



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Félagsráðgjafardeild

BA-ritgerð

Ófrjósemi: Þróun og áhrif úrræða til barneigna

Sædís Arnardóttir

Febrúar 2010



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Félagsráðgjafardeild

BA-ritgerð

Ófrjósemi: Þróun og áhrif úrræða til barneigna

Sædís Arnardóttir

Febrúar 2010

Umsjónarmaður: Guðný Björk Eydal

Leiðbeinandi: Helga Sól Ólafsdóttir

Nemandi: Sædís Arnardóttir

Kennitala: 120784-2429

Útdráttur

Þessi ritgerð fjallar um ófrjósemi, þau úrræði sem í boði eru fyrir ófrjósama einstaklinga ásamt þeim sálrænu, félagslegu og fjárhagslegu áhrifum sem þessi úrræði hafa á einstaklingana. Ófrjósemi er líkamlegt ástand þar sem líkamlegar ástæður eru fyrir því að einstaklingar geta ekki eignast börn. En ófrjósemi hefur á sama tíma víðtæk áhrif á sálarlíf og félagslíf viðkomandi. Markmið rannsóknarinnar er tvíþætt. Í fyrsta lagi að rannsaka hvernig þau úrræði sem standa ófrjósömum einstaklingum til boða hafa þróast í gegnum tíðina og í öðru lagi að varpa ljósi á þau áhrif sem þessi úrræði geta haft á þá einstaklinga sem til þeirra grípa. Ritgerðin er heimildaritgerð þar sem heimildir eru sóttar víðsvegar að, en áhersla er lögð á fræðilegar rannsóknir og greinar. Niðurstöður ritgerðarinnar sýna að þróunin á frjósemismeðferðum hefur verið mjög hröð og eru möguleikarnir til barneigna margir. Ættleiðingum hefur fækkað þar sem erfiðara er að ættleiða en áður fyrr, af sökum hertra reglna og færri barna til ættleiðinga, en á móti hefur tæknifrjóvgunum fjölgað til muna. Frjósemismeðferðir taka þó sinn toll af einstaklingunum en streita í kjölfar meðferða er algeng, ásamt félagslegri einangrun, samviskubiti, kvíða og þunglyndi. Félagsráðgjafar geta hjálpað einstaklingum að takast á við þá erfiðleika sem fylgja ófrjósemi, en til þess að geta sett sig í spor þeirra og veitt þeim faglega ráðgjöf þurfa þeir að þekkja þau úrræði sem í boði eru ásamt þeim áhrifum sem þessi úrræði geta haft á einstaklingana.

Efnisyfirlit

Útdráttur	2
Inngangur.....	4
1. Ófrjósemi.....	6
1.1. Ófrjósemi karla.....	6
1.2. Ófrjósemi kvenna.....	7
2. Þróun úrræða.....	9
2.1. Ættleiðing.....	9
2.2. Hormónagjöf.....	12
2.3. Tæknisæðing.....	12
2.4. Glasafrjóvgun	13
2.5. Smásjárfrjóvgun	15
2.6. Kynfrumugjafir.....	16
2.7. Staðgöngumæðrun.....	17
3. Íslensk löggjöf	19
4. Viðhorf trúarbragða til ólíkra úrræða.....	21
5. Áhrif úrræða.....	23
5.1. Sálræn og félagsleg áhrif.....	23
5.1.1. Streita og ófrjósemi.....	26
5.1.2. Áhrif á karlmanninn.....	27
5.1.3. Áhrif á konuna.....	28
5.1.4. Áhrif á parið.....	29
5.2. Fjárhagsleg áhrif.....	30
5.3. Barnleysi.....	31
5.4. Þáttur félagsráðgjafans.....	32
6. Niðurstöður og umræða.....	34
Heimildaskrá.....	38

Inngangur

Miklar tækniframfarir hafa orðið á frjósemismeðferðum á síðustu 30 árum, eða frá því að fyrsta glasabarn sögunnar leit dagsins ljós. Ófrjósömum einstaklingum í hinum vestræna heimi standa nú til boða margir möguleikar til barneigna, en auk ættleiðinga er nú hægt að fá aðstoð með tæknisæðingu, glasa- og smásjárfrjóvgunum, kynfrumugjöfum og staðgöngumæðrun. Þar að auki hefur eftirspurn eftir frjósemismeðferðum aukist til muna. Þrátt fyrir aukið aðgengi að slíkum meðferðum hefur árangur þeirra, að jafnaði, ekki farið yfir 30% (World health organization, 2003). Þá geta einstaklingar upplifað ýmsa erfiðleika í kjölfar frjósemismeðferða, bæði tilfinningalega, félagslega og fjárhagslega erfiðleika (Peronace, Boivin og Schmidt, 2007; Sundby, Schmidt, Heldaas, Bugge og Tanbo, 2007; Veerhank, Smeenk, Minnan, Kremen og Kraaimaat, 2005).

Markmið þessarar ritgerðar er tvíþætt. Í fyrsta lagi að skoða hvernig þau úrræði sem standa ófrjósömum einstaklingum til boða hafa þróast í gegnum tíðina og í öðru lagi að varpa ljósi á þau áhrif sem þessi úrræði geta haft á þá einstaklinga sem til þeirra grípa. Ástæðan fyrir því að þessar hliðar viðfangsefnisins urðu fyrir valinu er sú að hvergi er hægt að nálgast þessar upplýsingar á einum og sama stað ásamt því að lítið hefur verið skrifað um efnið á Íslandi. Sú þekking sem kemur fram í ritgerðinni gæti verið gagnleg fyrir þá félagsráðgjafa sem starfa með ófrjósömum einstaklingum þar sem úrræðin hafa þróast hratt og möguleikar til barneigna eru aðrir í dag heldur en fyrir 10-20 árum. Þá er einnig mikilvægt fyrir félagsráðgjafann að þekkja þau áhrif sem þessi úrræði geta haft í för með sér svo hann geti nálgast einstaklingana þar sem þeir eru, á faglegan hátt.

Í B.A. ritgerð Elísu R. Ingólfssdóttur og Elísabetar Guðmundsdóttur, sem skrifuð var árið 2000, er fjallað um þátt félagsráðgjafans í meðferð vegna ófrjósemi. Niðurstöður þeirra sýndu að félagsráðgjafi myndi gera mikið gagn á tæknifrjóvgunardeildum en sá hinn sami þyrfti að hafa sérþekkingu á málum ófrjósamra, þar sem meðal annars væri mikilvægt fyrir félagsráðgjafann að þekkja tæknilegu hliðina á vandanum ásamt þeim lausnum sem í boði eru, þar sem spurningar varðandi þessi mál geta vaknað í ráðgjöfinni. Niðurstöður þeirra sýndu einnig að nauðsynlegt er fyrir félagsráðgjafann að þekkja tilfinningalegar hliðar vandans og hversu djúpstæðar þær geta verið.

Ritgerð þessi er heimildaritgerð og er því byggð á rituðum heimildum, rannsóknum, bókum og fleiru. Þessi aðferð varð valin vegna þess að ekki er hægt að nálgast viðfangsefnið með öðrum aðferðum. Þegar heimilda var aflað var leitað í ýmsum gagnaböndum, einna

helst Proquest og gagnabanka Pubmed og einnig var leitað á netinu og á bókasöfnum. Við leitina var lögð áhersla á ritrýndar greinar og rannsóknir, auk fræðibóka. Flestar þær heimildir sem unnið var úr, voru erlendar þar sem lítið var um íslenskar heimildir. Heimildaritgerðir ganga meðal annars út á að taka saman margar ólíkar heimildir um eitt ákveðið efni og eru þær því góðar til að afla upplýsinga úr ólíkum áttum og til að sjá heildarmyndina á því ákveðna viðfangsefni. En þar sem heimildaritgerðir byggja á gögnum sem aðrir hafa safnað hefur rannsakandinn ekki mikla stjórn á gögnunum, en það er einn helsti galli þessarar aðferðar (Rowley og Slack, 2004).

Ritgerð þessi skiptist í fimm kafla. Fyrst verður rætt um ófrjósemi almennt, þar sem hugtakið er kynnt, ásamt því að ræða tíðni og ólíkar tegundir ófrjósemi hjá körlum og konum. Annar kafli fjallar um þróun úrræða, þar sem ólík úrræði eru útlistuð og saga þeirra rakin. Þriðji kafli fjallar um þá íslensku löggjöf sem snertir úrræðin. Í fjórða kafla verður fjallað um viðhorf trúarbragða til ólíkra úrræða. Fimmti kafli fjallar um þau áhrif sem úrræðin hafa á þá einstaklinga sem nýta sér þau, en rætt verður um sálræn, félagsleg og fjárhagsleg áhrif. Að lokum verða niðurstöður kynntar í sjötta kafla.

1. Ófrjósemi

Þegar einstaklingar og þör hafa reynt að eignast barn í tvö ár án árangurs er talið að þeir eigi við ófrjósemi að stríða og er þetta sú skilgreining sem notuð er af Alþjóðaheilbrigðismálastofnun (Rutstein og Shah, 2004). Það er talið að einn af hverjum tíu einstaklingum glími við ófrjósemi, en þessi tala er þó mismunandi eftir löndum og getur hlutfall ófrjósamra einstaklinga verið frá 5% og upp í 30%. Hlutfallið er hæst í þróunarlöndunum þar sem tækifæri til frjósemismeðferða og tæknifrjógana eru lítil (Vayena, Rowe og Griffin, 2002).

Þegar fjallað er um ófrjósemi er mikilvægt að skoða hvað gerist þegar allt fer eðlilega fram. Við sáðlos er 100 milljónum sæðisfruma hleypt af stað upp leghálsinn. Þær þúsundir sæðisfruma sem komast alla leið að egginu eiga langt ferðalag að baki, í gegnum legslímið og legið og að lokum upp eggjaleiðarana. Þær sæðisfrumur sem komast að leiðarenda eru því þær hæfustu og sterkustu og ef allt gengur upp kemst ein sæðisfruma inn í eggíð og fóstrið byrjar að þroskast. Það eru ótal atriði sem geta farið úrskeiðis í þessu ferli, sem geta á einn eða annan hátt orsakað ófrjósemi. Margar orsakir ófrjósemi eru vel þekktar og oft er hægt að leysa úr vandamálinu með rétttri meðferð, en jafnframt er mikið af óþekktum orsökum og spurningum sem vísindamenn hafa ekki enn fundið svör við (Jennings, 1995).

Orsakir ófrjósemi eru fjölbreyttar og í 30% tilfella er orsökina að finna hjá konunni, í 30% tilfella liggur vandinn hjá karlmanninum og í 40% tilfella eru orsakirnar samverkandi eða óþekktar (Hickin, 2001). Ófrjósemi getur verið meðfædd og í sumum tilfellum er hún genatengd en er þá algengt að um litningagalla sé að ræða. Þá getur ófrjósemi einnig þróast seinna meir, til dæmis sem afleiðing kynsjúkdóma eða vegna þátta í umhverfinu (Bentley og Mascie-Taylor, 2000). Þá getur frjósemin annars vegar verið lítil og er þá um að ræða ófrjósemi að hluta til og hins vegar algjöra ófrjósemi þar sem um er að ræða enga frjósemi. Þegar bæði karlinn og konan hafa litla frjósemi þurfa þau í flestum tilfellum að fá aðstoð til að eignast barn. Þegar annar aðilinn þjáist af algjörrri ófrjósemi eru engar líkur á því að frjógvun eigi sér stað, nema með gjafakynfrumum (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006).

1.1. Ófrjósemi karla

Margir þættir eru teknir til athugunar þegar ófrjósemi karlmannsins er skoðuð. Farið er yfir sjúkrasögu hans, athugað hvort karlmaðurinn hafi áður barnað konu, hvort hann hafi átt í vandamálum með sáðlos og hvort hann sé á einhverjum lyfjum. Lífstíllinn getur skipt máli, en

reykingar, offita, mataræði og hreyfing eru allt þættir sem teknir eru til athugunar (IVF-worldwide, e.d.a.).

Helsta ástæðan fyrir ófrjósemi karla er óvenjuleg sæðisframleiðsla. Sæðisframleiðslan getur verið óvenjuleg hvað varðar gæði, magn og hreyfanleika. Þá geta erfðafræðilegir þættir haft áhrif á ófrjósemi auk þess sem vissar vinnuaðstæður geta haft sitt að segja, svo sem þegar unnið er með hættuleg efni. Þegar grunur liggur á ófrjósemi mæla læknar oftast með því að karlmaðurinn sé sendur í sæðisrannsókn (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006; Hickin, 2001).

Í gegnum tíðina hefur ófrjósemi karla fengið mun minni athygli en ófrjósemi kvenna og hefur hún að þeim sökum verið minna rannsökuð. Þegar frjósemi karlmanna er mæld þarf að huga að möguleikanum á algjörri ófrjósemi, en það er þegar eistun framleiða engar sæðisfrumur. Í sumum tilfellum er ástæða algerrar ófrjósemi algjörlega stíflaðar sæðisrásir eða að sæðisrásir séu hreinlega ekki til staðar en sæðisrásin tengir eistun við þvagrásina. Sæðisrásirnar geta einnig verið stíflaðar að hluta eða þá að hnútur sé á sæðisrásinni. Þá hafa rannsóknir sýnt að frjósemi karla fer minnkandi með aldrinum (Jennings, 1995).

1.2. Ófrjósemi kvenna

Líkt og hjá karlmönnum eru margir þættir teknir til athugunar þegar ófrjósemi kvenna er rannsökuð. Konan gengst undir líkamlega skoðun, auk þess sem þarf að fara nákvæmlega yfir heilsufarssögu hennar. Spurt er um blæðingar konunnar, fyrri þunganir og líkt og hjá karlmönnum eru þættir eins og offita, reykingar, mataræði, áfengisdrykkja, lyfjanotkun og hreyfing teknir inn í reikninginn (Hickin, 2001; IVF-worldwide, e.d.b.).

Margar ástæður geta legið að baki ófrjósemi kvenna og eru þær talsvert flóknari en hjá karlmönnum. Helstu ástæður fyrir ófrjósemi kvenna eru truflanir í egglosi, að egglos eigi sér ekki stað eða sé mjög óreglulegt eða skemmdir eða stíflur í eggjaleiðurum (Cahill og Wardle, 2002). Aðrar ástæður fyrir ófrjósemi kvenna geta verið blöðrumyndun í eggjastokkum, legslímufلاك, hormónatruflanir og bólgusjúkdómar í grindarholi. Líkt og hjá karlmönnum geta erfðafræðilegir þættir einnig haft áhrif á ófrjósemi kvenna (Hickin, 2001).

Ófrjósemi kvenna má skýra í allt að 20% tilvika með egglosvandamálum. Þessi vandamál má oftast rekja til hormónatruflana en egglos getur þá verið óreglulegt. Óreglulegt egglos getur líka verið afleiðing fjölblöðrumyndunar á eggjastokkum konunnar, en fjölblöðurnar gera það að verkum að eggjastokkarnir bólгна út og slímhúðin þykknar. Þá eru stíflaðir eggjaleiðarar orsök ófrjósemi í 15% tilfella. Ástæðan fyrir stífluðum eggjaleiðurum

geta verið ýmsir sjúkdómar en stíflan veldur því að egginn berast ekki niður í legið (Jennings, 1995).

Legslímuflakk er annar sjúkdómur sem orsakar ófrjósemi hjá konum og einkennist af því að slímvefurinn sem venjulega finnst í leginu, berst út fyrir legið og leggst í kviðarholið, á eggjastokkana og jafnvel inn í eggjastokkana sjálfa. Vefurinn stækkar með hverjum mánuði og það blæðir frá honum líkt og þegar konur fara á blæðingar, en þegar vefurinn er kominn út fyrir legið kemst blóðið ekki í burtu heldur safnast upp í blöðrur sem bólгна upp og uppfyllast af gömlu blóði (Hickin, 2001; Jennings, 1995).

Líkt og hjá körlum getur aldur konunnar haft áhrif á frjósemi hennar. Á okkar tímum er algennt að konur fresti barneignum og hefur það gert það að verkum að æ fleiri konur glíma við ófrjósemi sem tengist aldri þeirra (Borrero, 2002; Botting og Dunne, 2000; Maheshwari, Hamilton og Bhattacharya, 2008). Þegar konur eldast eru meiri líkur á litningagalla í eggjunum sem gerir það að verkum að minni líkur eru á getnaði og ef getnaður á sér stað eru líkur á fósturláti meiri (IVF-worldwide, e.d.c). Ófrjósemi eldri kvenna virðist einnig vera með öðru sniði en þeirra yngri. Maheshwari o.fl. (2008) rannsökuðu tengslin á milli ófrjósemi kvenna og aldurs þeirra, en þar kom í ljós að orsakir ófrjóseminnar eru tvisvar sinnum líklegri til að vera óþekktar hjá konum sem voru 35 ára eða eldri.

Mismunandi aðferðir eru notaðar til að finna orsakir vandans hjá konum. Kviðarholsspeglun er minniháttar skurðaðgerð þar sem lítilli kviðarholssjá er stungið inn í kviðarholið og er þannig hægt að skoða legið, eggjaleiðara og eggjastokka og sjá hvort um stíflu eða skemmd sé að ræða. Sé það raunin er hægt að fjarlægja ofvöxtinn eða annað óeðlilegt. Legspeglun er svipuð aðferð, þó án skurðaðgerðar, þar sem smár sjónauki er leiddur upp leghálsinn. Aðrar aðferðir til að rannsaka ófrjósemi kvenna eru leg- og eggjaleiðaramyndun og ómskoðun (Hickin, 2001).

2. Þróun úrræða

Frá því á síðari hluta 20. aldar hafa miklar framfarir átt sér stað í frjósemismeðferðum og tæknifrjógvunum. Fyrsta glasabarnið fæddist árið 1978 og síðan þá hafa fæðst um ein milljón barna í kjölfar tæknifrjógvana (Vayena, Rowe og Griffin, 2001). Þá eru möguleikarnir miklir og þegar niðurstöður um ófrjósemi einstaklinga liggja fyrir er eðlilegt að þeir íhugi næstu skref. Þeir þurfa að taka ákvörðun um hvort þeir vilji reyna, með hjálp tæknifrjógvana, að eignast barn sem er erfðafræðilega tengt þeim, fá kynfrumugjöf, hvort þeir vilji ættleiða eða hvort þeir vilji jafnvel vera barnlausir (Holbrook, 1990).

Þrátt fyrir hraða þróun tæknifrjógvana hafa tölfræðilegar líkur á þungun við hverja meðferð ekki aukist, en þær hafa haldist um 15-30% eftir því hvaða aðferð er notuð hverju sinni (Andersen o.fl, 2009). Hins vegar eru auknir möguleikar í boði og þar af leiðandi er árangur líklegri þegar til langs tíma er litið, það er að segja eftir því sem einstaklingarnir gangast oftar undir meðferð eru líkur á árangri meiri (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Tæknifrjógvanir eru þó ekki einungis fyrir ófrjósöm pör, en tæknin hefur einnig verið notuð til að hjálpa einstæðum og samkynhneigðum einstaklingum að eignast börn (Berk, 2007).

Margir ólíkir þættir hafa haft áhrif á þá auknu eftirspurn sem orðið hefur eftir tæknifrjógvunum og aðstoð við barneignir í hinum vestræna heimi. Tilhneiging kvenna til að fresta barneignum vegna náms og starfsframa hefur gert það að verkum að þær eru eldri þegar þær byrja að reyna að eignast barn og tímabilið sem þær hafa til að eignast barn er styttra. Þetta eykur líkur á því að þær þurfi aðstoð til að eignast barn. Einnig má nefna þá auknu vitund sem almenningur hefur öðlast um þessar meðferðir, þannig að einstaklingar eru meðvitaðir um þá hjálp sem þeir geta fengið (Forti og Krausz, 1998; Leridon og Slama, 2008; Sobotka, Hansen, Jensen og Pedersen, 2008).

Í þessum kafla verður fjallað um þau úrræði sem standa ófrjósömum pörum til boða og þróun þeirra í gegnum tíðina. Fyrst verður fjallað um ættleiðingu og þá um þau úrræði sem eru í boði með tæknifrjógvunum.

2.1. Ættleiðing

Í gegnum tíðina hafa ættleiðingar verið hinn hefðbundni kostur fyrir ófrjósama einstaklinga (Holbrook, 1990). Hægt er að rekja ættleiðingar til hinna fornu Gyðinga, til Egyptalands hins forna og forn-Rómverja. Lengi vel áttu ættleiðingar sér stað á óformlegan hátt innan fjölskyldunnar eða samfélagsins og voru þær þá algengari meðal þeirra ríku. Í byrjun 20.

aldar fóru að myndast löggjafir í kringum ættleiðingar og eftir seinni heimstyrjöldina fóru alþjóðastofnanir að hafa mikil áhrif á þróun löggjafarinnar. Þá fóru ættleiðingar að þróast hratt þar sem þær fóru að ná út fyrir stórfjölskylduna (Baldur Möller, 1989). Á Íslandi var fyrsta löggjöfin um ættleiðingar sett árið 1952 sem var heldur seint miðað við hin Norðurlöndin. Í þessum lögum var farið fram á að þeir sem hugðust ættleiða barn yrðu að vera í hjónabandi og að þeir þyrftu að vera 25 ára eða eldri. Einnig kom fram í þessum lögum að fyrirhuguð ættleiðing ætti að vera barninu fyrir bestu og ef að barnið var eldra en 12 ára þá þurfti samþykki barnsins (Guðný Björk Eydal, 2005). Barnaverndaryfirvöld og þar með taldir þeir félagsráðgjafar sem starfa í umboði þeirra, hafa lögum samkvæmt skyldu til þess að meta hvað barninu sé fyrir bestu, en hagsmunir barnanna hafa verið hafðir í fyrirrúmi í starfi þeirra (Barnaverndarlög nr. 80/2002).

Fram að 20. öld voru dauðsföll af barnsförum nokkuð algeng sem gerði það að verkum að mörg börn urðu munaðarlaus. Þessi börn voru oftast en ekki send á sveitabæi sem vinnuafl. Eftir því sem heilbrigðiskerfið batnaði fækkaði dauðsföllum af barnsförum og þar af leiðandi börnum til ættleiðingar. Þá voru það einna helst ungar ógiftar stúlkur sem gáfu börn sín til ættleiðingar. Hins vegar fækkaði börnum til ættleiðingar enn frekar seinna á tuttugustu öld, þegar fóstureyðingar urðu lögleiddar, auk þess sem aðgengi að getnaðarvörnum varð betra. Bætt velferðarkerfi gerði það einnig að verkum að ungar mæður áttu nú möguleika á að eignast börn sín og ala þau upp sjálfar sem leiddi enn fremur af sér minna framboð af börnum til ættleiðinga. Eftirspurnin var þar af leiðandi mun meiri en framboðið. Þessi þáttur ásamt þróun í læknavísindum gerði það að verkum að fólk fór að leita annarra leiða til að eignast börn (Holbrook, 1990). Þessi lýsing á við aðstæður í Bandaríkjunum en ætla má að þróunin hafi verið svipuð á Íslandi og annarsstaðar í hinum vestræna heimi.

Ættleiðingar voru lausn samfélagsins á tveimur vandamálum sem tengjast félagsráðgjöf. Þær gáfu börnum sem ekki höfðu kost á þroskavænlegum uppeldisskilyrðum, af sökum fátæktar eða munaðarleysis, tækifæri til að alast upp á ástríku heimili og fá þá umönnun sem var þeim nauðsynleg. Auk þess gáfu ættleiðingar ófrjósömum og barnlausum einstaklingum tækifæri til að eignast barn til þess að annast og elska (Hollingsworth, 2003).

Árið 1993 var Haagsamningurinn gerður, en það er alþjóðlegur samningur um ættleiðingu barna á milli landa. Samningurinn var gerður til þess að koma á öryggisreglum til að tryggja að hagsmunum barnanna yrði gætt ásamt því að koma á samvinnu á milli ríkja og koma þannig í veg fyrir brottám barna og sölu þeirra. Samningurinn kveður á um skilyrði

fyrir ættleiðingu á milli landa, af hálfu upprunaríkis sem og móttökuríkis. Dæmi um skilyrði af hálfu upprunaríkis er að ríkið hafi gengið úr skugga um að ættleiða megi barnið og að tekið sé tillit til aldurs og þroska barnsins. Dæmi um skilyrði af hálfu móttökuríkis er að ríkið hafi tryggt að væntanlegir kjörforeldrar séu hæfir til að ættleiða og að barninu sé heimilt að búa í ríkinu til frambúðar (Þingskjal 939, 1998-1999). Það eru einna helst félagsráðgjafar sem meta hæfni væntanlegra kjörforeldra, en samkvæmt lögum um ættleiðingar nr. 130/1999 þurfa barnaverndarnefndir að gefa umsögn sína varðandi þær umsóknir sem berast sýslumanni um forsamþykki til ættleiðinga. Alls hafa 78 ríki samþykkt Haagsamninginn og gerðist Ísland aðildarríki árið 2000 (Hague conference on private international law, 2009).

Á árunum 1990 til 2007 voru á Íslandi frumættleidd 309 börn undir 6 ára aldri erlendis frá. Með frumættleiðingu er átt við ættleiðingu á barni sem er ekki barn maka umsækjanda, það er að segja, einstaklingarnir sem hyggjast ættleiða barnið eru hvorugir líffræðilegir foreldrar barnsins. Á árunum 1990 til 2007 voru einnig frumættleidd 29 íslensk börn á sama aldri. Það má því sjá að mun meira var af frumættleiðingum frá erlendum löndum heldur en frá Íslandi. Á árunum 1999 til 2005 varð mikil aukning af ættleiðingum frá erlendum löndum og á þessum sex árum voru 199 erlend börn ættleidd. Þessi aukning náði hámarki árið 2005 þegar ættleitt var 41 barn en þar af voru 35 börn frá Kína. Eftir þetta ár fór erlendum ættleiðingum að dala, en árin 2006 og 2007 var fjöldi ættleiddra barna rétt undir 20 talsins á hvoru ári (Hagstofa Íslands, 2008, e.d.). Ástæðan fyrir þessari fækkun var meðal annars minna framboð af börnum til ættleiðingar til erlendra landa, en Kína fór til dæmis að leggja meiri áherslu á að ættleiða kínversk börn innanlands og gáfu því vestrænum löndum minna færi á að ættleiða kínversk börn. Einnig urðu skilyrði í garð væntanlegra kjörforeldra strangari, þar sem auknar kröfur voru gerðar til líkamlegs hreystis og hjúskapar (Dowling og Brown, 2009).

Á Íslandi eru tvö félög með löggildingu frá dóms- og kirkjumálaráðuneyti til að sjá um milligöngu ættleiðinga. Félagið Íslensk ættleiðing var stofnað árið 1983 og sér í dag um ættleiðingar barna frá Indlandi, Kína, Kólumbíu, Tékklandi og Tælandi (Íslensk ættleiðing, e.d.a, e.d.b). Í mars 2009 fékk félagið Alþjóðleg ættleiðing löggildingu en ennþá er ekki farið að ættleiða í gegnum félagið. Félagið er þó farið að taka á móti umsóknum væntanlegra kjörforeldra sem vilja ættleiða börn frá Póllandi, ásamt því sem félagið á í samningaviðræðum við Afríkulöndin Tógó og Kenía (Alþjóðleg ættleiðing, 2009a, 2009b).

Ættleiðing er kostnaðarsamt ferli og er mikill kostnaður sem fer í lögfræðinga, uppihald og ferðalög, auk þess sem biðtíminn getur verið langur en þör geta verið á biðlista í nokkur ár, áður en röðin kemur að þeim. Á móti kemur að einstaklingar geta líka þurft að reyna í mörg ár að eignast barn með aðstoð tæknifrjógvanna. Þá þurfa þeir sem hyggjast ættleiða að uppfylla ákveðnar kröfur sem íslenska ríkið setur, svo sem hvað varðar aldur, fjárhagslega stöðu og heilsufar (Íslensk ættleiðing, e.d.b).

2.2. Hormónameðferð

Flestir einstaklingar sem ákveða að gangast undir tæknifrjógvun byrja á einfaldri hormónameðferð. Þá fær konan hormónalyf í ákveðinn tíma sem ætluð eru að örva eggjastokkana. Þar sem þessi aðferð er tiltölulega lítið inngrip er byrjað á henni nema að önnur vandamál séu augljós. Stundum þarf að grípa til skurðaðgerðar ef um er að ræða samgróninga í eggjaleiðara eða sæðisrás og getur það losað um stíflur og stuðlað þannig að árangri (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006).

Sú hormónameðferð sem nú er undanfari allra tæknifrjógvanna var þróuð af hópi vísindamanna í Ástralíu á 9. áratugnum en þessi hópur vann mikið frumkvöðlastarf. Hormónameðferðir leiddu til betra skipulags þar sem hægt var að finna rétta tímann til að ná í fullþroskuð egg, auk þess sem hormónameðferðirnar gerðu það að verkum að fleiri en eitt egg þroskuðust í hverjum tíðahring. Áströlsku vísindamennirnir voru þá einnig fyrstir til að aðstoða konur sem enga eggjastokka höfðu, en með hormónameðferð og fósturgjöf tókst þeim að hjálpa þessum konum að eignast börn (Ólafur M. Hakansson, 1989).

2.3. Tæknisæðing

Ef hormónameðferð ber ekki árangur er algengt að næsta skref sem einstaklingar taki sé tæknisæðing. Áður en tæknisæðing er framkvæmd er konan örvuð með lyfjum til að framkalla egglos (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Karlmaðurinn gefur sæði og þegar egglos er í hámarki er sæði karlmannsins komið fyrir ofarlega í leginu, mun nær egginu en gerist með náttúrulegum hætti. Þessi aðferð getur því hjálpað mikið þegar um er að ræða sæðisvandamál (Jón Hilmar Alfreðsson, 1990).

Upphaf tæknisæðinga má rekja til seinni hluta 19. aldar þegar vísindamenn byrjuðu að prófa sig áfram í þeim efnum. Mikil leynd lá þó yfir þessum tilraunum að sökum siðferðislegra álitaefna. Í Evrópu ráðlagði maður að nafni Paolo Mantegazza, hermönnum að

frysta sæði sitt í sæðisbanka svo þeir ættu möguleika á að eignast barn ef þeir myndu slasast alvarlega eða deyja í stríðinu. En frysting sæðis og tæknisæðing var með öllu ábótavant og það var ekki fyrr en tæpri öld síðar, eða um 1950, sem eitthvað fór að gerast í þessum málum. Þá var uppgötvað rotvarnarefni sem hjálpaði sæðinu að viðhalda heilbrigði sínu á meðan það væri fryst og þítt. Árið 1953 urðu þrjár heilbrigðar þunganir eftir tæknisæðingu með frosnu sæði (Holbrook, 1990). Á Íslandi var farið að framkvæma tæknisæðingar með gjafasæði á árunum 1977-1978 og var það í raun upphaf tæknifrjóvgana hér á landi (Þórður Óskarsson, 2001).

Árangur af tæknisæðingum hefur verið misgóður í Evrópu, en árið 2005 urðu 13-19% kvenna yngri en 40 ára þungaðar við hverja tæknisæðingu (Andersen o.fl., 2009). Ekki fundust tölur um árangur tæknisæðinga á Íslandi.

Tafla 1. Árangur tæknisæðinga í Danmörku og meðaltal í Evrópu 2005.

	Þunganir kvenna undir 40 ára	Þunganir kvenna yfir 40 ára
Danmörk	14,8%	7,6%
Evrópa	12,6%	7,4%

(Andersen o.fl. 2009)

2.4. Glasafrjóvgun

Glasafrjóvgun er möguleiki sem felur í sér meira inngrip en við tæknisæðingu. Glasafrjóvgun er ferli þar sem læknir örvar eggjastokka konunnar með lyfjum sem stjórna tíðahring hennar og egglosi. Við egglos eru eggin sótt og þau frjóvguð með sæði karlmannsins utan líkamans, þannig að úr verða fósturvísar. Fósturvísunum er svo komið fyrir í legi konunnar eftir um það bil tvo til fimm daga (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006; Holbrook, 1990).

Robert Edwards heitir einn helsti frumkvöðull glasafrjóvgana. Edwards hóf að þróa glasafrjóvgun á sjöunda áratuginum, þar sem hann gerði tilraunir á músum en á þeim tíma var erfitt að nálgast eggfrumur kvenna. Á sama tíma hafði annar læknir Patrick Steptoe, birt niðurstöður rannsókna sinna á kviðarholsspeglun á eggjaleiðurum. Hófst þá samsvinna þeirra sem leiddi af sér fyrsta glasabarn sögunnar. Fyrsta þungunin eftir glasafrjóvgun varð árið 1975 en sú þungun varð að utanlegsfóstri. Fyrsta barnið sem fæddist eftir glasafrjóvgun, Louise Brown, fæddist í Englandi árið 1978 (Brown, 2005).

Árið 1991 fór kvennadeild Landspítalans að framkvæma glasafrjóvganir og fæddist fyrsta barnið árið 1992. Fyrir þann tíma var glasafrjóvgun sótt til útlanda, en sá möguleiki hafði staðið íslenskum þörum til boða í fjögur ár áður en aðferðin var tekin upp hér á landi. Fyrstu íslensku þörin sem létu reyna á glasafrjóvgun fóru til Englands og höfðu þá íslensk heilbrigðisyfirvöld gert samning við Englendinga um meðferð íslenskra para. Mikil eftirspurn var eftir þessum úrræðum hér á landi og þegar tæknifrjóvgunardeildin opnaði á Landspítalanum mynduðust strax biðlistar sem undirstrikuðu þá þörf sem var fyrir þessum úrræðum hér á landi (Jón Hilmar Alfreðsson, 1990; Þórður Óskarsson, 2001).

Þegar verið var að þróa glasafrjóvgun var aðalmarkmiðið að framkalla árangursríka þungun, sem endaði með fæðingu barns. Fljótt kom í ljós að fjöldi fósturvísa hafði áhrif á árangur glasafrjóvgana og því var farið að setja 4-6 fósturvísa upp við hverja glasafrjóvgun. Við þetta jókst árangurinn, en fjölburaefæðingum fór fjölgandi. Á seinni hluta níunda áratugarins fóru Finnar að reyna að draga úr þessum fjölburaefæðingum þar sem þeir fóru að takmarka fjölda fósturvísa. Svíar fóru fljótlega að fordæmi Finna og smátt og smátt var farið að fækka uppsettum fósturvísam við glasafrjóvgun þangað til að loks var farið að setja upp einn fósturvísi. Þrátt fyrir þessa fækkun á uppsettum fósturvísam hefur árangurstíðnin við glasafrjóvgun ekki lækkað, en fjölburaefæðingum fækkaði hins vegar gríðarlega (Karlström og Bergh, 2007). Fjölburaefæðingar eru ekki æskilegar af ýmsum ástæðum. Þær geta lagt líf barnanna og mæðranna í hættu því dánartíðni barna og móður er hærri heldur en þegar konan fæðir eitt barn. Meiri líkur eru á að fjölburar fæðist fyrir tímann, en því geta fylgt margskonar erfiðleikar sem krefjast þess að börnin þurfa að dvelja á vökudeildum spítala. Það getur verið erfitt bæði fyrir börnin og fjölskylduna. Fyrirburar eru einnig líklegri til að lifa með fötlun eða þroskaskerðingu heldur en börn sem fæðast á réttum tíma (Ozturk og Templeton, 2002).

Árangur af glasafrjóvgunum hefur frá upphafi verið góður hér á landi. Árið 2001 höfðu fæðst um 100 börn árlega eftir glasafrjóvganir og 2.000 glasabörn í heildina, en hver tilraun hefur gefið af sér barn eða börn í þriðjungi tilfella. Árangur tæknifrjóvgana almennt hefur einnig verið góður á Íslandi í samanburði við önnur lönd (Þórður Óskarsson, 2001). Árið 2005 var framkvæmd 151 glasafrjóvgun á Íslandi og leiddu þessar glasafrjóvganir af sér þungun í 42,4% tilvika og fædd börn í 32,5% tilvika, en í Evrópu hefur aðeins Serbía hærri árangurstíðni (Andersen o.fl., 2009). Árangur glasafrjóvgana má sjá á næstu blaðsíðu.

Tafla 2. Árangur glasafrjóvgana á Íslandi og í Danmörk og meðaltal í Evrópu 2005.

	Þunganir	Fæðingar
Ísland	42,4%	32,5%
Danmörk	32,1%	20,3%
Evrópa	30,3%	--

(Andersen o.fl. 2009).

2.5. Smásjárfrjóvgun

Smásjárfrjóvgun er meðferð sem er að mörgu leiti lík glasafrjóvgun en er yfirleitt notuð þegar um sæðisvandamál er að ræða. Líkt og með glasafrjóvgun eru eggjastokkarnir örvaðir með lyfjagjöf og eggin tekin með aðgerð en þegar kemur að frjóvguninni sjálfri eru heilbrigðustu sæðisfrumurnar frá karlmanninum valdar út og þær látnar frjóvga eggid. Þá er sæðisfrumunum sprautað inn í eggin, þar sem einni sæðisfrumu er sprautað inn í hvert egg (ART medica, e.d.a; Helga Sól Ólafsdóttir, 2006).

Árið 1992 var byrjað að framkvæma smásjárfrjóvgun. Fyrir þann tíma var um 95% para þar sem orsök ófrjóseminnar var meiriháttar sæðisvandamál, boðið upp á gjafasæði. Það að fá gjafasæði er hins vegar óásættanlegt í mörgum menningarsamfélögum og trúarbrögðum eins og fjallað verður um nánar í fjórða kafla. Þegar loks var farið að framkvæma smásjárfrjóvgun áttu 90 – 95% para, þar sem vandamál ófrjóseminnar var afbrigðilegt sæði, möguleika á að vera líffræðilegir foreldrar barns (Bentley og Mascie-Taylor, 2000). Á Íslandi hófust smásjárfrjóvganir árið 1997 (Þórður Óskarsson, 2001). Árangur smásjárfrjóvgana má sjá á töflu þrjú.

Tafla 3. Árangur smásjárfrjóvgana á Íslandi, í Danmörku og meðaltal í Evrópu 2005.

	Þunganir	Fæðingar
Ísland	36,3%	25,1%
Danmörk	30,1%	21,6%
Evrópa	30,9%	--

(Andersen o.fl. 2009).

Frysting fósturvísa er aðferð sem tengist glasa- og smásjárfrjóvgun, en þá eru nokkrir fósturvísar frjóvgaðir við glasa- eða smásjárfrjóvgun og þeim fósturvísam sem ekki er komið fyrir í legi konunnar er komið fyrir í frysti, það er að segja ef fósturvísarnir eru hæfir til frystingar. Með því móti er konunni hlíft fyrir endurteknum lyfjameðferðum og eggheimtum ef meðferð misheppnast og eins ef hún vill eignast annað barn þegar á líður. Einnig sparar þessi aðferð tíma og peninga fyrir þá einstaklinga sem eru í meðferð (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006; Holbrook, 1990). Á Íslandi var farið að frysta fósturvísa árið 1996 (Þórður Óskarsson, 2001).

2.6. Kynfrumugjafir

Þá ber að nefna gjafakynfrumur en með því er átt við eggjagjöf eða sæðisgjöf. Sæðisgjöf er elsta meðferðin við erfiðleikum við þungun, en eins og áður hefur komið fram var farið að veita tæknisæðingar með gjafasæði á árunum 1977-1978 á Íslandi. Eggjagjöf er talsvert flóknari en sæðisgjöf þar sem erfiðara hefur reynst að nálgast eggin heldur en sæðisfrumuna. Þess vegna hefur tekið lengri tíma að þróa eggjagjöfina (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Árið 1984 var eggjagjöf gerð möguleg og ásamt staðgöngumæðrun hafa þessar aðferðir orðið árangursríkar (Bentley og Mascie-Taylor, 2000). Árið 2000 hófust á Íslandi glasafrjóvgunar-meðferðir með gjafaeggjum (Þórður Óskarsson 2001).

Sæðisgjöf er möguleiki sem hægt er að nýta þegar karlmaðurinn er ófrjór. Einnig er sæðisgjöf möguleiki fyrir samkynhneigðar konur og einstæðar konur (Bentley og Mascie-Taylor, 2000). Þeir sem gefa sæði þurfa að vera heilbrigðir og í fjölskyldu þeirra má ekki ganga arfgengur sjúkdómur, en gjafasæði eru yfirleitt vel rannsökuð áður en þeim er komið fyrir í legi kvennanna (Borrero, 2002). Á Íslandi er yfirleitt um að ræða nafnlausa sæðisgjöf og er sæðið fengið frá erlendum sæðisbönkum (ART medica, e.d.b.).

Eggjagjöf er yfirleitt notuð þegar ófrjósemina er að finna hjá konunni, meðal annars þegar konan framleiðir ekki egg eða þegar óráðlegt er að nota egg hennar, til dæmis þegar konan ber með sér arfgenga sjúkdóma eða kvilla (Borrero, 2002). Við eggjagjöf er egg fengið frá annarri konu, það frjóvgað við glasafrjóvgun með sæði makans og fósturvísinum þá komið fyrir í legi konunnar. Þessi aðferð gefur hinni ófrjósome konu möguleikann á því að ganga með barn sitt, þó svo að hún sé ekki líffræðileg móðir þess (Murray, MacCallum og Golombok, 2006). Konan sem gefur egg sitt þarf að fara í gegnum hormónameðferð, svo hægt sé að framkvæma eggheimtuna á réttum tíma (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Eggjagjöf

er því töluverð fyrirhöfn fyrir gjafann. Á Íslandi getur verið erfitt að fá eggjagjafa og yfirleitt er best fyrir parið að finna eggjagafa sjálft (ART medica, e.d.b.).

Tafla 4. Árangur kynfrumugjafar á Íslandi og í Danmörku, ásamt meðaltali í Evrópu 2005.

	Þunganir í kjölfar eggjagjafar	Þunganir í kjölfar sæðisgjafar
Ísland	39,1%	--
Danmörk	38,6%	20,4%
Evrópa	41,9%	9,2%

(Andersen o.fl. 2009).

Hér ber að geta að tölurnar sem sýna árangur af notkun gjafasæðis eru miðaðar við tæknisæðingu og þar sem glasafrjóvganir hafa hærri árangurstíðni en tæknisæðingar má gera ráð fyrir því að ef gjafasæðið er frjóvgað með glasafrjóvgun væri árangurinn hærri.

Samkvæmt reglugerð um tæknifrjóvgun nr. 144/2009 þarf að gera væntanlegum kynfrumugjafa grein fyrir í hverju kynfrumugjöf er fólgin, að hann geti óskað nafnleyndar ásamt þeim reglum sem gilda þegar hann hefur óskað nafnleyndar sem og þeim reglum sem gilda þegar nafnleyndar er ekki óskað. Einnig þarf gjafinn að vera upplýstur um þau læknisfræðilegu og siðferðislegu vandamál sem geta komið upp í sambandi við kynfrumugjöfina ásamt lagalega stöðu hans og barnsins sem kann að verða til. Þessar upplýsingar gæti verið gott að fá frá félagsráðgjafa ásamt þeirri ráðgjöf sem æskileg er fyrir væntanlega gjafa.

2.7. Staðgöngumæðrun

Staðgöngumæðrun er fyrirbæri sem má rekja til tíma Biblíunnar en þá gáfu ófrjóar konur eiginmönnum sínum vinnukonur sínar til þess að geta börn þeirra. Í gegnum söguna hafa konur sem ekki gátu eignast sitt eigið barn hvatt vinkonur sínar, ættingja eða ókunnugar konur til þess að eignast barn fyrir sig (Holbrook, 1990). Tilraunir til að flytja fóstur á milli kvenna hófust í kringum 1980 en fyrsta skýrslan um staðgöngumæðrun var birt árið 1983 (Bentley og Mascie-Taylor, 2000). Staðgöngumæðrun er ekki lögleg hér á landi (Lög um tæknifrjóvganir og notkun kynfrumna og fósturvísa manna til stofnfrumurannsókna nr. 55/1996).

Staðgöngumæðrun er úrræði sem hægt er að nota þegar konan er ófær um að verða ólétt eða getur ekki gengið með barnið. Konan sem býður fram leg sitt og jafnvel egg, er staðgöngumóðir og gengur með barnið (Holbrook 1990). Staðgöngumæðrun er hægt að skipta í þrjá flokka. Í fyrsta lagi þar sem sæði mannsins er notað til að frjóvga egg staðgöngumóðurinnar. Í öðru lagi er hægt að koma fósturvísi parsins, sem frjóvgaður er með glasafrjóvgun úr kynfrumum beggja aðila, fyrir í legi staðgöngumóðurinnar. Í þriðja lagi er hægt að fá gjafakynfrumur, hvort sem um ræðir gjafaegg, eða gjafasæði. Það eru því margar tegundir af staðgöngumæðrun og hefur það meðal annars leitt til þess, hversu umdeilt þetta úrræði er (MacCallum, Lycett, Murray, Jadva, Golombok, 2003).

Stundum fá staðgöngumæður greitt fyrir að ganga með barnið, en margar fá þó ekki greitt fyrir þessa þjónustu og fer það í raun eftir lögum þeirra landa sem heimila þetta fyrirkomulag. Greiðslan er ætluð til þess að standa straum af ýmsum fjárhagslegum þáttum sem fylgir þungun, eins og vinnutapi, ásamt þeim óþægindum og sársauka sem geta fylgt þunguninni og fæðingunni (Holbrook, 1990; IVF-worldwide, e.d.d.). Staðgöngumæðrun hefur verið mjög árangursrík aðferð og með eggjagjöf hefur hún verið hvað árangursríkust af öðrum aðferðum en á bestu tæknifrjóvgunardeildum hefur árangurinn haldist í 50% og telst það mjög gott (Bentley og Mascie-Taylor, 2000).

Margar siðferðislegar spurningar vakna þó þegar talað er um staðgöngumæðrun og eru siðferðislegu málefnið ástæðan fyrir því að þetta fyrirkomulag er bannað í eins mörgum löndum og raun ber vitni. Það að konunni sé borgað fyrir að gefa egg sitt og fyrir að ganga með barnið hefur verið mjög umdeilt þar sem sumir segja að með þessu sé verið að selja börn. Hins vegar er ástæða greiðslunnar sú, að konan er að gefa tíma sinn og er þar að auki að setja mikið álag á líkama sinn fyrir einhvern annan. Fleiri siðferðislegar spurningar vakna þegar rætt er um staðgöngumæðrun. Hvað ef eitthvað amar að barninu, það sé fatlað, veikt eða mætir ekki kröfum foreldranna? Hvað ef foreldrarnir hætta við? Hver á þá að taka við barninu? Hvað ef staðgöngumóðirinn fær bakþanka og er ekki tilbúin að gefa barnið frá sér? Það eru því augljóslega margir þættir sem ber að huga að þegar staðgöngumæðrun er annars vegar og mikilvægt fyrir þau lönd sem lögleiða þessa aðferð að hafa mjög skýrar og ákveðnar reglur (Holbrook, 1990). Heilbrigðisráðuneytið hefur skipað vinnuhóp sem hefur það hlutverk að skoða siðfræðileg, lögfræðileg og lækisfræðileg álitaefni varðandi staðgöngumæðrun og hvort leyfa eigi staðgöngumæðrun á Íslandi. Hópurinn var skipaður í janúar 2009, en engin niðurstaða hefur verið birt enn sem komið er (Heilbrigðisráðuneytið, 2009).

3. Íslensk löggjöf

Lög um ættleiðingar nr. 130/1999 kveða meðal annars á um hverjir geti ættleitt, um meðferð og úrlausn barnaverndarmála og ættleiðingar barna erlendis frá. Einstaklingar sem vilja ættleiða barn þurfa að sækja um forsamþykki hjá sýslumanni þar sem leita skal umsagnar barnaverndaryfirvalda. Ef parið fær forsamþykki getur það haldið áfram í ættleiðingarferlinu. Samkvæmt reglugerð um ættleiðingar nr. 238/2005 þurfa þeir sem hyggjast ættleiða að láta ýmis gögn fylgja umsókninni, svo sem almennar upplýsingar, upplýsingar um heilsufar, læknisvottorð, hjúskaparvottorð eða vottorð um staðfesta samvist og ljósrit af skattframtali síðustu tvö ár. Í reglugerðinni segir að umsækjendur þurfa að vera andlega og líkamlega hraustir svo það sé tryggt að ættleiðingin verði barninu fyrir bestu. Ýmsir sjúkdómar geta leitt til þess að einstaklingar fái synjun um ættleiðingu, svo sem alnæmi, offita, fötlun eða geðsjúkdómar.

Þegar umsókn um ættleiðingu er lögð fram skulu umsækjendur ekki vera eldri en 45 ára, nema í sérstökum undantekningartilfellum svo sem þegar annar aðilinn er töluvert yngri. Þegar einhleypur einstaklingur sækir um að ættleiða þarf barnaverndarnefnd að gera sérstaka grein fyrir hæfni einstaklingsins til uppeldis barns og þarf viðkomandi þá að vera sérstaklega hæfur, umfram aðra, til að taka að sér barn þar sem hann hefur sérstaka eiginleika eða reynslu af umönnun og uppeldi barna (Reglugerð um ættleiðingar nr. 238/2005).

Lög um tæknifrjóvgun og notkun kynfrumna og fósturvísa manna til stofnfrumurannsókna nr. 55/1996 kveða á um framkvæmd tæknifrjóvgana, geymslu kynfrumna og fósturvísa, rannsóknir á fósturvísunum og notkun umframfósturvísa til stofnfrumurannsókna. Lögin skilgreina tæknifrjóvgun sem getnað sem verður í framhaldi af tæknisæðingu eða glasafrjóvgun. Samkvæmt þessum lögum er tæknifrjóvgun einungis heimil þegar ætla má að væntanlegu barni verði tryggð þroskavænleg uppeldisskilyrði og að andleg heilsa og félagslegar aðstæður konunnar eða parsins séu góðar. Þá eru einnig sett skilyrði um það að konan sé á eðlilegum barneignaraldri og að hún hafi líkamlega burði og fullnægjandi heilsu til að takast á við það álag sem fylgir frjósemismeðferð, meðgöngu og fæðingu barns. Læknir metur það hvort þessum skilyrðum sé mætt. Þá segir í sömu lögum að læknar sem meðhöndla ófrjósama einstaklinga skuli bjóða þeim sem sækja um tæknifrjóvgunarmeðferð, faglega ráðgjöf sérfræðinga, svo sem félagsráðgjafa.

Samkvæmt reglugerð um tæknifrjóvgun nr. 144/2009 er lækni heimilt að krefjast vottorða frá viðeigandi sérfræðingum til að meta andlegt, líkamlegt og félagslegt ástand einstaklinganna, ef hann telur ástæðu til. Ef vafi leikur á hvort að félagslegar aðstæður einstaklinganna til barnauppeldis séu nægilega góðar skal læknir fá álit barnaverndarnefndar. Í sömu reglugerð segir einnig að hámarksgeymslutími fósturvísa og kynfruma sé 10 ár og eftir þann tíma skal þeim vera eytt. Þá er einungis heimilt að setja upp einn fósturvísi við tæknifrjóvgun ef konan er undir 36 ára aldri, nema sérstakar ástæður liggi að baki, svo sem þegar konan er komin á síðasta hluta frjósemissskeiðs og líkur á bólfestu fósturvísis eru litlar.

Samkvæmt þessum tveimur lögum, það er að segja lögum um tæknifrjóvgun og lögum um ættleiðingar, má segja að félagsráðgjafinn hafi nokkur hlutverk. Hann er umsagnaraðili, þar sem leitað er til hans þegar meta á verðandi foreldra. Hann er einnig stuðningsaðili, þar sem einstaklingar eiga rétt á ráðgjöf og stuðning frá félagsráðgjafa eða öðrum fagaðila. Samkvæmt barnaverndarlögum nr. 80/2002 hefur félagsráðgjafinn einnig það hlutverk að gæta hagsmuna barna, hvort sem börnin eru komin í heiminn eða hafa enn ekki verið getin.

Að lokum ber að nefna barnalögin nr. 76/2003, en í þeim kemur fram að öll börn hafi rétt á að þekkja foreldra sína. Sömu lög segja að kona sem fæðir barn, sem getið er með tæknifrjóvgun, telst móðir þess, ásamt því að maður sem hefur samþykkt að tæknifrjóvgun verði gerð á sambýliskonu sinni eða eiginkonu er talinn faðir barnsins sem þannig er getið. Lögin segja einnig til um það að maður sem gefur sæði sitt í þeim tilgangi að það verði notað við tæknifrjóvgun á annarri konu en eiginkonu hans eða sambýliskonu, verði ekki dæmdur faðir þess barns.

4. Viðhorf trúarbragða til ólíkra úrræða

Hin ýmsu trúarbrögð líta ólíkum augum á æxlun og frjósemismeðferðir. Fjölmennning í samfélagi okkar hefur aukist töluvert þar sem einstaklingum af erlendum uppruna hefur fjölgað (Hallfríður Þórarinsdóttir, Sólveig H. Georgsdóttir og Berglind L. Hafsteinsdóttir, 2009). Þessi samfélagsbreyting gerir auknar kröfur til félagsráðgjafa þar sem innflytjendur eru hluti af skjólstæðingahóp þeirra. Mikilvægt er fyrir félagsráðgjafa sem starfa með ófrjósömum einstaklingum að vera meðvitaðir um trú þeirra og menningu. Þessi þekking gerir félagsráðgjafanum kleift að skilja einstaklinginn og að mæta honum þar sem hann er með þeirri heildarsýn sem hann er þjálfður í að beita. Meðvitaður um þessi atriði getur félagsráðgjafinn tekið tillit til skjólstæðingsins og menningu hans (Farley, Smith og Boyle, 2006).

Gyðingar líta alvarlega á þau orð Guðs til Adams og Evu, þar sem hann sagði þeim að vera frjósöm og fjölga sér. Gyðingar eru því mjög hlyntir frjósemismeðferðum þar sem um er að ræða egg og sæði hjóna. Innan kristinna trúflokka ríkja ólík viðhorf til tæknifrjógvanna en kaþólikkar samþykkja þær ekki á meðan mótmælendum og öðrum öngum kristinnar trúar er frjálst að leita sér slíkrar aðstoðar. Þá heimila múslimar glasafrjövgun og fósturfærslu svo lengi sem það er gert fyrir gift hjón (Schenker, 2005).

Tæknisæðing með gjafasæði er sú aðferð sem er hvað umdeildust af hinum ýmsu trúarbrögðum. Gyðingar eru yfirleitt á móti notkun gjafasæðis, þó svo að sumir gyðingar telji að það sé leyfilegt í ákveðnum tilfellum, til dæmis heimila sumir rabbínar sæðisgjöf einungis ef gjafinn er ekki gyðingur. Ástæða þess að litið er hornauga á gjafasæði er sú að þá er í raun ekki lengur verið að ræða um barn innan hjónabands þar sem eiginmaðurinn er ekki líffræðilegur faðir barnsins og því telst það í raun sem hjúskaparbrot. Einnig er tilkoma gjafasæðisins umdeild þar sem sjálfsfróun er mjög illa séð. Notkun gjafasæðis og gjafaeggs er oft talin ógna reisu og virðingu hjónanna og réttindum barnsins auk þess sem margir líta svo á að það geti haft slæm áhrif á sjálfsmynd barnsins og að það geti stofnað uppruna þess í hættu (Schenker, 2005).

Kaþólikkar líta svo á að æxlun sé fyrirbæri sem á einungis að eiga sér stað þegar hjón hafa samfarir og missir þannig fullkomnun sína og reisu þegar lækna eða aðrir skipta sér af henni. Með því afneita þeir flestum tæknifrjögvarmeðferðum. Reyndar heimila þeir tæknisæðingu í einstaka tilfellum svo lengi sem sú aðstoð komi ekki í staðinn fyrir kynlíf hjónanna, heldur sé tæknisæðingin einungis einföldun formsatriða (Schenker, 2005).

Múslímar hvetja til tæknifrjóvgana ef hjón eiga við ófrjósemi að stríða, sérstaklega þar sem þeir telja að ættleiðingar séu ekki viðunandi lausn. Þá hafa læknar skyldu til að hjálpa ófrjósömum pörum við að eignast barn. Eins og fram hefur komið heimila múslímar glasafrjóvgun en aðeins þegar notaðar eru kynfrumur hjóna. Ekki er ásættanlegt að þriðji aðili eigi í hlut, hvort sem um er að ræða egg, sæði, leg eða fósturvísi. Líkt og hjá gyðingum er sæðisgjöf óásættanleg þar sem það fellur undir hjúskaparbrot (Schenker, 2005).

Hindúar leggja áherslu á fjölgun og þá leggja þeir sérstaklega áherslu á mikilvægi þess að eignast sveinbörn. Tæknifrjóvganir eru leyfilegar en skilyrði er þó að eggð og sæðið komi frá giftu pari. Hindúar heimila þó sæðisgjöf, svo lengi sem sæðisgjafinn er náskyldur eiginmanninum (IVF-worldwide, e.d.e.). Samkvæmt Búdda, þar sem mikil áhersla er lögð á endurholdgun, er þeim sem eru siðlausir refsað með þeim hætti að þeir geta ekki eignast börn í næsta lífi. Því er talið að ófrjósamir einstaklingar hafi lifað siðlausu lífi, eða eiga forfeður sem voru siðlausir og er þeim því refsað með þeim hætti að þeir geti ekki eignast börn, í þessu eða næsta lífi (Qui, 2002).

Eins og sjá má er trú einstaklinga mikilvægur þáttur þegar kemur að viðhorfum þeirra til ófrjósemi og frjósemismeðferða og þess vegna skiptir miklu máli fyrir fagfólk sem vinnur með þessum einstaklingum að vera meðvitað um og taka tillit til trúar þeirra.

5. Áhrif úrræða

Þegar einstaklingar standa frammi fyrir ófrjósemi breytist sýn þeirra á framtíðina þar sem ekki er lengur sjálfgefið að börn þeirra séu inni í myndinni. Þá á tengslanet einstaklinganna það til að breytast þar sem vinir sem eignast hafa börn geta fjarlægst en ný vinátta getur myndast við einstaklinga í sömu stöðu. Samband við fjölskyldu getur einnig breyst þar sem einstaklingar geta upplifað þrýsting og skilningsleysi frá fjölskyldu sinni (Peoples og Ferguson, 1998). Þeir sem leita til tæknifrjógvanna standa frammi fyrir enn meira álagi, þar sem frjósemismeðferðir reyna á líkamlega og andlega heilsu ásamt því að vera kostnaðarsamar (Peterson, Newton, Rosen og Skaggs, 2006). Í þessum kafla verður fjallað um þau sálrænu, félagslegu og fjárhagslegu áhrif sem tæknifrjógvanir og önnur úrræði hafa á einstaklinga og þör, sem og þann möguleika sem einstaklingarnir hafa og enn hefur ekki verið rætt um, að lifa í barnleysi.

5.1. Sálræn og félagsleg áhrif

Sú kreppa sem einstaklingar upplifa þegar ófrjósemin verður að veruleika er yfirleitt tímabundin en hún getur samt sem áður verið viðvarandi lengi þar sem parið getur þurft að fara í gegnum margar frjósemismeðferðir áður en þungun á sér stað. Þó kreppan sé langvarandi hefur hún mismikil áhrif á einstaklingana eftir því hvar þeir eru staddir í meðferðinni (Helga Sól Ólafsdóttir, 2006). Það er að segja að kreppan hefur til dæmis meiri áhrif á einstaklingana rétt eftir að meðferð misheppnast en svo getur hún haft minni áhrif á öðrum tímapunktum í meðferðinni.

Wirtberg (1992) hefur skipt þeirri kreppu sem kemur í kjölfar ófrjósemi í sex stig:

- Fyrsta stigið einkennist af undrun og losti þar sem ófrjósemi er eitthvað sem fæstir hafa reiknað með og erfitt getur verið fyrir einstaklingana að átta sig á því sem er að gerast.
- Á öðru stigi fara einstaklingarnir í afneitun en hún getur bæði haft góð og slæm áhrif. Afneitun getur hjálpað fólki að því leyti að einstaklingarnir fara á sínum hraða í gegnum ferlið og hún getur minnkað streitu, en hins vegar getur afneitun komið í veg fyrir að aðilarnir vinni í sínum málum og því þarf að passa að afneitunin verði ekki langvarandi. Þá er oft gott fyrir einstaklinginn að fá hjálp frá

fagfólki, til dæmis félagsráðgjafa, til að komast yfir afneitunina og horfast í augu við raunveruleikann.

- Þriðja stigið einkennist af reiði. Þessi reiði getur stafað af þrýstingi frá fjölskyldu og vinum, óánægju með heilbrigðiskerfið og óþægilegum og jafnvel sársaukafullum meðferðum. Reiðin getur líka beinst að þeim sem fara í fóstureyðingu og þeim sem eignast börn en geta ekki hugsað almennilega um þau, til dæmis af félagslegum eða fjárhagslegum ástæðum.
- Á fjórða stiginu á félagsleg einangrun sér stað, þar sem það getur verið erfitt að opinbera ófrjósemina fyrir samfélaginu. Ófrjósemi er yfirleitt talin mjög persónuleg og henni getur fylgt skömm sem gerir það að verkum að einstaklingarnir reyna að halda leynd yfir henni. Þannig er einnig reynt að forðast vorkunn og „góð ráð“ frá öðrum. Það er þó mikilvægt að reyna að kljúfa þessa einangrun þar sem hún getur haft áhrif á andlegan líðan einstaklinganna. Þá getur félagsráðgjafinn hjálpað einstaklingunum að sigrast á þessari einangrun og koma þeim aftur út í samfélagið.
- Fimmta stigið einkennist af sektarkennd. Algengt er að einstaklingar finni fyrir sektarkennd yfir því að hafa notað getnaðarvarnir, eða yfir því að hafa beðið með barneignir eins lengi og raun bar vitni. Þá er sektarkennd algengari hjá konum heldur en hjá körlum.
- Sjötta og síðasta stigið er stig sorgarinnar, sem verður þegar barnleysi verður að veruleika en sorgin verður oft að skritinni og ruglandi tilfinningu sem erfitt er að gera grein fyrir þar sem ekki er verið að syrgja einstakling heldur part af framtíðinni og draum sem einstaklingarnir áttu sem virðist ekki ætla að verða að veruleika.

(Wirtberg, 1992).

Sálrænir erfiðleikar sem ófrjósamir einstaklingar glíma við eru flóknir þar sem margir þættir hafa áhrif á þá, svo sem kyn, ástæða og lengd ófrjóseminnar. Áhrif kyns verður rætt frekar í köflum 5.1.2 og 5.1.3. Rannsókn sem gerð var í Íran um tengsl ástæðu og lengd ófrjóseminnar og sálrænna þátta, leiddi í ljós að kvíði var algengastur hjá þeim einstaklingum þar sem ástæður ófrjóseminnar voru endurtekin fósturlát, en allir þeir sem áttu við það vandamál að stríða glímdu við kvíða. Þá upplifðu 95,7% þeirra einstaklinga þar sem orsakir

ófrjóseminnar voru óþekktar kvíða. Þunglyndi var einnig algengast hjá þeim einstaklingum þar sem orsakir ófrjóseminnar voru óþekktar, en 56,5% þeirra áttu við þunglyndi að stríða. Þessi sama rannsókn sýndi að kvíði og þunglyndi væri algengast eftir 4-6 ára ófrjósemi. Alvarlegt þunglyndi fannst þá oftast hjá þeim einstaklingum þar sem ófrjósemin hafði verið viðvarandi í 7-9 ár (Ramezanzadeh o.fl., 2004). Þegar horft er á þessar niðurstöður ber þó að taka tillit til ólíkrar samfélagsgerðar, þar sem gildin í Íran eru frábrugðin þeim gildum sem við á Íslandi þekkjum. Hér ber einnig að nefna að tæplega 80% kvennanna sem tóku þátt í þessari rannsókn voru heimavinnandi sem getur meðal annars haft áhrif á tengslanet þeirra.

Eins og gefur að skilja fer tilfinningalegt jafnvægi einstaklinga í kjölfar frjósemismeðferða eftir því hvort þungun takist eður ei (Holter, Andreheim, Bergh og Möller, 2006). Í kjölfar misheppnaðrar frjósemismeðferðar er mikilvægt fyrir einstaklingana að upplifa skilning og stuðning frá umhverfi sínu. Ef einstaklingurinn upplifir skort af skilningi og stuðningi frá ástvinum sínum eru líkur á að viðkomandi gangi verr að jafna sig (Daniluk og Tench, 2007).

Það er mismunandi hvernig einstaklingar takast á við ófrjósemi. Schmidt, Christensen og Holstein (2005) gerðu rannsókn í Danmörku þar sem þau skoðuðu þær aðferðir sem einstaklingar notuðu til að takast á við ófrjósemi sína þegar þeir voru að hefja sína fyrstu tæknifrjóvgunarmeðferð. Þau athuguðu hvort þessar aðferðir væru ólíkar eftir þjóðfélagsstétt einstaklinganna í samfélaginu (*e. occupational social class*) og var þá lagt áherslu á menntun og atvinnu. Í þessari rannsókn var aðferðum til að takast á við ófrjósemina skipt í fjóra flokka. Í fyrsta lagi aðferðir sem byggjast á virkri hliðrun (*e. active avoidance coping*) þar sem einstaklingurinn forðast meðal annars óléttar konur og börn. Í öðru lagi aðferðir sem byggjast á óvirkri hliðrun (*e. passive avoidance coping*) þar sem einstaklingurinn bíður til dæmis eftir kraftaverki. Í þriðja lagi aðferðir sem byggjast á því að takast á við vandamálið (*e. active confronting coping*), þar sem viðkomandi sýnir tilfinningar og spyr aðra ráða. Í fjórða lagi eru svo aðferðir sem byggjast á að finna nýja merkingu í lífinu (*e. meaning based coping*), þar sem meðal annars er beðið til guðs og ný markmið fundin. Fyrirnefnd rannsókn leiddi í ljós að eftir því sem þjóðfélagsstétt einstaklinganna var lægri, þeim mun minna notuðust þeir við aðferðir sem studdust við virka hliðrun. Konur úr lægri þjóðfélagsstéttum voru þá líklegri til að beita aðferðum til að takast á við vandamálið, heldur en konur úr efri stéttum. Þá jukust aðferðir sem byggja á óvirkri hliðrun eftir því sem þjóðfélagsleg stétt einstaklinganna var lægri. Konur úr lægstu þjóðfélagsstéttum voru

líklegastar til að styðjast við aðferðir sem byggðu á því að finna nýja merkingu í lífinu (Schmidt o.fl., 2005).

5.1.1. Streita og ófrjósemi

Mikil streita getur fylgt ófrjósemi og frjósemismeðferðum og einstaklingar þurfa oft að horfast í augu við marga streituvalda meðan þeir eru í meðferð. Þessir streituvaldar eru meðal annars ófrjósemin sjálf, þau óþægindi sem geta fylgt daglegum sprautum og blóðprufum, lág árangurstíðni, bið eftir niðurstöðum og fjárhagslegt álag (Sanders og Bruce, 1999).

Margar rannsóknir hafa verið gerðar um tengsl streitu við ófrjósemi. Tengsl hafa fundist á milli streitu og ófrjósemi, en erfitt er að finna orsök og afleiðingu í þeirri umræðu (Sanders og Bruce, 1999; Smeenk o.fl., 2005). Sanders og Bruce (1999) rannsökuðu þessi tengsl í Ástralíu og komust að þeirri niðurstöðu að konur sem voru að vinna fulla vinnu og konur sem voru neikvæðar urðu síður óléttar í kjölfar tæknifrjóvgunar. Í sömu rannsókn fundust einnig tengsl á milli kvíða og árangurs meðferðar, þar sem rannsóknin sýndi að konur sem glímdu við kvíða urðu síður óléttar í kjölfar meðferðar. Þessi tengsl eru þó flókin og geta margir þættir haft þar áhrif, eins og meðfylgjandi niðurstöður Smeenk og félaga sýna.

Smeenk o.fl. (2005) gerðu rannsókn í Hollandi þar sem framleiðsla streituhormóna í líkamanum var skoðuð og sett í samhengi við þá streitu sem konur töldu sig upplifa í kjölfar tæknifrjóvgana. Rannsókn þeirra leiddi í ljós að ekki var munur á streituvíðbrögðum kvennanna á meðan meðferð stóð, hvort sem þær urðu óléttar eða ekki. Hins vegar leiddi rannsóknin í ljós að kvíði og þunglyndi fyrir meðferð var í jákvæðum tengslum við framleiðsu adrenalíns á meðan meðferð stóð og þær konur sem urðu óléttar í kjölfar meðferðar voru með minna magn af adrenalíni í líkamanum þegar fósturvísi var komið fyrir heldur en þær konur sem ekki urðu óléttar. Það er að segja, eftir því sem konur voru kvíðnari eða þunglyndari fyrir meðferð, þeim mun meiri var adrenalínframleiðslan og minni líkur voru á þungun. Því drógu Smeenk og félagar þá ályktun að streituhormónið adrenalín gæti verið mikilvægur þáttur í því flókna tengslasambandi sem ríkir á milli streitu og árangurs tæknifrjóvgunarmeðferða.

Schneider og Forthofer (2005) rannsökuðu tengslin á milli sálfélagslegra þátta og streitu á meðan einstaklingar voru í tæknifrjóvgunarmeðferðum, þar sem markmiðið með rannsókninni var að mæla hversu mikið sálfélagslegir þættir hefðu áhrif á streitu, á ólíkum

tímapunktum meðferðarinnar. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að sjálfsálit og sjálfstraust einstaklinga, var mikilvægasti þátturinn í tengslum við streitu á meðferðartíma, þar sem streita mældist meiri hjá þeim einstaklingum sem höfðu lítið sjálfstraust og lélega sjálfsmynd. Sjálfstraust var þá aftur á móti í miklum tengslum við félagslegan stuðning og var sambandið jákvætt, en eftir því sem einstaklingar höfðu meiri félagslegan stuðning þeim mun meira var sjálfstraustið. Því má segja að félagslegur stuðningur sé mjög mikilvægur þegar einstaklingar ganga í gegnum frjósemismeðferðir, þar sem stuðningurinn dregur á vissan hátt úr streitu.

Þá geta væntanlegir kjörforeldrar ættleiddra barna verið undir töluverðri streitu sem getur meðal annars stafað af þeim kröfum sem gerðar eru til þeirra. Það getur einnig reynst einstaklingunum erfitt að upplýsa vini og vandamenn um áform sín ásamt því að margir hafa áhyggjur af því hvernig þeir eigi að bera sig að þegar kemur að því að segja barninu frá uppruna sínum. Einnig hafa væntanlegir kjörforeldrar yfirleitt litlar upplýsingar um líffræðilega foreldra barnsins, sjúkrasögu þeirra eða skapgerð, en þetta eru atriði sem geta haft mikil áhrif á framtíð barnsins og þar af leiðandi á framtíð þeirra. Af þessum ástæðum getur verið gott fyrir einstaklingana að fá stuðning frá félagsráðgjafa, sem getur hjálpað þeim að vinna úr þessum tilfinningum og takast á við þessar áhyggjur (Farber, Timberlake, Mudd og Cullen, 2003).

5.1.2. Áhrif á karlmanninn

Nokkrar rannsóknir hafa bent til þess að þegar orsök ófrjóseminnar liggur hjá karlmanninum, eigi karlar við meiri erfiðleika að stríða en hjá þeim karlmönnum sem orsökina liggur hjá konunni (Kedem, Mikulincer, Nathansons og Bartoov, 1990; Lee, Sun og Chao, 2001). Hins vegar leiddi rannsókn Peronace o.fl. (2007) í ljós að ófrjósemi og misheppnaðar meðferðir eru erfiðar og tilfinningaleg áskorun fyrir flesta karlmenn, burt séð frá því hvort orsök ófrjóseminnar liggir hjá þeim eða konunni. Rannsóknin gaf þá einnig til kynna að flestir karlmenn væru opnir fyrir frjósemisvanda sínum, en að félagslegur stuðningur þeirra færi minnkandi eftir því sem liði á meðferðirnar.

Þegar kemur að því hvernig karlmenn takast á við ófrjósemina og tæknifrjóvganir eru þeir líklegri til að draga sig meira til baka en konur ásamt því að vera líklegri til að skipuleggja og reyna að finna lausnir á vandanum (Peterson o.fl., 2006). Þá er algengt að karlmenn upplifi valdaleysi yfir ófrjósemi sinni ásamt því að hafa áhyggjur af viðbrögðum maka sinna.

Einnig er algengt að karlmenn verði hræddir um konur sínar, ásamt því að finna fyrir sektarkennd gagnvart þeim, þar sem konurnar þurfa að ganga í gegnum mesta erfiðnið sem fylgir tæknifrjövgunum. Þá er algengt að karlmenn finni fyrir hjálparleysi gagnvart konum sínum þegar meðferð ber ekki árangur, þar sem þeim getur liðið illa yfir því að geta ekki veitt konum sínum meiri hjálp (Hardy og Makuch, 2002).

5.1.3. Áhrif á konuna

Í rannsókn sem Holter og fleiri gerðu um tímabundin áhrif á sálarheilsu og hjónabandið eftir fyrstu glasafrjövgun kom í ljós að konur töldu það vera mikilvægara fyrir sig að eignast barn heldur en karlar. Þær virðast einnig hugsa meira um ófrjósemi sína og telja þær að barnleysið og ófrjósemin hafi meiri áhrif á þær. Þá er konum hættara við að glíma við þunglyndi meðan á meðferð stendur eða í kjölfar misheppnaðrar meðferðar, heldur en körlum. Þær eru einnig líklegri til að vera reiðari og finna fyrir valdaleysi og kvíða. Eftir að hafa gengið í gegnum misheppnaða meðferð er þær einnig líklegar til þess að einangra sig og finna fyrir sektarkennd (Holter o.fl., 2006). Rannsókn sem gerð var á ófrjósömum konum í Íran leiddi í ljós að 41% kvennanna áttu við þunglyndi að stríða og 87% kvennanna báru með sér kvíða, en þunglyndi og kvíði jukust eftir því sem tímabil ófrjóseminnar lengdist (Ramezanzadeh o.fl., 2006).

Í samfélagi okkar er bæði félagslegur og pólitískur þrýstingur settur á konur varðandi barneignir. Frá unga aldri er konum gefið í skyn að þær eigi að veita umönnun, en strax í barnæsku eru þeim gefnar dúkkur til að hugsa um, á unglingsaldri eru þær hvattar til að passa börn og jafnvel taka þær ábyrgð á yngri systkinum (Shapiro, 2009). Rannsókn Hardy og Makuch (2002) sýndi að viðbrögð kvenna við ófrjóseminni væru yfirleitt sterkari en viðbrögð karla. Sama rannsókn leiddi í ljós að konur telji sig verða frekar fyrir félagslegum áhrifum ófrjóseminnar heldur en karlar, en þrýstingur til barneigna af hálfu samfélagsins og þeirra norma sem þar eru ríkjandi gæti verið ástæðan fyrir því. Konur takast þá á við ófrjósemina og tæknifrjövganir á annan hátt en karlar, en algengara er að þær vilji tala um ástandið og leiti í félagslegan stuðning. Þá eru þær líklegri til að taka ábyrgð á ófrjóseminni og því sem henni tengist (Peterson o.fl., 2006).

5.1.4. Áhrif á parið

Þó svo að hin læknisfræðilegu inngrip falli ef til vill einungis að líkama annars aðilans má ekki gleyma þeim sálrænu áhrifum sem þau hafa á báða aðilana sem eiga í hlut. Meðferðin hefur sálræn og einstaklingsbundin áhrif á hvorn aðilann fyrir sig og þar að auki getur hún haft mikil áhrif á parið sem einingu og samband þeirra (Jennings, 1995).

Holter o.fl. (2006) rannsökuðu tengslin á milli fyrstu glasafrjógunarinnar og samband parsins og þau skammtímaáhrif sem þessi fyrsta meðferð hafði á einstaklingana. 90% svarenda sögðust ræða ófrjósemina við maka sinn og meirihlutinn sagði að þessi eina meðferð hafi haft góð áhrif á sambandið. Þetta fór þó eftir því hvort glasafrjógunin bar árangur eða ekki, en hjá þeim pörum sem hún bar ekki árangur voru fleiri sem sögðu að meðferðin hafi haft slæm áhrif á sambandið, heldur en í hópi þeirra sem meðferðin bar árangur. Flest pörin upplifðu þó engin neikvæð áhrif á samband sitt eftir þessa einu glasafrjógun.

Þá virðist það vera að pör sem áttu við ófrjósemi að stríða en eignuðust að lokum barn með aðstoð tæknifrjógana eigi mjög gott og stöðugt samband í samanburði við önnur pör með börn. Þessi reynsla virðist því frekar styrkja samband parsins, þar sem þau hafa gengið saman í gegnum líkamlega og sálræna erfiðleika (Sydsjö, Wadsby, Kjellberg og Sydsjö, 2002). Það fer hins vegar eftir því hvaða aðferðir einstaklingarnir nota til að takast á við þessa erfiðleika hversu vel þarinu gengur að hlúa að sambandi sínu. Rannsókn Peterson o.fl. (2006) leiddi í ljós að þegar einstaklingar tókust á við ófrjósemina með hliðrun (*e. avoidance coping*), til dæmis með því að forðast málefnið og staði þar sem börn eru, var ánægjan í sambandinu minni. Ánægjan í sambandinu var aftur á móti meiri þegar einstaklingar nýttu sér félagslegan stuðning og hugsuðu lausnarmiðað.

Ófrjósemin getur þá haft áhrif á kynlíf parsins. Algengt er að kynlífið hætti að snúast um ást, nánd og þrá og verði að kvöð þar sem það fer að snúast um það eitt að geta barn. Hætta er á, að það verði ópersónulegt þar sem getnaðurinn er orðin að miðpunkti lækna og sérfræðinga auk þess sem einstaklingarnir hafa oft gengist undir margskonar próf og margar skoðanir á kyn- og æxlunarfærunum, sem eru jafnvel óþægilegar og sársaukafullar (Peoples og Ferguson, 1998; Sundby, 1994). Þetta allt saman dregur úr löngun til kynlífs og getur því haft áhrif á sambandið. Þar að auki er parið oft undir mikilli streitu sem augljóslega setur strik í reikninginn (Peoples og Ferguson, 1998). Rannsókn sem Oddens, Tonkelaar og

Nieuwenhuyse (1999) gerðu, leiddi í ljós að einstaklingar sem voru í tæknifrjógungunarmeðferð höfðu minni áhuga á kynlífi, stunduðu það sjaldnar og höfðu minni ánægju af því en aðrir.

5.2. Fjárhagsleg áhrif

Ættleiðingar og frjósemismeðferðir eru kostnaðarsamar og geta því fjárhagslegar áhyggjur lagst ofan á aðrar áhyggjur einstaklinganna. Þegar barn er ættleitt fer stór hluti kostnaðarins í lögfræði- og dómskostnað, uppihald á barninu og í ferðakostnað. Þar að auki er stærsti hlutinn af kostnaðinum í erlendri mynt og er því háður genginu hverju sinni. Í dag kostar tvær til þrjár milljónir króna að ættleiða barn (Foreldrafélag ættleiddra barna, e.d.; Íslensk ættleiðing, e.d.). Þessi kostnaður fæst þó niðurgreiddur að hluta en samkvæmt lögum um ættleiðingarstyrki nr. 152/2006 fá kjörforeldrar ættleiddra barna ættleiðingastyrk upp á 530 þúsund krónur.

Á Íslandi sér læknastofan ART medica um tæknifrjógvanir en ART medica er einkarekið fyrirtæki og er eini aðilinn sem hefur leyfi samkvæmt lögum til að framkvæma tæknifrjógvanir (ART medica, e.d.c). Hjá ART medica kostar fyrsta glasafrjógvun 165 þúsund krónur og fyrsta smásjárfrjógvun 197 þúsund krónur. Ef fyrsta meðferð gengur ekki upp eru næstu meðferðir þó ódýrari en þegar parið hefur gengið í gegnum fimm meðferðir eða fleiri kostar hver glasafrjógvun rúmlega 350 þúsund og hver smásjárfrjógvun 433 þúsund. Tæknisæðing er þá mun ódýrari en hún kostar 35 þúsund. Mörg stéttarfélög taka þó þátt í hluta af þeim kostnaði sem hlýst af frjósemismeðferðum auk þess sem hægt er að sækja um afslátt af skatti hjá skattstjóra til að draga úr mesta þunganum (ART medica, e.d.d., e.d.e.). Hér ber þó að nefna að öll þau lyf sem eru einstaklingunum nauðsynleg fyrir tæknifrjógvun eru ekki innifalin í þessu verði og því má gera ráð fyrir meiri kostnaði en ART medica segir til um.

Áhugavert er að bera þessar upphæðir saman við það sem tíðkast á Norðurlöndunum, en í Danmörku til dæmis eru tæknifrjógvanir partur af almennri heilbrigðisþjónustu og eru þær því flestar ókeypis (Schmidt o.fl. 2004). Í Danmörku geta einstaklingar farið í allt að sex tæknisæðingar og fjórar tæknifrjógvanir þeim að kostnaðarlausu. Af öllum Norðurlöndunum eru niðurgreiðslur af hálfu ríkisins minnstar á Íslandi, en hér á landi borga einstaklingarnir 50% af heildarkostnaði í fyrstu meðferð, 30% af heildarkostnaði í annarri, þriðju og fjórðu meðferð og þegar kemur að fimmtu meðferð þurfa

einstaklingarnir að bera allan kostnað af meðferðinni (Helga Sól Ólafsdóttir, Wikland og Möller, 2009).

5.3. Barnleysi

Þegar ófrjósemi kemur í ljós þarf parið að taka ákvörðun um hvert framhaldið er. Valkostirnir sem parið hefur eru yfirleitt frjósemismeðferð, gjafakynfrumur, ættleiðing eða barnleysi. Þrátt fyrir miklar tækninýjungar eru margir einstaklingar sem vilja ekki ganga í gegnum tæknifrjóvgunarmeðferðir og enn fleiri sem hefja meðferð, en hætta svo við. Í rannsókn sem gerð var árið 2006 um brottföll í glasafrjóvgunarmeðferðum kom í ljós að 35% einstaklinga hættu í meðferð án þess að verða barnshafandi. Rannsóknin sýndi fram á það að helstu ástæður þess að einstaklingar hættu í tæknifrjóvgunarmeðferðum voru lítill árangur og sálræn streita (Rajkhowa, Mcconnell og Thomas, 2006).

Þegar parið tekur þá ákvörðun um hvort hætta eigi í meðferð þurfa einstaklingarnir að hugleiða fjárhagslega og líkamlega burði til að halda áfram í meðferð, ásamt því að líta á þau áhrif sem ófrjósemin hefur haft á samband þeirra og samband við fjölskyldu og vini. Tilfinningaálagið getur verið mikið og algengt er að einstaklingarnir hugleiði ekki einungis þeirra eigin vonbrigði, heldur einnig um þau vonbrigði sem þeir telja að þeir hafi ollið fjölskyldu sinni, vinum og samfélaginu sjálfu (Peoples og Ferguson, 1998).

Talið er að 4% allra þessa barnlaus án þess að vilja það. Þegar parið tekur þá ákvörðun um að hætta að eltast við drauminn um að eignast barn, tekur jafnan við sársauki og sorg til að byrja með sem parið verður að horfast í augu við. Rannsóknir hafa sýnt að það sé erfiðara fyrir konur heldur en fyrir karla að komast yfir þessa sorg. Þessi neyð minnkar eftir því sem barnleysið varir lengur, en líkur eru á að þessar tilfinningar munu vera viðráðandi alla ævi (Lechner, Bolman og Daler, 2006). Í eigindlegri rannsókn þar sem rætt var við barnlausar konur 20 árum eftir árangurslausar tæknifrjóvganir, kom í ljós að konurnar þjáðust flestar af litlu sjálfstrausti, félagslegri einangrun og minnimáttarkennd. Þá upplifðu þessar konur barnleysi sitt aftur, þegar vinkonur þeirra og aðrar konur í kringum þær voru farnar að eignast barnabörn. Rannsóknin leiddi eins í ljós að margar konur takast á við barnleysi sitt með því að hugsa um aðra, svo sem börn vina eða ættingja auk aldraða (Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad og Lalos, 2007).

Þá má ekki gleyma að hugmyndin um áhyggjulaust líf, laust við erilinn í kringum frjósemismeðferðir og endurtekin vonbrigði, getur verið raunsær og jákvæður kostur fyrir

parið. Einstaklingarnir þurfa hins vegar að búa sér til nýja sjálfsmynd og nýja sýn á lífið þar sem börn eru ekki í myndinni. Þetta skref getur þó verið erfitt fyrir báða aðila sem upphaflega voru búnir að einsetja sér það að verða foreldrar (Peoples og Ferguson, 1998).

Á síðustu 10 árum hefur fjöldi barnlausra hjóna aukist, en samkvæmt Hagstofu Íslands voru barnlaus hjón 24.650 talsins. Árið 2009 var þessi tala komin upp í 27.543. Á 10 árum hefur barnlausum hjónum sem sagt fjölgað um 3000 (Hagstofa Íslands, 2009). Ekki er unnt að vita hversu mörg af þessum hjónum eru barnlaus af sökum ófrjósemi, en sjálfsagt á sú tilhneiging fólks að fresta barneignum um óákveðinn tíma, einhvern þátt í þessari aukningu.

5.4. Þáttur félagsráðgjafans.

Félagsráðgjafar eru mikilvæg fagstétt þegar kemur að ófrjósemi en þeir geta hjálpað einstaklingum að takast á við þá margþættu erfiðleika sem ófrjósemi getur skapað, ásamt þeim vandamálum og tækifærum sem tæknifrjóvganir geta haft í för með sér. Ófrjósamir einstaklingar geta þurft margs konar aðstoð, en þeir þurfa til dæmis ráðgjöf til að takast á við yfirpyrmandi og jafnvel sársaukafullar hliðar á þeim læknisfræðilega vanda sem þeir glíma við. Einnig geta þeir þurft aðstoð við að átta sig á hvernig tilfinningar þeir beri til ólíkra úrræða ásamt því að þurfa hjálp við að takast á við misheppnaðar tilraunir (Holbrook, 1990).

Þegar ófrjósamir einstaklingar leita til félagsráðgjafans eru líkur á að þeir séu búnir að reyna að eignast barn í einhvern tíma og líklega hafa þeir upplifað þá streitu sem getur fylgt tæknifrjóvgunum og ættleiðingum. Þegar félagsráðgjafinn mætir einstaklingunum er mikilvægt fyrir hann að sýna skilning og viðurkenna þann sársauka sem einstaklingarnir hafa upplifað til að hjálpa þeim að gefa þessari reynslu og þeim minningum sem ófrjósemin hefur skapað, merkingu og hjálpað þeim þannig að komast í gegnum erfiðleikana (Rankin, 2009). Mikilvægt er fyrir félagsráðgjafann að ítreka við þá sem til hans leita að tilfinningarnar sem þeir beri eru eðlilegar og skiljanlegar, miðað við þann missi og þá truflun sem þeir hafa upplifað (Shapiro, 2009).

Eins og fram kom í kafla 5.1.4. getur ófrjósemi og frjósemismeðferðir haft töluverð áhrif á samband parsins. Félagsráðgjafinn getur hjálpað parinu að komast í gegnum þessa erfiðleika. Með því að fá hvorn einstaklinginn fyrir sig til þess að segja frá sinni reynslu og sinni upplifun af ófrjóseminni og því sem henni fylgir, fær hann ekki einungis nýjar upplýsingar á borðið, heldur gefur hann báðum aðilum í sambandinu færi á að sjá

vandamálið í öðru ljósi og öðlast þannig skilning á líðan hvors annars. Þetta er mikilvægt þar sem konur og karlar líta ólíkum augum á ófrjósemina. Með þessu er félagsráðgjafinn einnig að opna gátt fyrir parið, þar sem opin samskipti sem einkennast af hreinskilni koma í stað samskiptaleysis eða samskipta sem einkennast af tilfinningaþruna (Shapiro, 2009).

Þá má ekki gleyma lagalegu hlutverki félagsráðgjafans en mikilvægt er fyrir þá félagsráðgjafa sem starfa með ófrjósömum einstaklingum að þekkja þau lög sem varða ættleiðingar og tæknifrjógvanir. Spurningar varðandi lögin geta vaknað í viðtölum og þarf félagsráðgjafinn að leiðbeina einstaklingunum og upplýsa þá um lagalegu hliðar þessara úrræða. Það sama gildir um fjárhagslegar hliðar úrræðanna, en félagsráðgjafinn þarf að vita hvaða kostnaður fylgir ólíkum úrræðum sem og hvert einstaklingarnir geta leitað til að fá þær niðurgreiðslur og þá styrki sem þeir eiga rétt á.

6. Niðurstöður og umræður

Mikil þróun hefur orðið á þeim úrræðum sem standa ófrjósömum einstaklingum til boða. Ættleiðingar voru löngum hinn hefðbundni kostur fyrir ófrjósama einstaklinga. Það hefur þó breyst nokkuð vegna minnkandi framboðs af börnum til ættleiðinga og örra framfara í tæknifrjövgunum. Á Íslandi eru flest frumættleidd börn, ættleidd erlendis frá. Það ferli er bæði tímafrekt og kostnaðarsamt og snúa því flestir einstaklingar sér heldur að tæknifrjövgunum, í það minnsta til að byrja með.

Tæknisæðing á sér sögu frá 19. öld, en þá hófust tilraunir til að koma frosnu sæði fyrir í legi kvenna. Engin árangur varð þó á þessum tilraunum og var það ekki fyrr en árið 1953 sem fyrsta þungunin með þessu móti átti sér stað. Glasafjrjövgun á sér töluvert flóknari sögu, en tilraunir til glasafrjövgunar hófust á sjöunda áratug 20. aldar með tilraunamúsum. Tilkoma kviðarholsspeglunar greiddi leiðina fyrir glasafrjövgunum, en með henni var hægt að nálgast egg frá konum til að frjövga með sæði karlsins utan líkamans. Árið 1978 fæddist fyrsta glasabarnið. Farið var að framkvæma glasafrjövganir á Íslandi árið 1991, en fyrir þann tíma leituðu einstaklingar til útlanda til að fara í glasafrjövgun. Árið 1992 var farið að framkvæma smásjárfrjövgun, en sú aðferð veitti þeim pörum þar sem ástæður ófrjóseminnar var meiriháttar sæðisvandamál, aukna möguleika til barneigna, þar sem minni þörf var á sæðisgjöfum. Frysting fósturvísa var þá mikilvæg nýjung, sem gerði læknum kleift að frjövga nokkra fósturvísa og frysta, í þeim tilgangi að nota þá aftur ef meðferð mislukkaðist eða einstaklingar ætluðu sér að eignast annað barn. Með þessu er mikið álag tekið af konunni, ásamt því að spara einstaklingum fjármagn og tíma. Gjafakynfrumur og staðgöngumæðrun eru þá úrræði sem hafa verið mjög árangursrík, en þessi úrræði eru háð þriðja aðila. Sæðisgjöf hefur langa sögu og er í raun elsta úrræðið fyrir ófrjósama einstaklinga og er notað þegar karlinn er ófrjór. Eggjagjöf hefur verið möguleg frá 1983 og er notuð þegar ófrjósemin liggur hjá konunni. Staðgöngumæðrun hefur ekki verið lögleidd hér á landi að sökum siðferðislegra álitaefna, en hefur verið möguleg síðan í upphafi 9. áratugarins.

Það er mikilvægt er fyrir félagsráðgjafa sem starfar með ófrjósömum einstaklingum að vera upplýstur um þau úrræði sem í boði eru fyrir ófrjósama og þróun þeirra. Ef hann hefur ekki þekkingu á þessum málum getur hann ekki hjálpað einstaklingunum sem til hans leita nægilega, þar sem erfiðara verður fyrir hann að setja sig í spor einstaklinganna og hefur hann þar að auki ekki þá heildarsýn sem er svo mikilvæg fyrir alla félagsráðgjafa. Eins og fram hefur komið í þessari ritgerð hafa möguleikar til barneigna þróast töluvert á síðustu 10 - 20

árum og er gott fyrir félagsráðgjafann að vera meðvitaður um þessa þróun þar sem hún getur haft áhrif á einstaklingana, tækifæri þeirra til að verða foreldrar og þar af leiðandi líðan þeirra.

Tæknifrjóvganir og önnur úrræði til barneigna geta haft víðtæk áhrif á einstaklinginn. Að mörgum þáttum ber að huga að, en þessi áhrif geta verið sálræn, félagsleg og fjárhagsleg. Streita í kjölfar frjósemismeðferða getur verið mikil, enda margir streituvaldar í umhverfinu. Tengsl eru augljós á milli streitu og ófrjósemi og erfitt að átta sig á hvað veldur hverju, en streita getur dregið úr árangri meðferða. Hins vegar geta misheppnaðar meðferðir skapað mikla streitu og því er hér að finna vítahring sem erfitt er að komast út úr. Þá skiptir félagslegur stuðningur miklu máli fyrir þá einstaklinga sem eru í frjósemismeðferðum, en hann eykur sjálfstraust einstaklinganna og sjálfstraust hefur neikvæð áhrif á streitu. Sálræn streita, ásamt árangursleysi, er þá helsta ástæða þess að einstaklingar hætta í tæknifrjóvgunarmeðferðum.

Þá voru niðurstöður Schmidt og fleiri mjög áhugaverðar þar sem þær sýna að þeir einstaklingar og þá sérstaklega konur, sem hafa veika félagslega stöðu í þjóðfélaginu beita uppbyggilegri aðferðum til að takast á við ófrjósemi sína, heldur en þeir sem hafa háa félagslega stöðu, en þetta stangast á við það sem margir myndu halda. Þá er áhugavert að velta því fyrir sér af hverju einstaklingar með litla menntun og úr lágum þjóðfélagsstéttum, noti uppbyggilegri aðferðir en einstaklingar með mikla menntun og úr háum þjóðfélagsstéttum. Ef til vill hefur þetta fólk upplifað ýmislegt í lífinu og vita að engu er hægt að taka sem sjálfsögðum hlut og eru því kannski viðbúnara ófrjóseminni en aðrir. Einnig getur verið að fólk úr háum þjóðfélagsstéttum hafi meiri kröfur til lífsins og fái því harðari skell þegar ófrjósemin verður að veruleika. Þetta er vert að athuga nánar og fróðlegt væri að sjá íslenska rannsókn um þessi tengsl.

Frjósemismeðferðir hafa ólík áhrif á konur og karla, en karlar virðast draga sig meira til baka heldur en konur og finna frekar til sektarkenndar gagnvart maka sínum. Ófrjósemin og misheppnaðar frjósemismeðferðir eru erfiðar fyrir flesta karlmenn, hvort sem orsök vandans liggi hjá þeim eða ekki. Hins vegar taka konur ófrjósemina og misheppnaðar meðferðir nær sér heldur en karlmenn. Þær hugsa meira um ófrjósemina og eru líklegri til að glíma við sálræna kvilla að sökum hennar, svo sem þunglyndi eða kvíða. Þá telja konur sig verða frekar fyrir félagslegum áhrifum ófrjóseminnar heldur en karlar, en það getur verið vegna samfélagslegra gilda, þar sem oft er litið á konuna sem umönnunaraðila.

Ófrjósemin hefur einnig áhrif á samband parsins. Það virðist þó fara eftir því hvort frjósemismeðferð takist eða ekki. Þegar meðferð ber árangur, virðist samband parsins styrkjast, þar sem parið er búið að ganga saman í gegnum mikið erfiði, sem leystist þó á mjög jákvæðan hátt. Líkur á sambandserfiðleikum í kjölfar frjósemismeðferða eru þá meiri hjá þörum þar sem meðferð ber ekki árangur. Kynlífið er þáttur í sambandi parsins sem getur orðið undir tiltölulega miklum áhrifum af ófrjóseminni en hætta er á að kynlífið verði vélrænt og missi blossann, þar sem það fer að snúast um það eitt að geta barn. Félagsráðgjafinn hefur hér mikilvægt hlutverk en hann getur hjálpað þörum að tala opinskátt saman um vandann og tilfinningalega líðan þeirra.

Félagsráðgjafa er að finna á margvíslegum stöðum í velferðarkerfinu og í samfélaginu sjálfu. Þeir hitta fólk í ýmsum aðstæðum og það er mikilvægt fyrir þá að kynna sér aðstæður fólksins og vita hvað einstaklingarnir hafa upplifað. Það getur verið gott fyrir félagsráðgjafa á öllum sviðum að þekkja þau langtímaáhrif sem ófrjósemi og barnleysi getur haft á einstaklinga, þar sem líkur eru á að þessir einstaklingar kunni að verða á vegi þeirra í starfinu, hvort sem það er á þjónustumiðstöðvum, í öldrunarþjónustu eða annars staðar í heilbrigðis- og velferðarkerfinu.

Töluverður fjárhagslegur kostnaður fylgir tæknifrjóvgunum og ættleiðingum, þó það sé í raun matsatriði hverju sinni. Það gefur þó augaleið að þessar lausnir eru ekki raunhæfur kostur fyrir alla sem glíma við ófrjósemi. Því þyrfti að huga sérstaklega að þeim ófrjósömu þörum sem hafa lítinn pening á milli handanna. Þegar kemur að þeim kostnaði sem fylgir tæknifrjóvgunum á Íslandi er einnig eðlilegt að velta fyrir sér af hverju þessi þjónusta kostar eins mikið og raun ber vitni. Nú er ART medica, læknastofan sem sér um tæknifrjóvganir á Íslandi, einkarekin og er það eflaust ástæðan fyrir þeim kostnaði sem einstaklingar þurfa að bera þegar þeir gangast undir tæknifrjóvganir. Það er þó ástæða til að hugleiða af hverju þessi úrræði eru ekki hluti af almennri heilbrigðisþjónustu hér á landi. Danmörk er land sem Íslendingar bera sig hvað mest saman við þegar kemur velferðar- og heilbrigðisþjónustu, en í Danmörku eru tæknifrjóvganir ókeypis (það er að segja fyrstu sex tæknisæðingar og fyrstu fjórar glasafrjóvganir) og því ætti þá þessi þjónusta ekki að vera ókeypis hér á landi líka?

Ísland er lítið land og líklegt er að smæð landsins sé að hafa áhrif á þá þjónustu sem stendur þessum hópi til boða á Íslandi. Fáir einstaklingar virðast hafa sérþekkingu á ófrjósemi, hvort sem um ræðir lækna eða félagsráðgjafa. Þess vegna tel ég að mikilvægt sé að leggja meiri áherslu á fræðslu um ófrjósemi, hvort sem það er í samfélaginu eða í

háskólum, til að vekja áhuga fagmanna, nemenda eða almennings á efninu. Þannig skapast ef til vill grundvöllur fyrir einstaklinga til að afla sér sérþekkingar á því. Þar af leiðandi verða fleiri rannsóknir gerðar á ófrjósemi og aðstæðum ófrjósamra í íslensku samfélagi, en mikil þörf er á slíkum rannsóknum.

Heimildir.

- ART medica. (e.d.a.). *Meðferðir, glasa- og smásjárfrjóvgun*. Sótt 22. ágúst 2009 af <http://artmedica.is/id/1000040>.
- ART medica. (e.d.b.). *Eggjagjöf, kynfrumugjöf*. Sótt 2. september 2009 af <http://artmedica.is/id/1000020>.
- ART medica. (e.d.c.). *Um fyrirtækið, saga*. Sótt 27. september 2009 af <http://artmedica.is/id/1000022>.
- ART medica. (e.d.d.). *Gjaldskrá*. Sótt 10. ágúst 2009 af <http://www.artmedica.is/id/1000018>.
- ART medica. (e.d.e.). *Upplýsingar um vottorð og fleira*. Sótt 10. ágúst 2009 af <http://www.artmedica.is/id/1000027>.
- Þingskjal 939. (1998-1999). Tillaga til þingsályktunar um aðild að Haagsamningi um vernd barna og samvinnu varðandi ættleiðingu á milli landa. *Alþingistíðindi A-deild*. Sótt 27. ágúst 2009 af <http://www.althingi.is/altext/123/s/0939.html>.
- Alþjóðleg ættleiðing. (2009a). *Um félagið*. Sótt 12. september 2009 af http://intadopt.is/?page_id=3.
- Alþjóðleg ættleiðing. (2009b). *Eftir sumarið*. Sótt 12. september 2009 af <http://intadopt.is/?p=416>.
- Andersen, A. N., Goossens, V., Bhattacharya, S., Ferraretti, A. P., Kupka, M.S., Mouzon, J. de, Nygren, K.G. og The European IVF monitoring consortium. (2009). Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 24, 1267-1287.
- Baldur Möller. (1989). Ættleiðingar að fornu og nýju og eitt og annað í því samhengi. Í Helgi Sigurðsson (Ritstj.). *Ármannsbók: afmælisrit helgað Ármanni Snævarr* (bls. 87-98). Reykjavík: Sögufélag.
- Barnalög nr.76/2003.*
- Barnaverndarlög nr. 80/2002.*
- Bentley, G. R. og Mascie-Taylor, N. (Ritstj.). (2000). *Infertility in the modern world: Present and future prospects*. Cambridge: Cambridge university press.
- Berk, L. E. (2007). *Development through the lifespan*. Boston: Pearson education.
- Borrero, C. (2002). Gamete and embryo donation. Í E. Vayena, P. J. Rowe og P. D. Griffin (Ritstj.), *Current practices and controversies in assisted reproduction* (bls. 166-177). Geneva: World health organisation.

- Botting, B. og Dunne, K. (2000). Trends in fertility and contraception in the last quarter of the 20th century [Rafræn útgáfa]. *Population trends*, 100, 32-39.
- Brown, S. (2005). *ESHRE – The first 21 years*. Oxford: Oxford journals.
- Cahill, D. J. og Wardle, P. G. (2002). Management of infertility [Rafræn útgáfa]. *BMJ*, 325, (7354), 28-32.
- Daniluk, J. C. og Tench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention [Rafræn útgáfa]. *Journal of counseling and development*, 85, 89-100
- Dowling, M. og Brown, G. (2009). Globalization and international adoption from China. *Child and family social work*, 14. Sótt 13. september af <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122217366/PDFSTART>.
- Elísa R. Ingólfssdóttir og Elísabet Guðmundsdóttir. (2000). *Ófrjósemi: Þáttur félagsráðgjafa í meðferð vegna ófrjósemi*. Óbirt B.A. ritgerð í félagsfræði nr.1674.
- Farber, M. L. Z., Timberlake, E., Mudd, H. P. og Cullen, L. (2003). Preparing parents for adoption: An agency experience [Rafræn útgáfa]. *Child and adolescent journal*, 20, 175-196.
- Farley, O. W., Smith, L. L. og Boyle, S.W. (2006). *Introduction to social work*. Boston: Pearson education.
- Foreldrafélag ættleiddra barna (e.d). *Löndin, kostnaður*. Sótt 11. ágúst 2009 af http://www.aettleiding.is/index.php?option=com_content&view=article&id=82&Itemid=101.
- Forti, G. og Krausz, C. (1998). Clinical review 100 – Evaluation and treatment of the infertile couple. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 83, 4177-4188.
- Guðný Björk Eydal. (2005). *Family policy in Iceland 1944-1984*. Gautaborg: Göteborg university.
- Hagstofa Íslands. (2009). *Fjölskyldan, Kjarnafjölskyldur eftir sveitarfélögum og fjölskyldugerð 1998-2009*. Sótt 13. september 2009 af <http://hagstofan.is/?PageID=629&src=/temp/Dialog/varval.asp?ma=MAN07108%26ti=Kjarnafj%F6lskyldur+eftir+sveitarf%E9l%F6gum+og+fj%F6lskylduger%F0+1998%2D2009++++%26path=../Database/mannfjoldi/Fjolskyldan/%26lang=3%26units=Fjoldi>.
- Hagstofa Íslands. (2008). *Mannfjöldi, fjölskylda, frumættleiddir eftir kyni aldri og fæðingarlandi 1990-2007*. Sótt 28. ágúst 2009 af <http://www.hagstofa.is/?PageID=629&src=/temp/Dialog/varval.asp?ma=MAN07501%26ti=Frum%E6ttleiddir+eftir+kyni%2C+aldri+og+f%F6f%F0ingarlandi+1990%2D2007++++++%26path=../Database/mannfjoldi/Fjolskyldan/%26lang=3%26units=Fjoldi>.

- Hagstofa Íslands. (e.d.). *Mannfjöldi, fjölskyldan, ættleiðingar eftir gerð ættleiðingar og fæðingarlandi 1990-2007*. Sótt 28. ágúst 2009 af <http://www.hagstofa.is/?PageID=629&src=/temp/Dialog/varval.asp?ma=MAN07502%26ti=%C6ttlei%F0ingar+eftir+ger%F0+%E6ttlei%F0ingar+og+f%E6%F0ingarlandi+1990%2D2007++++++%26path=../Database/mannfjoldi/Fjolskyldan/%26lang=3%26units=Fjoldi/hlutfall>.
- Hague conference on private international law. (2009). *Intercountry adoption section, status table of the adoption convention*. Sótt 27. ágúst 2009 af http://www.hcch.net/index_en.php?act=conventions.status&cid=69
- Hallfríður Þórarinsdóttir, Sólveig H. Georgsdóttir og Berglind L. Hafsteinsdóttir. (2009). *Staða innflytjenda á erfiðleikatímum – raddir og viðhorf*. Sótt 29. september 2009 af http://www.mirra.is/Stada_innflytjenda_a_erfidleikatimum.pdf.
- Hardy, E. og Makuch, M.Y. (2002). Gender, infertility and ART. Í E. Vayena, P. J. Rowe og P. D. Griffin (Ritstj.), *Current practices and controversies in assisted reproduction* (bls. 272-280). Geneva: World health organisation.
- Heilbrigðisráðuneytið. (2009). *Nefndir og ráð, nefndir og vinnuhópar skipaðir til að sinna ákveðnum verkefnum*. Sótt 24. ágúst 2009 af <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/raduneyti/nefndir-og-rad/nr/745>.
- Helga Sól Ólafsdóttir. (2006). Ófrjósemi – lausnir og lífsgæði. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (Ritstj.), *Heilbrigði og heildarsýn: félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 211-225). Reykjavík: Háskólaútgáfan og Rannsóknasetur í barna- og fjölskylduvernd.
- Helga Sól Ólafsdóttir, Wikland, M. og Möller, A. (2009). Access to artificial reproduction technology in the Nordic countries in 2004. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 88, 301-307. Sótt 27 september 2009 af <http://dx.doi.org/10.1080/00016340802705949>.
- Hickin, L. (Ritstj.). (2001). *Heilsubók konunnar: alfræðirit um líkama og sál*. Reykjavík: Salka.
- Holbrook, S. M. (1990). Adoption, infertility, and the new reproductive technologies: Problems and prospects for social work and welfare policy [Rafræn útgáfa]. *Social work*, 35, 333-337.
- Hollingsworth, L. D. (2003). International adoption among families in the United States: consideration of social justice [Rafræn útgáfa]. *Social work*, 48, 209-217.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, S. og Möller, A. (2006). First IVF treatment – short term impact on psychological well-being and the marital relationship [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 21, 3295-3302.

- IVF-worldwide.com. (e.d.a.). *IVF history, patients' investigation and evaluation, male investigation*. Sótt 21. ágúst 2009 af <http://www.ivf-worldwide.com/Education/male-investigation.html>.
- IVF-worldwide.com. (e.d.b.). *IVF history, patients' investigation and evaluation, female investigation*. Sótt 22. ágúst 2009 af <http://www.ivf-worldwide.com/Education/female-investigation.html>.
- IVF-worldwide.com. (e.d.c.). *IVF history, patients' investigation and evaluation, age related fertility*. Sótt 21. ágúst 2009 af <http://www.ivf-worldwide.com/Education/age-related-infertility.html>.
- IVF-worldwide.com. (e.d.d.). *IVF history, IVF – Surrogacy (worldwide)*. Sótt 31. ágúst 2009 af <http://www.ivf-worldwide.com/Education/surrogacy-rw.html>.
- IVF-worldwide.com. (e.d.e.). *IVF history, IVF – Hindu*. Sótt 31. ágúst 2009 af <http://www.ivf-worldwide.com/Education/hindu.html>.
- Íslensk ættleiðing. (e.d.a.). *Um félagið*. Sótt 12. september 2009 af <http://isadopt.is/index.php?p=felagid>.
- Íslensk ættleiðing. (e.d.b.). *Ættleiðingar*. Sótt 29. júní 2009 af <http://isadopt.is/index.php?p=aettleid>.
- Jennings, S. E. (Ritstj.). (1995). *Infertility counselling*. Oxford: Blackwell science.
- Jón Hilmar Alfreðsson. (1990). Barnleysi og glasabörn. *Heilbrigðismál*, 38, 8-9, 4 tbl.
- Karlström, P. O. og Bergh, C. (2007). Reducing the number of embryos transferred in Sweden –impact on delivery and multiple births [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 22, 2202-2207.
- Kedem, P., Mikulincer, M., Nathanson, Y. E. og Bartoov, B. (1990). Psychological aspects of male infertility. *The British journal of medical psychology*, 63, 73-80
- Lechner, L., Bolman, C. og Dalen, A. van. (2006). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 22, 288-294.
- Lee, T. Y., Sun., G. H. og Chao, S.C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 16, 1762-1767.
- Leridon, H. og Slama, R. (2008). The impact of a decline in fecundability and of pregnancy postponement on final number of children and demand for assisted reproductive technology [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 23, 1312-1319.

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

Lög um ættleiðingar nr. 130/1999.

Lög um ættleiðingarstyrki nr. 152/2006.

MacCallum, F., Lycett, E., Murray, C., Jadv, V. og Golombok, S. (2005). Surrogacy: The experience of commissioning couples [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 18, 1334-1342.

Maheshwari, A., Hamilton, M. og Bhattacharya, S. (2008). Effect of female age on the diagnostic categories of infertility [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 23, 538-542.

Murray, C., MacCallum, F. og Golombok, S. (2006). Egg donation parents and their children: follow up at age 12 years [Rafræn útgáfa]. *Fertility and sterility*, 85, 610-618.

Oddens, B. J., Tonkelaar, I. den og Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experience in women facing fertility problems – a comparative survey [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 14, 255-261.

Ozturk, O. og Templeton, A. (2002). Multiple pregnancy in assisted reproduction techniques. Í E. Vayena, P. J. Rowe og P. D. Griffin (Ritstj.), *Current practices and controversies in assisted reproduction* (bls. 220-234). Geneva: World health organisation.

Ólafur M. Hákansson. (1989). Glasafhrjóvgun. *Læknablaðið*, 75, 135-140.

Peoples, D. og Ferguson, H. R. (1998). *Experiencing infertility*. New York: W. W. Norton.

Peronace, L. A., Boivin, J. og Schmidt, L. (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment [Rafræn útgáfa]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28, 105-114.

Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H. og Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 21, 2443-2449.

Qiu, R. (2002). Dimensions of infertility and assisted reproduction in the Far East. Í E. Vayena, P. J. Rowe og P. D. Griffin (Ritstj.), *Current practices and controversies in assisted reproduction* (bls. 75-80). Geneva: World health organisation.

Rajkhowa, M., McConnell, A. og Thomas, G. E. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment a questionnaire study [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 21, 358-363.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., Shariat, M. og Jafarabadi, M. (2006). A survey of relationship between anxiety, depression and duration

of infertility. *BMC women's health*. Sótt 20. ágúst 2009 af <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/4/9>.

Rankin, J. (2009). Commentary on treatment of infertile couples using reproductive technologies: A complex matrix. *Clinical social work journal*, 37. Sótt 13. september 2009 af <http://www.springerlink.com/content/d489242h5320u41k/fulltext.pdf>.

Reglugerð um tæknifrjóvgun nr. 144/2009.

Reglugerð um ættleiðingar nr. 238/2005.

Rowley, J. og Slack, F. (2004). Conducting a literature review [Rafræn útgáfa]. *Management research news*, 27, (6), 21-40.

Rutstein, S. O. og Shah, I. H. (2004). *Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries*. DHS comparative reports No. 9. Maryland: ORC Marco og World Health Organization.

Sanders, K. A. og Bruce, N. V. (1999). Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproduction [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 14, 1656-1662.

Schenker, J. G. (2005). Ethics, legal, social, counselling – Assisted reproductive practice: religious perspectives. *Reproductive biomedicine online*. Sótt 5. ágúst 2009 af www.rbmonline.com/article/1539.

Schmidt, L., Christensen, U. og Holstein B.E. (2004). The social epidemiology of coping with infertility [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 20, 1044-1052.

Schneider, M. G. og Forthofer, M. S. (2005). Association of psychosocial factors with the stress of infertility treatment [Rafræn útgáfa]. *Health & social work*, 30, 183-191.

Shapiro, C. H. (2009). Therapy with infertile heterosexual couples: It's not about gender – or is it? *Clinical social work journal*, 37. Sótt 14. september 2009 af <http://www.springerlink.com/content/n3593m242186lwx1/fulltext.pdf>.

Smeenk, J.M.J., Verhaak, C.M., Vingerhoets, A.J.J.M., Sweep, C.G.J., Merkus, J.M.W.M., Willemsen, S.J., Minnen, A. van, Straatman, H. og Braat, DDM. (2005). Stress and outcome success in IVF: the role of self reports and endocrine variables [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 20, 991-996.

Sobotka, T., Hansen, M. A., Jensen, T. K. og Pedersen, A. T. (2008). The contribution of assisted reproduction to completed fertility: An analysis of Danish data [Rafræn útgáfa]. *Population and development review*, 34, 79-101.

Sundby, J. (1994). *Infertility – Causes, care and consequences*. Oslo: University of Oslo.

- Sundby, J., Schmidt, L., Heldaas, K., Bugge, S. og Tanbo, T. (2007). Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment [Rafræn útgáfa]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28, 115-120.
- Sydsjö, G., Wadsby, M., Kjellberg, S. og Sydsjö, A. (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 17, 3242-3250.
- Vayena, E., Rowe, P. J. og Griffin, P.D. (Ritstj.) (2002). *Current practices and controversies in assisted reproduction*. Geneva: World health organisation.
- Veerhank, C. M., Smeenk, J. M. J., Minnan, A. van., Kremen, J. A. M. og Kraaijmaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles [Rafræn útgáfa]. *Human reproduction*, 20, 2253-2260.
- Wirtberg, I. (1992). *His and her childlessness*. Stockholm: Karolinska institutet.
- 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, 598-604.
- World health organization. (2003). *Progress in reproductive health research*. Sótt 25. ágúst 2009 af <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/progress63.pdf>.
- Þórður Óskarsson. (2001). Tæknifrjógvanir á Íslandi – Þróun starfseminnar. *Læknablaðið*, 87, 510-511.

