en þá aðallega vegna samfélagslegra gilda sem komin eru til vegna hugmynda um hlutverk kynjanna (Whiteford og Gonzalez, 1995). Vegna staðalímynda upplifðu konur sig sem gallaðar ef þær uppfylltu ekki þau skilyrði sem búist var við af þeim. Þær upplifðu sig þannig að þær þyrftu að gera allt til að mæta kröfum samfélagsins (Whiteford og Gonzalez, 1995). Niðurstaða rannsóknarinnar var sú að konur upplifðu sig undir mikilli pressu við að halda tæknifrjógvunarmeðferðum áfram þar til árangur hefði náðst og að allir möguleikar hefðu

verið reyndir (Whiteford og Gonzalez, 1995). Aftur á móti þarf ófrjósemi ekki að endurspeglast í fordómum samfélagsins (Whiteford og Gonzalez, 1995).

2.4. Ófrjósemi, munurinn milli kynjanna

Rannsóknir hafa bent til þess að konur bregðast verr við ófrjósemi en karlar (Holter, Anderheim, Bergh og Möller, 2006., Jordan og Reverson, 1999) en færri rannsóknir hafa verið gerðar á áhrifum ófrjósemi á karla og því hvernig þeir takist á við ófrjósemi (Jordan og Reverson, 1999). Algengara er að annar aðilinn innan sambandsins greinist ófrjór og hefur það mismunandi áhrif á einstaklingana innan parasambandsins (Jordan og Reverson, 2006).

2.4.1. Áhrif ófrjósemi á líðan karla:

Karl sem upplifir ófrjósemi finnur oft fyrir reiði, vanmætti og afneitun (Kowalcek, Wihstutz, Buhrow og Diedrich, 2001). Helsti munurinn á karli og konu er sá að karlinn getur átt erfiðara með að vinna úr tilfinningum sínum og gerir það á annan hátt en konan (Kowalcek, o.fl., 2001). Karlinn upplifir sig oft í stuðningshlutverki og lætur sorgir og tilfinningar konu sinnar ganga fyrir sínum eigin. Hins vegar lítur karlinn á konuna sína sem sinn helsta stuðning (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012). Reiðin hans beinist oft gegn kerfinu með því að kenna læknum og öðrum um (Kowalcek, o.fl., 2001). Þar sem karlinn tjáir sig sjaldnar um tilfinningar sínar er erfitt að vita hversu raunveruleg áhrif ófrjósemin eru á streitu og álag hjá honum (Kowalcek, o.fl., 2001). Ef orsök ófrjóseminnar liggur hjá báðum einstaklingum breytist umgjörðin og hvernig unnið er úr barnleysinu. Hættan er sú að karlmenn neiti að um vandamál sé að ræða og varpi allri ábyrgð um ákvarðanatöku eins og úrræði og meðferðir yfir á konur sínar (Kowalcek, o.fl., 2001).

2.4.2. Áhrif ófrjósemi á líðan konunnar:

Konan upplifir oft aðeins einn tilgang með tilveru sinni og það er að verða móðir og eignast sitt eigið afkvæmi (Jordan og Reverson, 1999). Áhrifin sem ófrjósemin hefur á konuna eru oft mikil og líf hennar raskast. Þegar vitneskjan um að hún sé ófrjó kemur í ljós getur líf hennar kollvarpast. Konan er oft tilbúin að gera allt til þess að fá draum sinn uppfylltan um það að eignast barn áður en hún sættir sig við hlutskipti sitt (Jordan og Reverson, 1999).

Einkennandi fyrir konuna sem glímir við ófrjósemi er að velta sér oft upp úr því hversu lítils virði hún er án barns, stíplma sjálfa sig og brjóta sig niður andlega (Jordan og Reverson, 1999). Konan hefur meiri þörf til þess að vinna úr tilfinningum sínum og gerir það meðal annars með að halda sér upptekinni, reynir að útiloka hugsanir um barnleysið (Kowalcek, o.fl., 2001) og leitar sér stuðnings hjá vinum og ættingjum (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012). Þör sem eiga við barnleysi að stríða vegna ófrjósemi karlsins eru berskjaldaðri en ella (Kowalcek, o.fl., 2001). Konur reyna að forða mökum sínum frá fordómum sem þeir geta orðið fyrir vegna vandamálsins en um leið gerist það oft að parið einangrar sig. Konur vilja styðja maka sína en geta einnig fundið fyrir reiði gagnvart þeim ef orsök barnleysisins er þeirra (Kowalcek, o.fl., 2001).

2.4.3. Val á meðferðum

Munurinn á milli kynjanna um ákvarðantöku vegna meðferðar er hugsanlega vegna þess að konan er sú sem gengur með barnið, sú sem lætur eyða fóstri og ákvarðanirnar sem teknar eru hafa meiri áhrif á konuna þar sem líkami hennar verður fyrir raskinu (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012). Árið 1990 framkvæmd Frank rannsókn (1990) sem sýndi framm á að konur lögðu aðal áherslu á að fá jákvæða útkomu í lok hvernar meðferðar, meðan karlar lögðu áherslu á að taka eitt skref í einu vegna hugsanlegra aukaverkanna að völdum meðferðanna. Hins vegar sýnir rannsókn Helgu Sólar Ólafsdóttur (2012) aðrar niðurstöður. Hún sýnir fram á að konur hafa meiri áhyggjur af útkomu hvernar meðferðar fyrir sig á meðan karlar leggja meiri áherslu á jákvæða útkomu hvernar meðferðar. Útskýringin á þessu getur verið vegna aukinnar tækni og umræðu um tæknifrjógungun síðan 1990 (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012). Það hefur einnig sýnt sig að konur taka fyrr af skarið en makar þeirra í leita sér ráðgjafar vegna barnleysis (Kowalcek, o.fl., 2001). Karlar eru frekar í því hlutverki að styðja ákvarðanatöku en geta einnig átt þátt í að hægja á henni vegna kostnaðar ástæðna (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012).

2.5. Álag endurtekina meðferða

Talið er að kvíði aukist hjá konum vegna fjölda meðferða og hafa rannsóknir sýnt að eftir því sem konan fer í fleiri meðferðir eykst kvíðinn og einnig líðan kvenna á meðgöngu. Í ljós kom að töluverður munur var á kvíða hjá konum strax eftir aðra og þriðju meðferð (McMahon,

Ungerer, Beaurepaire, Tennant og Saunders, 1997., Verhaak, Smeenk, Eugster, van Minnen, Kremer og Kraaimaat, 2001., Leiblum, Aviv og Hamer, 1998). Eftir misheppnaðar meðferðartilraunir getur það verið misjafnt hvernig upplifun þara er en getur það farið eftir því hvort konan hafi upplifað endurtekin fósturmissi í fortíðini (Helga Sól Ólafsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir, 2012). Einstaklingar í parasamböndum ákveða hversu margar tæknifrjógunarmeðferðir þau eru tilbúin að leggja á sig andlega, líkamlega og fjárhagslega (Helga Sól Ólafsdóttir, 2012).

Sýnir rannsókn Olivius og fleiri (2004) fram á að helsta ástæða þess að þör hættu í meðferð sé vegna tilfinningalegs álags. Úrtök rannsóknarinnar voru 450 þör sem gengst höfðu undir tæknifrjógunarmeðferðir á árunum 1996-1997. Þrjár meðferðartilraunir voru þeim að kostnaðarlausu en kom það á óvart að 56% þara hættu meðferð og nýttu sér ekki allar þær meðferðir sem var þeim í boði. Þar sem að peningar voru ekki áhrifavaldar innan rannsóknarinnar kom í ljós að tilfinningarlegt álag einstaklinga er það sem réði ferðini og megin ástæða þess að einstaklingar hættu sér ekki í aðra meðferð (Olivius, Friden, Borg og Bergh, 2004).

2.6. Lífið með barnleysi

Hugsanir á borð við „Hvernig hefði líf mitt verið og hvernig væri það í dag ef ég hefði eignast barn“ eru ekki óalgengar hjá einstaklingum sem hafa upplifað ófrjósemi (Wirtberg, o.fl., 2007). Langtímarannsókn Verhaak og félaga hefur sýnt fram á að einungis um 20% einstaklinga sem höfðu ekki upplifað þungun eftir meðferð sýndu ennþá merki um kvíða sex mánuðum eftir síðustu meðferð (Verhaak, o.fl., 2005). Einnig sýndi rannsókn Wirtberg og fleiri (2007) langtímaáhrif barnleysis og hét hún „Lífið 20 árum eftir misheppnaða tæknifrjógunarmeðferð“. Úrtök rannsóknarinnar voru 14 konur sem áttu það sameiginlegt að hafa gengist undir tæknifrjógunarmeðferðir á árunum 1980-1984 og áttu ennþá við barnleysi að stríða 20 árum síðar. Helmingur barnlausu kvennana voru ennþá með sama maka og höfðu gengið með þeim í gegnum tæknifrjógunarmeðferðirnar tuttugu árum fyrr. Hinn helmingurinn var fráskilin og svaraði meirihlutinn eða sex af sjö að barnleysið hefði verið orsök skilnaðarins. Allar konurnar voru virkar út á atvinnumarkaðnum nema tvær að sökum heilsu sem þær tengdu við álagið og streituna sem ófrjósemi hefði valdið þeim (Wirtberg, o.fl., 2007). Töldu konurnar að mikilvægt væri fyrir þör sem væru að byrja sína

fyrstu tæknifrjóvgunarmeðferðir að stjórn sínu eigin lífi og setja ekki allar sínar vonir í hendur annarra. Hjálpaði það einnig ef makinn tæki virkan þátt í meðferðinni. Að þau settust niður og ræddu um það sem væri mikilvægast í lífinu, hver tilgangurinn væri, sætta sig við það sem ekki fengist breytt, ekki gleyma að lifa lífinu og hvort þau gætu hugsað sér að ættleiða (Wirtberg, o.fl., 2007). Fannst sumum kvennana þær upplifa sig ennþá einangraðar og hafa lítið sjálfstraust og fannst þeim einangrunin verða meiri eftir því sem þær nálguðust barnabarna tímabilið (Wirtberg, o.fl., 2007). Hins vegar er ekki vitað hvort ófrjósemin sjálf eða tæknifrjóvgunarmeðferðirnar hafi valdi þessari tilfinningarstreitu og er það vandamál í niðurstöðum rannsóknarinnar.

Þótt allar konurnar hefðu frekar viljað verða foreldri voru þær ánægðar með líf sitt og gátu í sumum tilfellum bent á kosti þess að vera barnalausar. Algengasta leiðin til þess að takast á við barnleysið var að einbeita sér af þeim sjálfum, áhugamálum, vinnu og hjónabandinu. Til að vega upp á móti barnleysinu fundu konur sér annað hlutverk í lífinu til dæmis einbeittu þær sér að umönnun aldaðra foreldra, litu eftir börn vina og ættingja og hafði það oft þau áhrif að þær litu á sig sem „auka foreldrið“. Þá var algengt að barnlaus pör tæku að sér gæludýr (Wirtberg, o.fl., 2007).

3. Ráðgjöf við ófrjósemi í parasamböndum

Á síðast liðnum árum hefur verið talið æskilegt að fagaðilar s.s. félagsráðgjafi eða sálfræðingur með reynslu, hæfni og þekkingu á sviði ófrjósemi séu þeir sem sinni ráðgjöf og meðferð einstaklinga sem eiga við ófrjósemi. Ráðgjafinn veitir einstaklingum sem eiga við ófrjósemi tækifæri til að kanna, uppgötva og sjá skýrari leiðir eftir að einstaklingar hafa fengið greiningu um ófrjósemi (Broeck, Emery, Wischmann og Thorn, 2010).

Samkvæmt Broeck og fleiri (2010) eru góð samskipti milli meðferðaraðila og einstaklinga grundvöllur fyrir góðu samstarfi. Í byrjun meðferðar er mikilvægt að skjólstæðingar fái að tjá hugmyndir sínar, vonir og væntingar á meðferðinni og að þeir geri sér ljós hvert hlutverk og markmið meðferðar er (Broeck, o.fl., 2010). Í fyrsta lagi þarf ráðgjafi að gera sér grein fyrir því að einstaklingar geta verið hikandi í fyrstu að leita sér aðstoðar. Einstaklingar geta upplifað sig vanmáttuga við að leita sér aðstoðar vegna svo persónlegra ástæðna eins og að geta ekki eignast barn. Geta þeir upplifað sig misheppnaða og eru hræddir um að brotna niður fyrir framan meðferðaraðila. Í öðru lagi er nauðsynlegt að meðferðaraðili veiti skjólstæðingnum færi á að tjá og túlka upplifanir sínar af tæknifrjóvgunarmeðferðum í öruggu umhverfi. Í þriðja lagi er starf meðferðarráðgjafa falið í því að leiðrétta óraunhæfar hugmyndir einstaklinga eins og það að álykta að ákveðnar hugsanir auki áhrif á líkum á þungun (Broeck, o.fl., 2010). Annar þáttur sem ætti að hafa í huga er að hafa opna umræðu á milli meðferðaraðila og skjólstæðinga um hvort að þör ættu að koma saman í meðferð eða hvort einstaklingsmiðuð nálgun ætti frekar við (Broeck, o.fl., 2010).

3.1. Móttaka skjólstæðings samkvæmt siðareglum félagsráðgjafa

Félagsráðgjöfum ber að mæta skjólstæðingum sínum á grundvelli jafnréttis þegar leitað er eftir ráðgjöf. Í siðareglum félagsráðgjafa kemur fram að stéttinni beri að virða manngildi og stöðu einstaklinga og þeim beri að hafa trú á getu fólks til að nýta hæfileika sína að fullu (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Félagsráðgjafar vinna markvisst að því að leita lausna á félagslegum og persónulegum vandamálum (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Til að mynda í samfélaginu þar sem einstaklingar geta upplifað skömm og fordóma vegna ófrjósemi.

Í fyrsta lið siðarreglna félagsráðgjafa kemur fram að þeir skuli sinna starfi sínu án þess að fara í manngreiningarálit og er mikilvægt að þeir virði rétt allra einstaklinga (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Það er hægt að gera með því að koma fram við skjólstæðinga sem glíma við ófrjósemi með virðingu og heiðarleika að leiðarljósi ásamt því að stuðla að gagnkvæmt traust sé til staðar.

Þá snýr annar liður að mikilvægi þess að skjólstæðingur sé upplýstur um réttindi og skyldur sínar um þau úrræði og hjálparmöguleika sem standa til boða. Mikilvægt er að félagsráðgjafi virði rétt einstaklinga til einkalífs og sjálfstjórnarréttis án þess þó að það valdi öðrum skaða (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Trúnaður og þagnarskylda félagsráðgjafa gagnvart skjólstæðingum sínum einkennir svo þriðja lið.

Fjórdi liður tekur til upplýsingaöflunar og skráningar mála sem og málsmeðferðar og aðgengi notanda að upplýsingum. Sjöundi liður varðar svo fagmennsku og ábyrgð í starfi sem snýr að því að félagsráðgjafi notfæri sér ekki aðstöðu sína til að undiroka, kúga eða nýta sér á annan hátt aðstæður skjólstæðings (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.).

Samkvæmt 15. grein siðareglna félagsráðgjafa er fjallað um að félagsráðgjafi skuli ávallt hugsa til markmiða þeirrar starfsemi sem hann vinnur að. Einnig vinnur hann á grundvelli laga, reglna og annarra fyrirmæla. Auk þess kemur fram að starfsvettvangur félagsráðgjafa sé víðfeðmur þar sem lögð er áhersla á heildarsýn og vinnu með skjólstæðingum út frá fræðilegum kenningum, starfsreynslu í félagsráðgjöf og niðurstöðum rannsókna. Fjallað er um mikilvægi þess að félagsráðgjafar fylgi eigin sannfæringu og samvisku. Félagsráðgjafi getur synjað því að sinna verkefnum sem hann telur sig ekki getað tekið faglega ábyrgð á. Vinna félagsráðgjafans er að skapa vettvang þar sem almenningur ber traust til fagsins og faglegrar hæfni þeirra sem að sinna því (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.).

Þegar uppkoma mál sem varða stór siðferðileg atriði varðandi eggjagjafir er nauðsynlegt að félagsráðgjafar komi þar að máli. Sérstaklega á þetta við þegar eggjagjöf er innan fjölskyldunar. Áður en slíkt ferli fer af stað þarf að ræða öll þau atriði sem tengjast siðferðilegum álitamálum og mögulegum samskiptavandamálum sem geta komið upp í fjölskyldunni. Einnig þyrftu félagsráðgjafar að vera til taks til að fylgjast með einkennum áfallakreppu sem einstaklingur getur orðið fyrir og getur haft áhrif á parið og tæknifrjónungunarmeðferðina (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006).

3.2. Félagsráðgjöf og parið

Mikilvægt er að félagsráðgjafi sé til staðar fyrir pör og einstaklinga sem glíma við ófrjósemi en talið er að ófrjósemi sé ein af alvarlegustu áfallakreppum sem einstaklingar geta lent í (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Hlutverk félagsráðgjafa er að styðja pör í gegnum kreppuferlið þegar neikvæðar hugsanir eins og „ég get aldrei eignast mitt eigið barn“ og allar þær tilfinningar sem parið upplifir með neikvæðri hugsun. Félagsráðgjafinn þarf að sýna samhygð og hjálpa parinu til að festast ekki í varnarviðbrögðum. Talað er um yfir- og undirkreppu. Yfirkreppa einkennist af þeim hugsunum parsins að geta mögulega aldrei orðið foreldrar en fyrir sum pör er tilgangur lífsins að eignast eigið afkvæmi og að barnlaust líf sé framtíðarlaust líf. Undirkreppa sem ber einkenni yfirkreppunar er að eftir að allar meðferðir hafa verið reyndar árangurslaust geta einstaklingarnir loksins haldið áfram og einbeitt sér að öðrum möguleikum (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Það að skilja viðbrögð sín og læra hvernig eigi að vinna úr þeim er mjög mikilvægt þessum einstaklingum sem upplifa kreppu. Hlutverk félagsráðgjafans er stuðningur til hjálpar og aðstoðar fólki til þess að finna úrræði og virða sín eigin mörk og getu í kreppuferli (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006).

Samskiptamynstur einstaklinga innan sambandsins er byggt á tveimur þáttum. Sá fyrri er fjölskyldubakgrunnur, til dæmis hvernig samskipti lærði einstaklingurinn og í öðru lagi hvernig hans núverandi fjölskyldumynstur er (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Samskipta og tjáningarleysi geta orðið til að pör sjá ekki annan möguleika en að ljúka sínu sambandi. Þar getur félagsráðgjafi sem hefur góða þekkingu og skilning á kerfis- og samskiptakenningum skipt megin máli. Félagsráðgjafi hjálpar pörum í jafn erfiðri kreppu og ófrjósemi að þroskast bæði sem einstaklingar og sem par (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006).

4. Klínísk ráðgjöf við ófrjósemi

Gyða Eyjólfsdóttir sálfræðingur og sjálfstæður verktaki fyrir Art Medica

Af öllum þeim einstaklingum sem fara í glasafrjógungunarmeðferð hjá Art Medica er í kringum 18% þeirra sem leita til Gyðu Eyjólfsdóttur í sálfræðilega meðferð. Vinnur Gyða í samstarfi við Tilveru sem eru samtök tengd ófrjósemi og býður hún upp á ýmiss konar námskeið tengd viðfangsefninu. Í viðtali við Gyðu segir hún að fólk stoppi hjá sér misslengi og algengara er að fólk sé skemur heldur en lengur í meðferð. Hún segir einstaklinga koma í djúpslökun og til að fá fræðslu, einnig komi einstaklingar með ófrjósemisvandamál og líður virkilega illa og vilja vinna með líðan sína. Segir hún að andleg og líkamleg vanlíðan samtvinnist og geti það valdið miklum sársauka og kvíða hjá konum sem eru að byrja í glasafrjógungunar ferli. Gyða taldi að oftast yrði það léttir hjá konum ef meðferð heppnaðist með þungun en sumar yrðu áhyggjufullar, séstaklega ef þær hefðu misst fóstur. Telur hún það hjálpa mikið að áður en konur útskrifist frá Art Medica fari þær í sex og átta vikna sónar (Gyða Eyjólfsdóttir, munnleg heimild, 18. febrúar 2013).

Konur sem leita sér aðstoðar sálfræðings vegna ófrjósemi eiga margar hverjar það sameiginlegt að vera kvíðnar og daprar. Hins vegar er allur gangur á því og er það misjafnt hvort konur séu í meðferð eða ekki, hvort þær séu búnar að reyna glasameðferðir í eitt ár eða lengur. Margar konur eru komnar með klínískan kvíða og lífsgæði þeirra hafa minnkað töluvert, hugsanir þeirra eru oft neikvæðar. Hins vegar eru undantekningar þar sem konum líður vel í meðferðinni eða á meðan meðferð stendur. Það er algengt að konur í glasameðferð fresti framtíðarplönnum sínum svo sem að skipta ekki um starf eða fara í nám, þær skipta ekki um húsnæði eða plana sumarfrí. Segir Gyða að margir einstaklingar upplifi skömm og þá sérstaklega konur. Telur hún sig ekki vita hvort einstaklingar verði fyrir fordómum eða ekki. Í umræðunni um ófrjósemi í samfélaginu segir hún að fólk finni fyrir samkennd með þeim einstaklingum sem stríði við ófrjósemi og finni til með þeim ættingum og vinum sem búa við það vandamál (Gyða Eyjólfsdóttir, munnleg heimild, 18. febrúar 2013).

Gyða segir að tvímælalaust hafi ófrjósemi áhrif á parasambönd. Einstaklingar þurfi að vera samstíga í allskonar ákvarðanatöku til dæmis hverjum eigi að segja frá, eigum við að segja frá

og hvaða meðferðir séu næstar. Þör þurfi að vera samstíga með fjármál, meðferðir og tímasetningar. Ófrjósemi geti haft áhrif á samskipti para, konur þurfa oftast að ræða hlutina meira heldur en makar þeirra og getur það myndað álag innan sambandsins ef um langvarandi vanda er að ræða og einnig getur álagið haft áhrif á kynlíf einstaklinganna. Telur Gyða að sjaldgæfara sé að þör skilji vegna vandamála vegna ófrjósemi sama hvort þau eru búnir að fara í eina eða fleiri meðferðir. Segist hún vita til þess að konur hafi boðið mökum sínum að finna sér nýja konu en þeir hafi oftast ekki áhuga á því, vilji bara sína konu og barneignir séu aukaatriði. Telur hún að sjaldgæfara sé að karlinn bjóði konu sinni að finna sér nýjan maka ef vandinn liggur hjá honum. Vissulega telur Gyða að það sé munur á milli kynjana hvað varðar andlega líðan. Konur noti yfirleitt það bjargráð að ræða um vandamál sín á meðan körlum líður yfirleitt verr ef talað er um hlutina. Segir hún að andleg vanlíðan hafi meiri áhrif á sjálfsmýnd kvenna sem upplifa sig gallaðar, kenna sér um og rífa sig niður. Þá eiga konur sem eiga við ófrjósemi að stríða oft erfitt með óléttur fregnir annarra. Gyða telur að helsti munurinn á kynjunum sé að konur séu yfirleitt tveimur árum á undan karlmönnum í viðbrögðum. Þær virðast átta sig fyrr á því að um vandamál sé að ræða á meðan þeir eru yfirleitt bjartsýnni. Konur verða mun kvíðnari og þunglyndari heldur en karlar og eftir að hafa reynt að eignast barn í tvö ár eru meiri en helmingur kvennanna orðnar klínískt þunglyndar. Á sama tíma eru karlmenn þá oft að upplifa það sem þær upplifðu tveimur árum fyrr, sem sagt að það sé vandi til staðar en hann sé á mörkum þess að hann hái þeim. Telur Gyða ástæðuna fyrir þessu að karlmenn eru oft í huggunarhlutverkinu eða að þeir séu kletturinn fyrir konur sínar og fái ekki sama tækifærið í að leita sér huggunar því um leið og þeir opni fyrir þessar tilfinningar líður þeim verr. Hún segir margar konur vilja óska þess að þær gætu verið kletturinn fyrir mennina sína og að það myndi gefa þeim heilmikið (Gyða Eyjólfsdóttir, munnleg heimild, 18. febrúar 2013).

Vegna skerðingar á niðurgreiðslum við tæknifrjóvganir segir Gyða að hún finni fyrir því að þör og einstaklingar hafi meiri áhyggjur á fjármálum heldur en áður og spili það vitaskuld inni á aukið álag og kvíða (Gyða Eyjólfsdóttir, munnleg heimild, 18. febrúar 2013).

5. Umræða

Markmið ritgerðarinnar er að varpa ljósi á þá þætti ófrjósemi sem hafa áhrif á parasambönd og einstaklinga innan þeirra. Beinast rannsóknarspurningarnar meðal annars að því hver andleg, líkamleg og samfélagsleg áhrif ófrjósemi hafa á parasambönd og hins vegar af því hver þáttur félagsráðgjafa sé í ráðgjöf um ófrjósemi. Til að komast að niðurstöðu rannsóknaspurninganna varð að leita eftir áhrifaþáttum sem urðu til þess að skilgreina áhrif ófrjósemi.

Aukin umræða í samfélaginu um ófrjósemi hefur orðið til þess að auðvelda fólki að tjá sig um þessi mál og afleiðingarnar sem það hefur á líf þeirra og líðan. Hefur það meðal annars orðið til þess að einstaklingar og pör upplifa sig ekki ein með vandamálið heldur að það séu fleiri sem eiga við ófrjósemi að etja. Með þessari auknu umræðu finnur fólk fyrir stuðningi samfélagsins og samhygð í þeirra garð. Flestir upplifa þá löngun á lífsævinni að vilja gifta sig, og eignast fjölskyldu, sjá sjálfan sig í einhverjum, vinna að því verkefni að ala upp börn, sjá þau þroskast, eignast barnabörn og verða afi og amma. Þörf hvers einstaklings er að vera hamingjusamur, að elska og vera elskaður. Þegar einhverjum af þessum tilfinningum er rænt frá okkur er ekki annað hægt en að upplifa órættlæti.

Eins og áður hefur komið fram er eitt af hverjum tíu pörum um heim allan talið upplifa ófrjósemi og er reiknað með að aðeins 56% þeirra leiti sér aðstoðar. Spurningar vakna um ástæður þessarar litlu prósentu og hægt að spyrja sig: „Hvað veldur því að fleiri pör leiti sér ekki hjálpar.“ Getur það verið efnahagsleg ákvörðun, afneitun, vanlíðan eða einhver önnur ástæða? Ljóst er þó að aðgengi að tæknifrjógvunum er misskipt í heiminum, frá mjög góðu aðgengi á vesturlöndum til þess að vera nánast engin í þróunarlöndum. Einnig er kostnaður við meðferðir misjafn milli landi allt frá fríum meðferðum á sumum Norðurlöndum til hárra fjárhæða í Bandaríkjunum.

Konur og karlar upplifa ófrjósemi á misjafnan hátt. Móðurhlutverkið í hugum kvenna er sterkt og því er algengara að konur séu viðkvæmari gagnvart ófrjósemi. Karlar eru mun lokaðri tilfinningalega og tala síður um vandamálið. Er því oft erfitt að átta sig á því hver áhrif ófrjósemi hefur á andlega líðan karla. Tvímælalaust hefur ófrjósemi áhrif á parasambönd.

Andlegu áhrifin verða til þess að þör verða annað hvort nánari og sambandið styrkist eða þau skilja vegna álags. Andlegt álag verður fyrst og fremst til þess að þör ljúka ekki tæknifrjógungarmeðferð. Það verður þeim um megn að halda áfram og eftir tæknifrjógungarmeðferð sem ekki hefur heppnast og langavarandi barnleysi getur valdið þarinnu mikilli sorg. Geta ýmsir atburðir hjá vinum og ættingjum orðið þess valdandi að þör upplifa sorgina yfir barnleysinu aftur og aftur. Hins vegar geta sum þör upplifað barnleysið sem tækifæri til þess að annast aðra, hlúa af sambandi sínu sem gefur lífi þeirra fyllingu.

Það eru konur sem upplifa meiri líkamleg áhrif af völdum tæknifrjógungarmeðferða heldur en karlar. Bæði konum og körlum þykir ófrjósemi hafa neikvæð áhrif á kynlífið í sambandinu. Veldur ófrjósemi því að kynlíf verður bæði ópersónulegt og vélrænt. Minnkandi ánægja í samböndum getur orðið vegna þess að ekki er hægt að eignast barn á eðlilegan hátt.

Umræður um ófrjósemi eru orðnar opnari í samfélaginu og þar að leiðandi auðveldar þetta þörum að taka ákvörðun um að leita sér hjálpar. Með viðurkenningu á tæknifrjógungum sem leið til að hjálpa þörum að eignast barn breytist viðhorf samfélagsins.

Áhrif á ákvörðun einstaklinga að verða foreldri eru oft komin frá fjölskyldu og vinum. Barneignir eru háðar samfélagsgildum og eru menningarbundið fyrirbæri. Fjölskyldustefnan í hverju landi fyrir sig segir til um fæðingartíðni og aðgengi að tæknifrjógungum. Fordómar í samfélaginu vegna samfélagslegra norma um hlutverk kynjanna getur valdið því að konur upplifa sig gallaðar og finna fyrir skömm að vera ófrjóar og gera því þör allt til þess að mæta kröfum samfélagsins.

Þáttur félagsráðgjafa í meðferð og ráðgjöf við ófrjósemi er mikilvægur. Ráðgjöf gefur einstaklingum og þörum tækifæri til að tjá skoðanir sínar og líðan sem ófrjósemi hefur haft á þau. Hlutverk félagsráðgjafa er að leiða og styðja þör í gegnum það ferli sem ófrjósemi veldur og upplýsa þau um úrræðin sem í boði eru. Hann þarf að gefa hlutlausa og uppbyggilega ráðgjöf og leiðréttu óraunhæfar væntar skjólstæðinga sinna en einnig þarf hann finna fyrir samkennd með þeim og sett sig í spor þeirra. Mikilvægt er að félagsráðgjafi starfi eftir siðareglum því mörg siðferðisleg álitamál geta komið upp í meðferðum varðandi ófrjósemi. Umhugsunarvert er hvort ráðgjöf við ófrjósemi eigi að vera fyrir þör eða einstaklinglingmiðuð því ófrjósemi hefur mismunandi áhrif á líðan einstaklinga. Nauðsynlegt er að félagsráðgjafi sé til staðar þegar einstaklingar og þör upplifa kreppu vegna ófrjósemi og

kunni að vinna og meðhöndla slíkar aðstæður. Mikilvægt er að félagsráðgjafi veiti skjólstæðingum sínum ráðrúm til umræðu og umhugsunar.

Einstaklingar eru jafn ólíkir og þeir eru margir, því er um margar tilfinningar að ræða hjá þörum og einstaklingum. Einstaklingar upplifa tilfinningar sínar á misjafnan hátt og er ekki hægt að alhæfa út frá einum einstaklingi til þess næsta. Hvernig einstaklingar ná svo saman innan parasambands er svo annað mál. Til þess að upplifa hamingju innan sambandsins þurfa margir þættir og endar að ná saman. Þör þurfa að sýna skilning, samstöðu, ást, virðingu og samheldni. Áföll geta valdið breytingum og er það undir þarinu komið hvernig þeim tekst að vinna úr þeim.

Ófrjósemi er óumflýjanleg og óútreiknanleg. Vanmáttur, þróttleysi, ósanngirni og allur skalinn af tilfinningum fylgja greiningu um ófrjósemi. Normið er ríkjandi í nútímasamfélögum. Kjarnafjölskylda, móðir og faðir út á vinnumarkaðnum, hundur, börn í íþóttum, heilbrigði og menntuð. Hvað er það sem ákveður hvað er eðlilegt. Hvað veldur því að við dæmum einstaklinga eftir háskólamenntun eða almennri menntun, í vinnu eða ekki í vinnu, eigi börn eða ekki. Það er ástæða fyrir því að við upplifum okkur öðruvísi ef við förum út af norminu.

Niðurstaðan er sú að ófrjósemi hefur áhrif á parasambandið. Hvort sem það eru breytingar á tilfinningum til hvors annars, breytingar á samskiptum, breytingar á kynlífi, breytingar á álagi og streitu og breytingar á hegðun út á við og innan þess. Líkamlegir, andlegir og félagslegir þættir spila saman í einni stórrí rússíbanuferð. Það verður ekki fyrr en þör og einstaklingar upplifa að þau geti ekki eignast barn að barnleysið verður að áhyggjuefni fyrir þau. Kvíði og sorg eru ekki óalgengar tilfinningar þegar í ljós kemur að það sé líffræðilega ómögulegt fyrir þau að geta barn. Konur í parasambandi reyna frekar að bæla niður tilfinningar sínar með því að halda sér uppteknum. Konur verða oft uppteknar við að halda sig í fjarlægð frá vandamálinu og hugmyndinni um barnleysið. Þessi staðreynd er í sjálfu sér ekki óskiljanleg þar sem gert er ráð fyrir því að barnleysi hrjái konur meira en maka þeirra. Karlmennt upplifa sig oft sem klettinn í sambandinu þar sem þeir reyna að styðja konu sína og vera henni til halds og traust. Margar konur fá klínískt þunglyndi og kvíða og mikinn sársauka yfir því að vera ekki orðin foreldri og óttast enn eitt nei-ið. Í mörgum tilfellum þá hverfur vanlíðanin sem var til staðar á meðan að tæknifrjógungunum stóð þegar langþráð „já“ kemur á þungunarprófið. Lífið með barnleysi er nýr kafli í lífi einstaklinga eftir að ákveðið

er að hætta tæknifrjóvgunarmeðferðum og er eru þá oft önnur úrræði rædd. Eins og fram hefur komið ákveða sumir að ættleiða en aftur á móti ákveða önnur þör að vera barnlaus. Einstaklingar geta endurupplifað sorgina sem fylgdi í kjölfar misheppnaðra tæknifrjóvgana ef þeim hefur ekki tekist að eignast barn með öðrum hætti. Þegar tímabili í hefst í lífi vana og ættingja þarsins til dæmis afmæli, fermingar og brúðkaup rifjast upp fyrir þeim gömul sár. Þau eru sjálf ekki að fara að ferma börnin eða að eignast barnabörn. Þá er eðlilegt að það geti bankað upp á sorg hjá barnlausum þörum.

Heimildarskrá

Art Medica (e.d.-a). *Barnleysi- meðferð með tæknifrjógungun*. Reykjavík: ÍSFARM ehf.

Art Medica (e.d.-b) *Gjaldskrá*. Sótt 10. mars 2013 af: <http://artmedica.is/id/402>

Art Medica. (e.d.-c) *Um fyrirtækið*. Sótt 10. Mars. 2013 af: <http://artmedica.is/id/415>

Barbieri, R.L., Sluss, P.M., Powers, R.D., McShane, P.M., Vitonis, A., Ginsburg, E. o.fl. (2005). Association of body mass index, age, and cigarette smoking with serum testosterone levels in cycling women under-going in vitro fertilization. [Rafræn útgáfa]. *Fertility and Sterility*, 83,2, 302-308.

Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., og Tennant, C. (1994). Psycho-social adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. [Rafræn útgáfa]. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 229-240.

Birenbaum-Carmeli, D., Carmeli, Y.S., og Choen, R. (2000). Press coverage of the first IVF in Israel and Canada. [Rafræn útgáfa]. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 20,7, 1-38.

Birenbaum-Carmeli, D., Dirnfeld, M. (2008). In vitro fertilisation policy in Israel and women's perspectives: The more the better? [Rafræn útgáfa]. *Reproductive Health Matters*, 16,31, 1-10.

Broeck, U.V.D, Emery, M., Wischmann, T. og Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. [Rafræn útgáfa]. *Patient Education and Counseling*, 81, 422-428.

- Brown, S. (2011). EIM and world data collection. Focus on Reproduction. [Rafræn útgáfa]. *European Society of Human Reproduction and Embryology, 28 Annual Meeting, 12-14.*
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A. og Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction, 22,6, 1506-1512.*
- Collins, J.A. (2002). An international survey of the health economics of IVF and ICSI. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction Update, 8,3, 265-277.*
- de Mouzon, J., Goossens, V., Bhattacharya, S., Castilla, J. A., Ferraretti, A.P. og Korsak, V. (2010), fyrir European IVF-monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Assisted reproductive technology in Europe, 2006: Results generated from European registers by ESHRE. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction, 25,8, 1851-1862.*
- Delvigne, A., og Rozenberg, S. (2002). Epidemiology and prevention of ovarian hyper stimulation syndrome (OHSS): Review. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction, 8,6, 559-577.*
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C., og Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. [Rafræn útgáfa]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 14, 45-52.*
- European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *ART fact sheet*. Sótt 8. mars 2013 af: <http://www.eshre.eu/ESHRE/English/Guidelines-Legal/ART-fact-sheet/page.aspx/1061>
- Fedorcák, P., Dale, P.O., Storeng, R., Erzeid, G., Bjerck, S., Oldereid, N. o.fl. (2004). Impact of overweight and underweight on assisted reproduction treatment. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction, 19,11, 2523-2528.*

Félagsráðgjafafélag Íslands. (e.d.). *Síðareglur íslenskra félagsráðgjafa*. Sótt þann 27. Mars 2013 af http://felagsradgjof.is/Stjorn/Sidareglur_islenskra_felagsradgjafa.

Frank, D.I. (1990). Gender differences in decision making about infertility treatment. [Rafræn útgáfa]. *Applied Nursing Research*, 3,2, 56-62.

Gelbaya, T.A., Tsoumpou, I., og Nardo, L. (2010). The likelihood of live birth and multiple birth single versus double embryo transfer at the cleavage stage: A systematic review and meta- analysis. [Rafræn útgáfa]. *Fertility and Sterility*, 94, 936-945.

Gyða Eyjólfsdóttir, sálfræðingur hjá Sálarafl. slf, (2013). *Upplýsingar um meðferð við ófrjósemi*. Viðtal tekið í Skútuvogi 1a, 18. febrúar.

Hagstofa Íslands. Sótt 21.mars. 2013 af: <http://www.hagstofa.is/?PageID=95&NewsID=5653>

Hardy, E., og Makuch, M. Y. (2001). *Gender, infertility and ART. Current practices and controversies in assisted reproduction*. WHO: Gnef, Sviss.

Harrison, S. (2007). Infertility. *The HFEA guide*. London.

Helga Sól Ólafsdóttir. (2012). *Nordic and Infertile. A Study of options and decisions*. Birt doktorsritgerð: Nordic School of Public Health NHV, Gothenburg, Sweden.

Helga Sól Ólafsdóttir. (2006). Ófrjósemi – lausnir og lífsgæði. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldós Sig. Guðmundsson (ristj.). *Heilbrigði og heildarsýn: félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu*. Reykjavík: Háskólaútgáfa og RBF.

Helga Sól Ólafsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir. (2012). Ófrjósemi- afleiðingar meðferðar fyrir konur. Í Helga Gottfreðsdóttir og Herdís Sveinsdóttir (ristj.) *Við Góða heilsu? Konur og heilbrigði í nútíma samfélagi* (bls. 75-89). Reykjavík: Háskóla Útgáfa.

- Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J., og Collins, A. (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. [Rafræn útgáfa]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78, 42-48.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., og Möller, A. (2006). First IVF-treatment- short- impact on psychological well-being and the marital relationship. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction*, 21,12, 3295-3302.
- Hovatta, O., og Cooke, I. (2006). Cost- effective approaches to in vitro fertilization: Means to improve access. [Rafræn útgáfa]. *International Journal of Gynecology and Obstetrics World Report on Women's Health 2006; Women's Right to Health and Millenium Development Goals; Promoting Partnerships to Improve Access*, 94,3,287-291.
- Jordan, C., og Reversion, T.A. (1999). Gender Differences in Coping with Infertility: A Meta-Analysis. [Rafræn útgáfa]. *Journal of Behavioral Medicine*, 22,4, 341-358.
- Klemetti, R., Gissler, M., Sevón, T., og Hemminki, E. (2007). Resource allocation of in vitro fertilization: a nationwide register-based cohort study. [Rafræn útgáfa]. *BMC Health Service Research*, 7, 210.
- Koivurova, S., Hartikainen, A., Karinen, L., Gissler, M., Hemminki, E., og Martikainen, H. (2002). The course of pregnancy and delivery and the use of maternal healthcare services after standard IVF in Northern Finland 1990-1995. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction*, 17,11, 2897-2903.
- Kowalcek, I., Wihstutz, N., Buhrow, G. og Diedrich, K. (2001). Coping with male infertility: Gender differences. [Rafræn útgáfa]. *Arch Gynecol Obstet*, 262, 131-136.
- Lalos, A., (1985). *Psychological and social aspects of tubal infertility. A longitudinal study of infertile women and their men*. Umeå: University of Umeå. Department of obstetrics and gynecology.

Landspítalinn. (2011). *Skýrsla frá Fæðingarskráningunni fyrir árið 2010*. Reykjavík: Kvenna- og barnasvið.

Leiblum, S.R., Aviv, A., og Hamer, R. (1998). Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction*, 13,12, 3569-2574.

Lundberg, P.O. (2002). *Sexologi*. Stockholm: Liber.

Lög um tæknifrjóvgun og notkun kynfrumna og fósturvísa manna til stofnfrumurannsókna nr. 55/1996.

Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, R., Vanderpoel, S., og Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility: a systematic analysis of 277 health surveys. [Rafræn útgáfa]. *PLOS medicine*, 9,12, 12 pages.

McGoven, P.G., Llorens, A.J., Skurnick, J.H., Wiss, G., og Goldsmith, L.T. (2004). Increased risk of preterm birth in singleton pregnancies resulting from in vitro fertilization-embryo transfer: A meta analysis. [Rafræn útgáfa]. *Fertility and Sterility*, 82,6, 1514-1520.

McGrail, A. (1999). *Infertility, the last secret*. London: Bloomsbury.

McMahon, C.A., Ungerer, J.A., Beaurepaire, J., Tennant, C. og Saunders, D. (1997). Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction*, 12, 1, 176-182.

Menken, T., Trussell, J. og Larsen, U. (1986). Age and Infertility. [Rafræn útgáfa]. *Science*, 233,4771, 1389-1394.

Möller, A. (2001). Infertility and sexuality: An overview of the literature and clinical practice. [Rafræn útgáfa]. *Scandinavian Journal of Sexology*, 4,2, 75-87.

- Ulrich, D. Gagel, D.E., Hemmerling, A.P., Pastor, V.S., og Kentenich, H. (2004). Couples becoming parents: Something special after IVF? [Rafræn útgáfa]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25,2, 99-113.
- Oddens, B.J., den Tonkelaar, I., og Nieuwenhuysen, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction*, 14,1, 255-261.
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G., og Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. [Rafræn útgáfa]. *Fertility and Sterility*, 81,2, 258-261.
- Ragni, G., Mosconi, P., Baldini, M.P., Somigliana, E., Vegetti, W., Caliari, I., og Nicolosi, A.E. (2005). Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction*, 20,5, 1286-1291.
- Schenker, J.G. (2005). Assisted reproduction practice: Religious perspectives. [Rafræn útgáfa]. *Reproduction BioMedicine Online*, 10,3, 310-319.
- Schmidt, L., Christensen, U., og Holsteins, B.E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction*, 20,4, 1044-1052.
- Schmidt, L., Holstein, B. Christensen, U., og Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit?: An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. [Rafræn útgáfa]. *Patient Educ Couns*, 12,3, 244-251.
- Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences.[Rafræn útgáfa]. *Institute of Public Health*. Copenhagen: University of Copenhagen.
- Sjúkratryggingar Íslands. (2011). *Breytingar á gjaldskráum vegna heilbrigðis þjónustu um áramótin*. Sótt 10. mars. 2013 af: <http://www.sjukra.is/um-okkur/frettir/nr/401>

- Slade, P., Emery, J., og Lieberman, B.A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction*, 12, 183-190.
- Sol Olafsdottir, H., Wikland, M., og Möller, A. (2009). *Access to artificial reproduction technology in the Nordic countries in 2004*. Acta Obstetric
- Vayena, E., Rowe, P.J., Griffin, P.D. og Türmen, T. (2001). Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Consumer perspectives. Í E. Vayena, P.J. Rowe og P.D. Griffin. (Ritstj.). [Rafræn útgáfa]. *Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction"*. (bls. xv). Geneva: Switzerland.
- Verhaak, C.K., Smeenk, J.M.J., Eugster, A., van Minnen, A., Kremer, J.A.M., og Kraaijaat, F.W. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. [Rafræn útgáfa]. *Fertility and Sterility*, 73, 525-531.
- Verhaak, C.K., Smeenk, J.M.J., van Minnen, A., Kremer, J.A.M., og Kraaijaat, F.W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction*, 20,8, 2253-2260.
- Volgsten, H., Skoog-Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O., og Poromaa, I.S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and man undergoing in vitro fertilization treatment. [Rafræn útgáfa]. *Human Reproduction*, 23,9, 2056-2063.
- Whiteford, L.M., og Gonzalez, L. (1995). Stigma: The Hidden Burden of Infertility. [Rafræn útgáfa]. *Social Science and Medicine*, 40,1, 27-36.

Winter, E., Wang, J., Davies, M. J., og Norman, R. (2002). Early pregnancy loss following assisted reproduction technology treatment. [Rafræn útgáfa] *Human Reproduction*, 17,2,3220-2223.

World Health Organization (WHO). (2010). *Regional Office for Europe. European health for all database* 2010. Sótt 20. mars 2013 af: <http://www.euro.who.int/hfadb>

World Health Organization (WHO). (2003). *Progress in reproductive health research*. Genf: WHO

World Population Data Sheet of the population reference bureau. (2005). Sótt 8. apríl 2013 af: www.prb.org/pdf04/04WorldDataSheet_Eng.pdf

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