

**SEXUELL HÄLSA HOS KVINNOR OCH MÄN SOM ÄR OFRIVILLIGT
BARNLÖSA**

**SEXUAL HEALTH OF WOMEN AND MEN WHO ARE
INVOLUNTARILY CHILDLESS**

Barnmorskeprogrammet, 90 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2016-01-13
Kurs: Ht14

Författare:
Elena Bylund

Handledare:
Taina Sormunen

Examinator:
Susanne Georgsson

SAMMANFATTNING

Uppskattningsvis är 72,4 miljoner drabbade av ofrivillig barnlöshet, infertilitet, i världen. Infertilitet beror till en tredjedel på kvinnlig faktor, en tredjedel på manlig faktor och resterande på både kvinnan och mannen. I 10-20 procent hittas ingen orsak till infertiliteten, så kallad oförklarlig barnlöshet. Utredning av ofrivillig barnlöshet lägger grunden för val av behandlingsmetod som till exempel kan vara ovulationsstimulering, insemination och in vitro fertilisering. Assisterad befruktning styrs av aktuell lagstiftning i det berörda landet. Livskvalitet innebär individens uppfattning och sin livssituation utifrån kulturella normer och värderingar där individen befinner sig i relation till egna mål, förväntningar, normer och intressen. Sexualitet är en underdimension till livskvalitet och sexuell hälsa innebär ett tillstånd av fysisk, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten. Legitimerade barnmorskor arbetar inom området sexuell och reproduktiv hälsa vilket innebär många olika verksamhetsområden.

Syftet med denna litteraturoversikt var att belysa den sexuella hälsan hos kvinnor och män som är ofrivilligt barnlösa.

Sexton kvantitativa primärartiklar identifierades genom sökningar i databaser. Resultatet visade att den sexuella hälsan påverkades negativt hos ofrivilligt barnlösa kvinnor och män.

Både sexuell dysfunktion hos kvinnor och erektil dysfunktion hos män hade en högre prevalens i jämförelse med hos fertila kvinnor och män. Även samlagsfrekvensen påverkades negativt. En sämre sexuell hälsa visade sig också medförda en sämre sexuell hälsa hos partnern. Förekomst av depression och ångest ökade sannolikheten för att en sämre sexuell hälsa skulle föreligga.

Det är viktigt att barnmorskor har kunskap om hur ofrivillig barnlöshet påverkar den sexuella hälsan för att kunna ge en optimal vård. Utbildning om ofrivillig barnlöshet för allmänheten kan sannolikt minska befintliga fördomar. Förekomsten av stress över infertilitet kan lindras genom stöd och empati.

Nyckelord: Barnmorska, livskvalitet, ofrivillig barnlöshet, sexuell hälsa

ABSTRACT

Nearly 72,4 million people are affected by involuntarily childlessness, infertility, in the world. Infertility is due to one third of female factor, one third of male factor and the remainder on both the man and the woman. In 10-20 percent no cause of infertility is found, so-called unexplained infertility. Investigation of infertility determines the choice of treatment method, for example ovarian stimulation, insemination and in vitro fertilization. Assisted reproduction is controlled by the current legislation of the concerned country. Quality of life means the individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns according to World Health Organization. Sexuality is a subdimension to quality of life and sexual health implies a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality. Registered midwives work in the area of sexual and reproductive health which means that they are working in many different areas.

The purpose of this study was to elucidate the sexual health of women and men who are involuntarily childless. Sixteen quantitative primary articles were identified through database searches.

The results showed that sexual health was negatively affected in infertile women and men. Both female sexual dysfunction and erectile dysfunction in men had a higher prevalence compared with fertile women and men. Intercourse frequency was also negatively affected. A poorer sexual health also led to a poorer sexual health of the partner. The presence of depression and anxiety increased the likelihood of a poorer sexual health.

It is important that midwives have knowledge on how infertility affects sexual health in order to be able to provide optimal care. Education of infertility to the public is likely to reduce existing prejudices. The presence of stress caused by infertility can be alleviated by support and empathy.

Key words: involuntarily childlessness, midwife, sexual health, quality of life

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Ofrivillig barnlöshet	1
Orsaker till ofrivillig barnlöshet	1
Utredning av ofrivillig barnlöshet	2
Behandling av ofrivillig barnlöshet	3
Sveriges lagstiftning och riktlinjer om assisterad befruktning	4
Vård vid ofrivillig barnlöshet i Sverige	5
Livskvalitet	6
Sexuell och reproduktiv hälsa	6
Upplevelser av ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning	8
Barnmorskans roll inom vården av ofrivilligt barnlösa	9
Problemformulering	9
SYFTE	10
METOD	10
Ansats och design	10
Urval	10
Genomförande	10
Databearbetning	11
Forskningsetiska överväganden	12
RESULTAT	12
Sexuell hälsa relaterat till infertilitet	12
Påverkan av infertilitetsorsak på den sexuella hälsan	13
Påverkan av infertilitet på partnerns sexuella hälsa	13
Interaktion mellan psykisk, fysisk och sexuell hälsa	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Slutsats	22
Klinisk tillämpbarhet	22
REFERENSER	23

Bilaga I- Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering

Bilaga II- Matris

BAKGRUND

Ofrivillig barnlöshet

Uppskattningsvis är 72,4 miljoner drabbade av ofrivillig barnlöshet, infertilitet, i världen (Gurunath, Padian, Anderson & Bhattacharya, 2011). Det är emellertid svårt att uppskatta hur många som är ofrivilligt barnlösa då olika definitioner används för att beskriva begreppet samt om problemet ses som kvinnans, parets, befolkningens eller individens (Inhorn & Patrizio, 2015). Enligt definitionen från World Health Organization (WHO) innebär ofrivillig barnlöshet en oförmåga att bli gravid trots 12 månader eller mer av oskyddat samlag. Denna definition används ofta vid identifiering och behandling av ofrivillig barnlöshet. Definitionen epidemiologisk infertilitet används vid till exempel övervakning och kontroll av infertilitet och denna definition innefattar kvinnor mellan 15 och 49 år som inte är gravida, är sexuellt aktiva, inte använder preventivmedel och inte ammar och som försökt bli gravida utan framgång under två år eller mer (WHO, 2015). En definition som används demografiskt att kartlägga förekomsten infertilitet innebär en oförmåga att få ett levande fött barn inom fem år av graviditetsförsök med samma partner, ingen användning av preventivmedel, ingen laktation samt en bibehållen barnönskan under tiden (Mascarenas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel & Stevens, 2012). Sterilitet är ett begrepp som ingår i ofrivillig barnlöshet och betyder en permanent oförmåga att få levande barn (Janson & Landgren, 2010).

Ofrivillig barnlöshet är ett problem världen över och att få hjälp med detta är en självklarhet i många länder där tillgång till fertilitetskliniker finns. Fördelningen av dessa kliniker är dock ojämn och i vissa länder är det därför svårt att kunna få vård för ofrivillig barnlöshet. Att inte kunna få barn i många utvecklingsländer är för kvinnor ett svårt problem då de blir avisade av sina män. Dessa kvinnor lever utsatta i samhället eftersom de anses värdelösa och blir uteslutna ur gemenskapen. Tillgången på hjälp för ofrivillig barnlöshet är därför viktig i dessa länder (Inhorn & Patrizio, 2015).

Orsaker till ofrivillig barnlöshet

Infertilitet delas upp i primär respektive sekundär infertilitet. Primär infertilitet innebär att en kvinna inte kan bära ett barn, antingen till följd av en oförmåga att kunna bli gravid eller att kunna fullfölja en graviditet som resulterar i ett levande fött barn. Graviditeter som leder till spontan abort eller ett dödfött barn räknas som primär infertilitet om kvinnan inte fött några levande barn tidigare. Sekundär infertilitet innebär att en kvinna inte kan bära ett barn eller bli gravid efter att tidigare ha varit gravid eller fött ett levande barn (Mascarenhas et al., 2012). Av alla par som försöker bli gravida blir 85 procent gravida inom 12 månader av oskyddat samlag. Fertiliteten sjunker med åldern hos kvinnan och mellan 35-40 års ålder är fekunditeten hälften så stor som hos en kvinna mellan 20-30 års ålder (Marshburn, 2015). Med fekunditet menas hur hög sannolikheten är för befruktning per menstruationscykel (Janson & Landgren, 2010).

Infertilitet kan bero på kvinnan (kvinnlig faktor), mannen (manlig faktor), både kvinnan och mannen eller av okänd orsak. Infertilitet beror till en tredjedel på kvinnlig faktor, en tredjedel på manlig faktor och resterande på både kvinnan och mannen. I 10-20 procent hittas ingen orsak till infertiliteten, så kallad oförklarlig barnlöshet (Janson & Landgren, 2010). Livsstilsfaktorer som övervikt och fetma kan orsaka oregelbunden ovulation, insulinresistens

och sämre resultat vid assisterad befruktning. Viktnedgång är gynnsamt för fertiliteten men också för obstetriska komplikationer som då minskar. Rökning har en negativ effekt på fertiliteten och ökar risken för obstetriska komplikationer såsom missfall. Stora mängder koffein och alkohol bör undvikas vid graviditetsönskan (Marshburn, 2015).

Ovulationsrubbingar står för ca 40 procent av orsaker till infertilitet med kvinnlig faktor (Kamel, 2010) och även skada på äggledarna är en av de vanligaste orsakerna.

Könssjukdomar som klamydia och gonorré kan obehandlade leda till äggledarinflammation som kan skada vävnaden och därmed öka risken för utomkvedshavandeskap och sterilitet på grund av passagehinder. Hos män kan även dessa könssjukdomar obehandlade leda till nedsatt fruktsamhet. Hos män är den vanligaste orsaken till ofrivillig barnlöshet ett nedsatt antal spermier eller försämrad funktion av dessa (Socialstyrelsen, 2009).

Utredning av ofrivillig barnlöshet

Vid utredning av ofrivillig barnlöshet är det viktigt med en noggrann anamnes där medicinsk, reproduktiv samt familjehistoria ingår (Marshburn, 2015). Paren bör intervjuas både tillsammans och enskilt då det kan finnas information som en av personerna inte vill dela med sig av till sin partner. Resultat från tidigare utredningar ska utvärderas och kompletteras vid behov. Onödig utredning, som till exempel undersökning av tubarpassage då paret ska behandlas med IVF, ska undvikas (Kamel, 2010). Vid ovariell dysfunktion är det viktigt med en utvärdering av ovulation och ovariereserven. Indikationer på ovariell dysfunktion är oregelbunden menstruation vilket beror på en oregelbunden ägglossning vilket i sin tur orsakar en nedsatt fertilitet. En oregelbunden ägglossning associeras med en menstruationscykel som är kortare än 25 eller längre än 35 dagar eller att menstruationsintervallet varierar med mer än 5 dagar. Ovariereserven syftar på hur många och vilken kvalitet som äggen i äggstockarna har. Den vanligaste orsaken till oregelbunden menstruation är polycystiskt ovariesyndrom (PCOS), stress, problem med tyroideafunktionen, hyperprolaktinemi, ovariell insufficiens och medicinska problem. Utredning består av riktade blodprover och ultraljudsundersökning av äggstockar. De kvinnor med oregelbunden menstruation som inte har någon hormonell avvikelse eller normala gonadotropinnivåer får ofta diagnosen PCOS, om de har två av tre karakteristika som är hyperandrogenism, oregelbunden mens eller polycystiska ovarier diagnostiserade med ultraljud. För kvinnor som är över 35 år, som tidigare har opererat ovarierna, fått cytostatikabehandling eller strålning av bäcken, är oförklarligt barnlösa eller har en ärftlighet för tidig menopaus är det viktigt i ett led i utredningen att bestämma äggreserven i ovarierna då infertiliteten då kan bero på ovariell insufficiens (Marshburn, 2015).

Bedömning av uterus, tubor och peritoneum görs för att avgöra om det är en gynnsam miljö för transport av ägg och spermier, befruktning, implantation i uteruslembinnan av det befruktade ägget och för fortsatt utveckling av graviditeten. Undersökningar för att bedöma uterus-kaviteten, tubarpassage och för att upptäcka missbildningar är hysterosalpingografi och hydrokontrastsonografi som innebär att kontrast eller saltlösning sprutas in i uterus via en kateter och undersöks sedan genom röntgen för hysterosalpingografi samt med ultraljud vid hydrokontrastsonografi. Om någon avvikelse påträffas kan vidare diagnostik och eventuell behandling göras via laparoskopi, det vill säga titthålsoperation (Marshburn, 2015).

För bedömning av mannens fertilitet utförs alltid en noggrann anamnes, undersökning av könsorgan och en analys av spermprov. Om mannen inte har nedsatt libido, erektil dysfunktion, prematur ejakulation, hypospadi eller annan oförmåga att kunna ejakulera i vagina så innebär ett normalt spermprov att ingen vidare utredning behövs. Då antalet rörliga spermier kan variera rekommenderas dock analys vid två olika tillfällen för att kunna göra en

adekvat bedömning (Marshburn, 2015). Faktorer som kan orsaka ett avvikande spermprov är tidigare kirurgi i buk eller könsorgan, alkohol, tobak och exponering för vissa kemikalier och läkemedel. Förekomst av variocele, rubbning i det endokrina systemet, genetisk sjukdom, obstruktion av sädesledare, antikroppar mot spermier i blodet hos antingen kvinnan eller mannen och kryptorkism, att en eller båda testiklarna inte har vandrat ned i pungen, kan orsaka infertilitet. Behandling bestäms av vilken bakomliggande faktor som orsakar infertiliteten (Brugh & Lipshultz, 2004).

Behandling av ofrivillig barnlöshet

Valet av metod vid assisterad befruktning bestäms av den bakomliggande problematiken. Insemination kan utföras då mannens spermier har en nedsatt funktion, oförklarad barnlöshet eller av lesbiska par. Inseminationen innebär att spermier antingen placeras i vagina med en spruta utan nål eller med så kallad intrauterin insemination. Vid intrauterin insemination tvättas spermier i ett laboratorium och sprutas sedan in i uterus via en kateter. Kvinnan ska ha ovulation vid denna tidpunkt vilket kan bestämmas med hjälp av urinprov, blodprov eller ultraljud. Ibland utförs en hormonstimulering för att framkalla ovulation (Veltman-Verhulst, Cohlen, Hughes & Heineman, 2012). Cirka 10-15 procent av behandlingsomgångar med insemination leder till graviditet medan om inseminationen kombineras med hormonbehandling ökar chanserna att lyckas till 20-25 procent vid varje behandling (Janson & Landgren, 2010).

Befruktning utanför kroppen, så kallad in vitro fertilisering (IVF), används då insemination inte anses kunna fungera eller om tidigare misslyckade försök har gjorts med den metoden. Exempel på indikationer för IVF är skada på tubor som orsakar passagehinder, sjukdomen endometrios som innebär uteruslembinnan lokaliserad på andra ställen än i uterus, oförklarlig barnlöshet, nedsatt funktion av spermier samt vid preimplantatorisk genetisk diagnostik för att försöka förhindra graviditet med en hög risk att barnet ska utveckla en svår sjukdom på grund av föräldranlag (Janson & Landgren, 2010). In vitro fertilisering kan utföras med egna könsceller eller antingen donerade spermier eller donerade ägg. Första steget i behandlingen är en hormonstimulering som har som syfte att ovarierna ska stimuleras att producera folliklar under noggrann övervakning med ultraljud och blodprover för att undvika överstimulering. Därefter sker ett ägguttag då folliklarna punkteras via vagina och vätska tillsammans med mogna ägg sugts ut. Normalt antal ägg brukar vara mellan fem och 15 stycken. Dessa ägg placeras tillsammans med spermier och efter två till fem dagars odling återförs ett befruktat ägg till kvinnan. Undantagsvis kan två befruktade ägg återföras om risken för tvillinggraviditet bedöms som liten. Vid fler ägg med god kvalitet kan dessa frysas för senare användning. Efter återföringen får kvinnan progesteron för att öka chanserna att ägget fäster i uteruslembinnan. Vid behov kan en enda spermie injiceras i ägget. Detta kallas intracytoplastisk spermieinjektion, förkortas ICSI och används bland annat vid svår nedsatt spermiefunktion och preimplantatorisk genetisk diagnostik (SOU, 2014:29). Om inga spermier finns i mannens ejakulat kan spermier aspireras direkt från bitestikel eller testikel (Johansson, Hellström & Berg, 2011). I Sverige leder 30 procent av alla återföranden till födslar samt cirka 25 procent av alla frysta återföringar till födslar (Janson & Landgren, 2010).

Anovulatorisk infertilitet, alltså infertilitet beroende på att ovulation förekommer sällan, oförutsägbart eller aldrig, kan behandlas på olika sätt beroende på orsaken. Hypotyreos, höga prolaktinnivåer eller övervikt och fetma kan leda till utebliven ägglossning men kan då ofta behandlas framgångsrikt genom att grundorsaken behandlas. Utebliven ovulation beroende på låga östrogennivåer är ofta associerat med kvinnor som har ett anorektiskt beteende eller

överdriven fysisk aktivitet. Behandlingen bör i första hand syfta på att normalisera livsstilen. Andra tillstånd som till exempel PCOS kan behandlas med ovulationsstimulering. Detta görs i första hand med tablett Klomifencitrat® som är ett antiöstrogen. Genom antiöstrogenet kommuniceras låga östrogennivåer i blodet till hypothalamus som då bidrar till en ökad sekretion av gonadotropinfrisättande hormon, GnRH, som i sin tur ökar sekretionen av follikelstimulerande hormon (FSH) och luteiniserande hormon (LH) som ökar aktiviteten i ovarierna (Von Hofe & Bates, 2015). FSH har som syfte att stimulera folliklarna till tillväxt och LH har en roll i ägglossningsprocessen (Janson & Landgren, 2010). Om ingen ovulation eller graviditet uppkommer efter sex månader går behandlingen över till användning av GnRH eller gonadotropiner för att framkalla ovulation. Dock behövs då mer monitorering för att undvika överstimuleringsyndrom. Behandling med gonadotropiner används även vid hormonstimulering vid assisterad befruktning (Von Hofe & Bates, 2015).

Sveriges lagstiftning och riktlinjer om assisterad befruktning

Insemination får utföras om den behandlade kvinnan är gift, i registrerat partnerskap eller sambo. Insemination är inte tillåtet för ensamstående kvinnor. Vid befruktning utanför kroppen med donerade ägg ska ägget befruktas med spermier från den person som är kvinnans make, registrerad partner eller sambo. Oberoende om det är egna eller donerade könsceller krävs skriftligt samtycke från make/ registrerad partner/ sambo innan ägget förs in i kvinnans kropp. Vid insemination med spermiedonation eller vid befruktning utanför kroppen väljer behandlande läkare spermier eller ägg från lämplig donator. Vid assisterad befruktning med donerade könsceller görs en särskild prövning av ansvarig läkare utifrån parets medicinska, psykologiska och sociala förhållanden (SFS 2006:351). I den särskilda prövningen görs bedömningen utifrån parets ålder, hälsotillstånd, relation mellan paret, levnadsförhållanden och deras inställning att berätta för barnet om dess ursprung (SOSFS 2009:301). Detta görs för att kunna anta att barnet kommer växa upp under goda förhållanden (SFS 2006:351). Socialstyrelsen kan pröva frågan om paret nekas behandling (SFS 2006:351). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning (SOSFS 2009:32) ska en undersökning av alla som söker vård för ofrivillig barnlöshet utföras för att avgöra om de har möjlighet att kunna få barn på naturlig väg och om deras medicinska tillstånd tillåter en graviditet genom assisterad befruktning.

I en av statens offentliga utredningar (SOU) beskrivs prioriteringar inom vården i Sverige. Som grund identifierades tre principer som är människovärdesprincipen, behovs- eller solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen och dessa är rangordnade i denna ordning. Det innebär att människovärdesprincipen går före de båda andra principerna behovs- eller solidaritetsprincipen går för effektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen innebär att alla människor har samma värde och rättigheter oberoende av karaktärsdrag och position i samhället. Behovs- eller solidaritetsprincipen innebär att den person som är i behov av vårdens resurser mest ska få dem. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att det ska finnas en skälig relation mellan kostnad och effektivitet. Med effektivitet menas förbättrad hälsa och livskvalitet av interventionen. Genom dessa principer har fyra grupper identifierats för klassificering av vården. I grupp I ingår vård av livshotande sjukdomar eller sjukdomar som utan behandling leder till för tidig död eller ett invalidiserade liv. Exempel på tillstånd i denna grupp är hjärtinfarkt, stora blödningar och psykiska störningar med en stor självmordsrisk. I grupp II ingår prevention med nytta, som till exempel mödrahälsovård, och habilitering och rehabilitering som syftar till att tillgodose behov som är relaterat till livskvalitet till människor så de i största möjliga mån ska kunna ta hand om sig själva utan hjälp av andra. I grupp III ingår vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. Exempel på dessa är

underlivsinfektioner, mag- och tarmbesvär och allergier som inte är livshotande. I Prioriteringsgrupp IV ingår vård av andra orsaker än sjukdom eller skada som till exempel plastikkirurgi av estetiska skäl som inte är likställd med rekonstruktiv kirurgi orsakad av svår missbildning eller skada (SOU 1995:5). I Socialutskottets betänkande om prioriteringar inom hälso- och sjukvården konstateras att det finns pågående kroniska sjukdomar biologiska rubbningar och resttillstånd efter tidigare sjukdomar som kan orsaka ofrivillig barnlöshet. Därför bör behandling av ofrivillig barnlöshet inneslutas i prioriteringsklass III (SoU 1996/97:SoU14).

Ofrivilligt barnlösa par, antingen heterosexuella eller lesbiska, kan söka hjälp hos sjukvården i Sverige efter att ha försökt få barn under ett års tid utan att lyckas för hjälp med utredning och behandling. Om det föreligger medicinska orsaker till barnlösheten behöver paret inte vänta ett år innan utredning inleds (Sveriges kommuner och landsting, 2014).

Vård vid ofrivillig barnlöshet i Sverige

Styrelsen för Sveriges kommuner och landsting (SKL) beslutade i november 2014 om rekommendationer om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentlig finansierad assisterad befruktning. Genom att tillämpa dessa rekommendationer skapas en jämlik vård på lika villkor oberoende var människor är bosatta i Sverige. Dessa rekommendationer innebär att landstingsfinansierad assisterad befruktning erbjuds till par utan gemensamma eller adopterade barn och att utredningsfasen ska påbörjas inom tre månader från den första kontakten. Åldersgränserna för att bli erbjuden finansierad behandling avser IVF- behandling, intrauterin insemination, behandling med äggdonation samt fertilitetsbevarande åtgärder. Dessa behandlingar ska påbörjas innan kvinnan fyllt 40 år. Frysta embryon kan återföras till kvinnans 45 årsdag. Behandling av kvinnan får inte starta efter att make/ maka, sambon eller registrerad partner fyllt 56 år och samma ålder gäller vid fertilitetsbevarande åtgärder för män. Ingen undre åldersgräns rekommenderas av SKL men paret måste ha fyllt 18 år för att få genomgå behandling. Med intrauterin insemination menas både inseminering med partners eller donators spermier och med fertilitetsbevarande åtgärder gäller infrysning av spermier och ägg i samband med fertilitetsnedsättande behandling som strålning och kemoterapi. Antalet behandlingar som erbjuds är tre IVF- behandlingar med ägguttag, sex behandlingar med intrauterin insemination med donatorspermier eller kombination med IVF och donerade spermier, om det är nödvändigt. Embryon av god kvalitet kan frysförvaras och ska i första hand återföras innan ny äggplocksbehandling inleds. Uppföljning av rekommendationerna ska göras av SKL 12 månader efter beslutet för att se följsamheten och ekonomiska konsekvenser (Sveriges kommuner och landsting, 2014).

Ensamstående kvinnor får idag enligt lag inte genomgå assisterad befruktning i Sverige och utredning pågår om det kommer att bli möjligt i framtiden. Även surrogatmödraskap och embryodonation diskuteras om det ska bli lagligt. En del av dessa par åker utomlands till länder där donation av befruktade ägg är lagligt för att få hjälp med behandling. Behandling med befruktade ägg kallas embryodonation och det blivande barnet kommer då att sakna genetisk koppling till sina föräldrar. Embryodonation kan göras genom att donera överblivna embryon från andras IVF-behandlingar eller befruktning sker från separata donatorer. Statens medicinsk-etiska råd anser att det genetiska bandet mellan barn och föräldrar är mindre viktigt för barnets välmående och att sociala faktorer är viktigare och att det därför bör legaliseras. Detta skulle bidra till att fler skulle kunna få hjälp med behandling i Sverige och att färre befruktade ägg skulle behöva förstöras (Statens medicinsk-etiska råd, 2013).

Livskvalitet

Enligt World Health Organization (WHO) är livskvalitet individens uppfattning om sin livssituation utifrån kulturella normer och värderingar där individen befinner sig i relation till egna mål, förväntningar, normer och intressen (Kuyken, 1995). Begreppet livskvalitet är subjektivt och det är individens övergripande bedömning av sitt beteende, tillstånd och kapacitet samt tillfredsställelse eller missnöje över dessa. Livskvalitet har flera dimensioner som WHO definierar som fysisk dimension, psykologisk dimension, grad av självständighet som individen upplever, sociala relationer samt individens omgivning och personliga tro. Dessa dimensioner kan uppfattas som positiva eller negativa. Inom varje dimension finns flera underdimensioner som summering av den enskilda dimensionen. Ett exempel på det är den fysiska dimensionen som har smärta och obehag samt energi och fatigue som underdimensioner (Kuyken, 1995). I begreppet livskvalitet ingår sexualitet (Folkhälsoinstitutet, 2012). I WHO:s bedömningsunderlag för livskvalitet är sexuell aktivitet en underdimension till den fysiska dimensionen. För att bedöma livskvaliteten med fokus på den sexuella aktiviteten används frågor om hur sexlivet värderas, hur väl de sexuella behoven är uppfyllda, tillfredsställelsen med sexlivet samt eventuella svårigheter (WHOQOL group, 1998).

Chachamovich et al. (2010) hade som syfte att genom en systematisk litteraturstudie undersöka hur livskvaliteten påverkas av infertilitet. Resultaten vad gäller livskvaliteten hos infertila män var något tvetydiga då det i en studie verkade som att infertila män har liknande resultat av livskvalitet som fertila män medan det i andra studier visade sig att infertila män skattade sin livskvalitet lägre än fertila män. Lägre utbildningsnivå, stark vilja att få barn, dåligt äktenskap, tidigare IVF-försök samt duration av infertiliteten associerades med sämre livskvalitet. Resultaten visade att kvinnor hade en sämre mental hälsa, sämre social funktion och sämre emotionell hälsa jämfört med både fertila kvinnor och infertila män. Tidigare IVF-försök, ung ålder, lägre utbildningsnivå, låg inkomst, dåligt sexliv, oenigheter om rådgivning samt ha en make som känner sig pressad att ha sex associerades med sämre livskvalitet.

Sexuell och reproduktiv hälsa

Sexualiteten är en del i att vara en människa och finns hos varje individ hela livet. Begreppet inbegriper kroppsuppfattning, behov av att känna närhet från andra människor, intresse och förmåga att ägna sig åt tillfredsställande sexuella aktiviteter och att kunna kommunicera sina känslor. Sexualitet är en blandning av könsidentitet, sexuell orientering, erotism, sexuell tillfredsställelse, intimitet och reproduktion (Wilmoth, 2007). WHO definierar sexuell hälsa som: ”ett tillstånd av fysisk, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten; det är inte bara avsaknad av sjukdom och skada. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfull inställning till sexualiteten och sexuella förhållanden, såväl som möjlighet att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser, som är fria från tvång, diskriminering och våld” (Socialstyrelsen, 2009, s. 262). Sexuell hälsa är kopplat till livskvalitet, relationer, rådgivning och hälsovård. Sexuella rättigheter innebär att varje människa har rätt att själv bestämma över sin egen sexualitet oberoende av ålder (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Sexuell hälsa påverkas av fysiska, psykologiska, kognitiva, kulturella, religiösa, politiska och ekonomiska faktorer och den sexuella hälsan beror på ett komplext samspel av dessa. Många av dessa faktorer har den enskilda individen liten eller ingen kontroll av (WHO, 2010). Med reproduktiv hälsa menas ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och rättigheter angående det reproduktiva systemet innebär att varje individ har rätt att bestämma antalet barn och hur nära dessa ska komma. Sveriges politiska

arbete för att främja den sexuella och reproduktiva hälsan består av flera olika områden. Dessa är jämställdhet, sexualundervisning, uppmärksammande av orättvisa skillnader mellan olika grupper, rätt till preventivmedel och säkra aborter, mödravård och vård av nyfödda, skydd mot sexuellt överförda infektioner och frihet från könsstympning, sexuellt och annat könsrelaterat våld och tvång. Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet, Nationellt centrum för kvinnofrid, Brottsförebyggande rådet, Skolverket, Högskoleverket, Skolinspektionen, Ungdomsstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, hälso- och sjukvården, forskargrupper, kommuner och landsting och ideella organisationer är viktiga aktörer som arbetar med frågor som rör den sexuella och reproduktiva hälsan i Sverige (Statens folkhälsoinstitut, 2012).

Bilden av att sexualiteten är driven av reproduktion har förändrats och begreppen kan nu betraktas som oberoende av varandra även om de har ett nära samband. Tillgång till preventivmedel gjorde det möjligt att inte behöva undvika sexuell aktivitet för att inte bli gravid vilket ökade den sexuella hälsan och livskvaliteten. Även synen på att sexuell aktivitet hör hemma inom äktenskapet har förändrats till att vara mer accepterande till sex utanför kärleksrelationer och synen på tillfälliga sexuella förbindelser är mer liberal. Möjlighet till assisterad befruktning har gjort att sexuell aktivitet inte är en förutsättning för reproduktion och har därför bidragit till att separera begreppen ytterligare (Benagiano, Carrara & Filippi, 2010).

Synen att minskad sexuell aktivitet och lust är en naturlig del av åldrande har förändrats till att en god sexuell hälsa ses som en del av ett gott åldrande. Sexuallivet har en betydelse för stabiliteten av förhållanden då det är vanligare med separationer i relationer med låg sexuell aktivitet och tillfredsställelse. Det har visat sig att mindre än en tredjedel av personer som har ett minskat intresse för sex, nedsatt vaginal lubrikation eller erektionssvårigheter är nöjda med sitt sexualliv. Detta gäller även kvinnor som besväras av genital smärta vid samlag eller sviktande förmåga till orgasm (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Samband mellan hälsotillstånd och sexualliv har identifierats och både fysisk eller psykisk ohälsa påverkar livskvalitet negativt och därmed också den sexuella hälsan (Wilmoth, 2007).

Sexualiteten består av ett samspel av nervsystem, hormoner, cirkulation, anatomi och psykologi. En kvinnas könsorgan är rikligt innerverat och känsligt för beröring. Den sexuella reaktionen kan indelas i fyra grupper: upphetsningsfasen, platåfasen, orgasmfasen och avslappningsfasen. Under upphetsningsfasen sker en stimulering som ger en ökad genomblödning av könsorganet. I slidväggen sker en typ av svettning, lubrikation. Även sekretion från körtlar bidrar till detta. Under denna fas erigeras klitoris och slidan blir djupare och vidare längst in. Under platåfasen svullnar den yttre delen av slidan vilket gör den trängre. Orgasmfasen uppstår efter en tillräcklig mängd stimuli och innebär sammandragningar i vagina, sfinktermuskulaturen och uterus. Slutligen infinner sig avslappningsfasen då kroppen återgår till det ostimulerade tillståndet (Janson & Landgren, 2010). Männens sexuella reaktion kan även delas upp på detta sätt. Under stimuleringsfasen ökar blodflödet till svällkropparna i penis och venerna som ligger intill svällkropparna kläms ihop så att avflödet av blod förhindras. Samtidigt ökar blodflödet till testiklarna och musklerna i scrotum drar ihop sig så att testiklarna lyfts upp i kroppen. Detta leder till erektion och kan utlösas psykologiskt och genom beröring. Under platåfasen förstärks erektionen genom ett fortsatt blodflöde till penis. Under orgasmfasen sker ejakulationen. Muskelkontraktioner i sädesledare, prostata och bäckenbotten pressar spermier genom sädesledare och ut genom urinröret. Under avslappningsfasen återgår kroppen till det ostimulerade tillståndet och en ny erektion kan inte uppstå. Durationen av

denna period är individuell och kan variera från några minuter till timmar (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2007). Sexuella problem kan påverka dessa faser. Dyspareuni och vaginism är tillstånd hos kvinnor som försvårar eller omöjliggör samlag. Svårighet att känna lust och upphetsning kan bero på depression och ångest vilket leder till en nedsatt sexuell hälsa. Att ha svårighet att uppnå orgasm trots en normal upphetsning- och plåtåfas påverkar även den sexuella hälsan (Clayton & Hamilton, 2010).

Lindau och Gavrilova´s, (2010), studie om sex, hälsa och sexuell aktivitet i den åldrande befolkningen i USA visade att den hälsorelaterade livskvaliteten sjunker med åldern. Även den sexuella aktiviteten sjunker med åldern för både kvinnor och män, dock mer hos kvinnor. Kvinnors skattning av sexuallivet sjönk även mer än hos männen. Männen i studien rapporterade oftare ett större intresse för sex. För kvinnorna sjönk intresset för sexuell aktivitet markant efter 60 års ålder och var mer uttalad hos de utan partner. Sexuell aktivitet visade sig vara associerad med hälsa. De i studien som skattade en god hälsa hade en större sannolikhet att ha ett intresse för sexuell aktivitet.

Upplevelser av ofrivillig barnlöshet och assisterad befruktning

En fenomenologisk studie från Sverige hade som syfte att undersöka mäns upplevelser av misslyckad ICSI-behandling. Resultaten visade att män med svår nedsatt spermiefunktion som genomgått assisterad befruktning kan jämföras med att klättra upp för ett berg då målet är att komma till toppen med olika delmoment under vägens gång. Första delmålet hos männen i studien var fyndet av funktionsdugliga spermier genom aspiration från bitestikel eller testikel vilket bidrog att självförtroendet som förlorats vid beskedet av den nedsatta fertiliteten återvanns till viss del. Detta sågs som en delseger i processen. En känsla av utanförskap fanns hos deltagarna och relaterades till att fokus under behandling till största del ligger på kvinnan. Det fanns en önskan om att fokus under behandling ska ligga på båda. Möjligheten att diskutera känslor kring infertiliteten kändes begränsad för några av männen då orsaken till infertiliteten var okänd och frågor om vad som egentligen var fel och vad som orsakat felet var något som männen funderade över. Männen kände också en oro för sin partner och gav sig själva en lägre prioritet då fokus under behandlingarna låg på kvinnan och hur hon mårde (Johansson, Hellström & Berg, 2011).

Isupova (2011) undersökte upplevelser hos ryska kvinnor som genomgått eller genomgår IVF som sökt stöd genom internetforum. Resultaten visade att kvinnorna upplevde att positiva reaktioner från omgivningen var mer sällsynta än negativa reaktioner. Majoriteten av deltagarna reagerade på dessa negativa attityder genom att avsluta relationerna medan det i några fall inte var möjligt på grund av psykologiskt eller finansiellt beroende till personen. Några av deltagarna beskrev att de kände sig anklagade för infertiliteten av andra människor och besvarade detta med att beskylla dessa personer för att inte vara tillräckligt stöttande. Diskussioner på internetforum fördes om att kvinnorna kände att de fick försvara sig själva och sin familj för släkt, vänner och samhället i stort då assisterad befruktning har ett negativt rykte i Ryssland. Diskussioner om svårigheter med relationer till andra kvinnor som befinner sig i andra livssituationer, till exempel de som inte lider av infertilitet, har barn eller inte vill ha barn, fördes. Flera av kvinnorna påstod att internetforumet var deras största källa till psykologiskt stöd och hjälpte mer än professionellt stöd då internetforumet gav dem en känsla av samhörighet och solidaritet.

Resultatet från en systematisk litteraturstudie, som hade som syfte att utvärdera frågeformulär som utvärderar livskvaliteten hos infertila par, visade ett samband mellan infertilitet och

negativ effekt på livskvaliteten. Det behövs dock fler studier för att identifiera olika aspekter av livskvalitet hos infertila par, speciellt genom att använda specifika standardverktyg och frågeformulär i olika populationer med andra kulturer och seder (Mousavi, Masoumi, Keramat, Pooralajal & Shobeiri, 2013). Vidare visade Ashraf, Ali och Azadeh's (2014) studie att infertila kvinnor har en sämre livskvalitet än fertila kvinnor. Fysiskt hälsotillstånd, begränsningar relaterat till det fysiska hälsotillståndet och emotionella problem, generell hälsa, vitalitet och social funktion påverkades negativt hos de infertila kvinnorna. En studie som undersökte den hälsorelaterade livskvaliteten hos infertila par som skulle genomgå IVF eller ICSI-behandling visade att män hade en bättre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med kvinnor. Kvinnligt kön, låg ålder och en låg utbildningsnivå kunde relateras till en sämre hälsorelaterad livskvalitet (Rashidi, Montazeri, Ramezanzadeh, Shariat, Abedinia & Ashrafi, 2008).

Barnmorskans roll inom vården av ofrivilligt barnlösa

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska innehåller rekommendationer för att tydliggöra barnmorskors roll inom hälso- och sjukvård för att bidra till en patientsäker vård. Barnmorskors arbete ska genomsyras av ett holistiskt och etiskt förhållningssätt, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt följa gällande lagar och föreskrifter. Legitimerade barnmorskor arbetar inom området sexuell och reproduktiv hälsa vilket innebär att barnmorskor arbetar inom många olika verksamhetsområden. Förutom sexuell och reproduktiv hälsa är forskning, utveckling och utbildning samt ledning och organisation områden som är väsentliga kompetensområden för barnmorskor (Socialstyrelsen, 2006).

Wilson och Leese (2013) har genom en litteraturstudie identifierat nyckelområden som påverkar välmående hos infertila patienter och vilken roll personal inom sjukvården har för dessa patienter. De nyckelområden som påverkade välmående var tillgång till emotionell vägledning, stresshantering, stöd av fertilitetsjuksköterskor/barnmorskor, kontinuitet i vården och stöd under fertilitetsbehandling och graviditet. Patienter som genomgår fertilitetsbehandlingar är utsatta för höga nivåer av stress. Att få emotionellt stöd var viktigt för att minska stress och öka välmående och det kan främjas av vårdpersonal genom att ge empati och stöd. Litteraturstudien visade vidare att patienterna ville att deras oro skulle bli uppmärksammas, de ville känna sig omhändertagna och känna förtroende för vårdpersonalen som var inblandade i deras behandling. Barnmorskor och sjuksköterskor är involverade i den direkta patientvården men ger även emotionell vägledning för sina patienter. De har en position där det är möjligt att ge en holistisk vård där tre nyckelteman identifierades: emotionellt stöd, information och att vara som en försvarare för sina patienter. Barnmorskor har en central roll i vården av patienter på fertilitetskliniker men ger även vård till patienter som lyckats bli gravida genom fertilitetsbehandling inom andra instanser. De behöver därför adekvat kunskap om reproduktionsmedicin och påverkan på välmående och livskvalitet för att kunna stödja denna patientgrupp, vilket många barnmorskor anser att det saknar.

Problemformulering

Ofrivillig barnlöshet är ett vanligt problem och drabbar människor globalt. Livskvalitet är ett mått på hur varje individ uppfattar sitt liv och den påverkas ofta negativt av att vara ofrivilligt barnlös. Sexuell hälsa är en del av begreppet livskvalitet och kan därmed påverka individens välmående beroende på hur den sexuella hälsan upplevs. Barnmorskor har genom sin position inom vården kontakt med ofrivilligt barnlösa och behöver därför kunskap om hur dessa

människors livskvalitet och sexuella hälsa kan påverkas för att på så sätt kunna ge ett emotionellt stöd och ökat välmående hos dessa personer.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva den sexuella hälsan hos kvinnor och män som är ofrivilligt barnlösa.

METOD

Ansats och design

För att få svar på denna studies syfte utfördes en systematisk litteraturöversikt.

En litteraturöversikt användes för att sammanfatta befintlig forskning inom ett område för att kunna identifiera kunskapsluckor eller motsägelsefulla resultat som i sin tur kan ge en vägledning för fortsatt forskning inom området. Systematiska regler användes för att utvärdera informationen och för att försöka uppnå frånvaro av bias. Det första steget var att välja ett ämne som inte var för smalt så att tillräckligt med litteratur fanns tillgänglig men heller inte för brett så informationen skulle bli för ytlig (Polit & Beck, 2012).

Urval

I detta steg gjordes en bestämning av vilken information som skulle inkluderas i litteraturöversikten. Nyckelord för ämnet och limits användes för att finna relevanta artiklar. En första genomgång av artiklarna bestod av att se vilka artiklar som var tillgängliga och därefter gick artiklarnas abstrakt igenom för att ge en vägledning om syftet på litteraturöversikten uppfylldes (Polit & Beck, 2012). Inklusionskriterier för litteraturöversikten var att källorna skulle vara skrivna på svenska eller engelska då det är de språk som författaren behärskar, vara publicerade inom tio år för att informationen ska vara aktuell samt att tillgång till fulltext av artiklarna skulle finnas. Både artiklar med kvalitativ och kvantitativ design ingick i inklusionskriterierna.

Genomförande

Databaser som användes för en sökning av litteratur till denna litteraturöversikt var PubMed, CINAHL och PsycInfo, se tabell 1. Enligt Polit och Beck (2012) är dessa databaser speciellt användbara inom omvårdnadsforskning (Polit och Beck, 2012). Nyckelord som var relevanta för syftet identifierades. MeSH-termerna infertility, quality of life och reproductive health har använts. Sökorden infertile couple, sexuality, sexual health och sexual dysfunction användes för ett bredare sökresultat och sökningen i samtliga databaser utfördes 150502. De som fanns tillgängliga i fulltext genomgick klassificering enligt bilaga 1. Artiklar med en låg kvalitet exkluderades medan artiklar med medel eller hög kvalitet inkluderades.

Tabell 1. Sökning i databaser

Databas	Sökord	Antal träffar	Inkluderade artiklar
PubMed	Infertility AND sexual dysfunction	461	1
PubMed	(Infertility OR infertile couple) AND quality of life AND (sexuality OR sexual dysfunction OR sexual health OR reproductive health)	278	10
CINAHL	(Infertility OR infertile couple) AND (sexuality OR sexual dysfunction OR sexual health OR reproductive health)	377	3
PsycInfo	(Infertility OR infertile couple) AND quality of life AND (sexuality OR sexual dysfunction OR sexual health OR reproductive health)	159	1
PsycInfo	(Infertility OR infertile couple) AND quality of life	68	1
Totalt		1343	16

Databearbetning

I detta steg lästes artiklarna i sin helhet och klassificerades utifrån kvalitet. Informationen organiserades för att få en tydlig överblick (Polit & Beck, 2102). Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats användes, se bilaga I. Underlaget är modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) och innehåller information om bedömning av studier utifrån tre nivåer, hög- medel- och låg kvalitet. En matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier användes. Där antecknades författare, år, land, titel, syfte, metod, deltagare, resultat och klassificering, se bilaga II. Innehållet i de inkluderade artiklarna lästes ett flertal gånger i sin helhet och analyserades systematiskt och stegvis för att på så sätt kunna identifiera huvudfynden i dem enligt Forsberg och Wengström (2008). Efter urskiljning av huvudfynden har kategorier och subkategorier skapats utifrån likheter och olikheter i studiernas resultat. Målet var att presentationen skulle vara logisk och ha meningsfulla teman som leder till en slutsats (Polit & Beck, 2012).

Med validitet menas till vilken grad ett mätinstrument mäter det som den är menad att mäta och resultatet i studien ska stämma överens med syftet för att ha en hög validitet.

Reliabiliteten, det vill säga studiens tillförlitlighet, innebär mätinstrumentets förmåga att ge samma värde vid ett flertal mättillfällen. För att öka en studies tillförlitlighet är det viktigt att presentera tillvägagångssätt för att en annan forskare ska kunna komma fram till likartade resultat och att sträva efter avsaknad av slumpmässiga fel (Polit & Beck, 2012).

Forskningsetiska överväganden

I all forskning där djur och människor är involverade måste etiska aspekter tas hänsyn till. De flesta riktlinjer innehåller tre principer: välgörande, respekt för den mänskliga värdigheten och rättvisa och innebär bland annat att forskningen ska utträta något gott, skydda deltagarna från skada och individens rätt till självbestämmande och integritet (Polit & Beck, 2012). Etiska riktlinjer för forskare är att inte plagiera eller ta åt sig äran för andras forskning, att inte skriva osanna eller uppfunna resultat, inte presentera tveksamma data utan att skriva ut dessa, inte dölja invändningar eller kritik som inte kan avfärdas, förvanska uppfattningar som strider mot de egna och att inte dölja källor och information som är relevanta (Booth, Colomb & Williams, 2004). Forskningsfusk kan leda till att människor och djur utsätts för risker och därför måste resultat redovisas öppet så andra forskare kan granska forskningen (Vetenskapsrådet, 2014). I denna litteraturöversikt användes endast primärkällor som är granskade och godkända av en etisk kommitté, alternativt att ett etiskt resonemang presenteras i studien. Författaren till denna litteraturöversikt har inte haft för avsikt att förvränga eller utelämna relevant information. Bearbetning har i största möjliga mån skett objektivt utan att försöka vinkla resultatet. De studier som mött inklusionskriterierna för denna litteraturöversikt har inkluderats och ingen studie som är relevanta har exkluderats med avsikt.

RESULTAT

Sexuell hälsa relaterat till infertilitet

Kvinnors sexuella hälsa

Resultaten i ett flertal studier visade att infertila kvinnors skattningar av sin sexuella hälsa var så låga att en högre risk för sexuell dysfunktion skulle föreligga. Medelskattningen av sexuell hälsa var lägre hos de infertila kvinnorna i jämförelse med fertila kvinnor (Nelson, Shindel, Naughton, Ohebshalom & Mulhall, 2008; Oskay, Beji & Serdaroglu, 2010; Millheiser, Helmer, Quintero, Westphal, Milki & Lathi, 2010; Carter, Appelgarth, Josephs, Grill, Baser & Rosenwaks, 2011; Khademi, Alleyassin, Amini & Ghaemi, 2008; Pakpour, Yekaninejad, Zeidi & Burri, 2012). Ingen skillnad i förekomst av sexuell dysfunktion mellan fertila och infertila kvinnor kunde ses i Drozdol och Skrzypulec's (2008) studie.

Den sexuella hälsan var mest negativt påverkad inom områdena lust, upphetsning, orgasmfunktion och tillfredsställelse hos de infertila kvinnorna och förekomst av dyspareuni och nedsatt vaginal lubrikation var även högre hos de infertila kvinnorna (Nelson, Shindel, Naughton, Ohebshalom & Mulhall, 2008; Oskay, Beji & Serdaroglu, 2010; Millheiser, Helmer, Quintero, Westphal, Milki & Lathi, 2010; Khademi, Alleyassin, Amini & Ghaemi, 2008; Khodarahimi, Hosseinmirzaei & Ovejero Bruna, 2014; Drozdol & Skrzypulec, 2008; Valsangkar, Bodhare, Bele, Sai, 2011; Smith, Madeira & Millard, 2015; Wischmann, Schilling, Toth, Rösner, Strowitzki, Wohlfarth & Kentenich, 2014).

Mäns sexuella hälsa

Erekttil dysfunktion, alltså en lägre skattning av erektil funktion än normalintervallet, var vanligare hos infertila män i jämförelse med fertila män (Drozdol & Skrzypulec, 2008; Khademi, Alleyassin, Amini & Ghaemi, 2008; Gao, Zhang, Su, Shi, Hao, Zhou & Liang, 2013). I kontrast visade Shindel, Nelson, Naughton, Ohenshalom och Mulhall's (2008) samt Ozkan, Orhan, Aktas och Coskuner's (2015) studier att medelprevalensen av erektil dysfunktion hos infertila män var inom normalintervallet. Den sexuella hälsan var mest negativt påverkad inom områdena sexuell lust och tillfredsställelse av samlag hos de infertila männen (Drozdol & Skrzypulec, 2008; Ozkan, Orhan, Aktas & Coskuner, 2015; Wischmann, Schilling, Toth, Rösner, Strowitzki, Wohlfarth & Kentenich, 2014). Även orgasmfunktion och generell tillfredsställelse skattades som sämre av de infertila männen i Ozkan, Orhan, Aktas och Coskuner's (2015) studie. En bättre erektil funktion kunde associeras med ett bättre sexuellt självförtroende (Shindel, Nelson, Naughton, Ohenshalom & Mulhall, 2008).

Påverkan av infertilitetsorsak på den sexuella hälsan

Män med infertilitet orsakad av manlig faktor och oförklarlig infertilitet rapporterade en större negativ påverkan på den sexuella hälsan i jämförelse med de män vars infertilitet orsakades av kvinnlig faktor (Smith, Walsh, Shindel, Turek, Wing, Pasch, Katz & The infertility outcomes program project group, 2009). I en annan studie skattades den sexuella hälsan lägre hos kvinnor vars infertilitet berodde på både kvinnlig och manlig faktor i jämförelse med de som diagnostiserats som oförklarligt infertila (Oskay, Beji & Serdaroglu, 2010). Ingen skillnad i infertila kvinnors sexuella hälsa eller påverkan av fertilitetsbehandling kunde hittas baserat på infertilitetsdiagnos i Smith, Madeira & Millard's (2015) studie. I Pakpour, Yekaninejad, Zeidi och Burri's (2012) studie skattade kvinnor med sekundär infertilitet sin sexuella hälsa sämre i jämförelse med kvinnor som lider av primär infertilitet.

Frekvensen av samlag var lägre hos de infertila kvinnorna i jämförelse med fertila kvinnor (Oskay, Beji & Serdaroglu, 2010; Millheiser, Helmer, Quintero, Westphal, Milki & Lathi, 2010). Den sexuella hälsan skattades som bättre inom alla områden med en ökad frekvens av samlag per vecka hos både de fertila och infertila kvinnorna. Vidare hade kvinnor som endast hade samlag med sin partner för att bli gravida en sämre sexuell hälsa inom områdena lust, lubrikation och orgasm (Oskay, Beji & Serdaroglu, 2010). En retrospektiv skattning av samlag och onanifrekvens innan infertilitetsdiagnosen var likande som skattningen hos de fertila kvinnorna (Millheiser, Helmer, Quintero, Westphal, Milki & Lathi, 2010). De vanligaste sexuella problemen var avsaknad av intresse eller lust för sex, som 30 procent upplevt mer än 75 procent av tiden den senaste månaden, oförmåga att få orgasm (15 %), torra slemhinnor under sexuell aktivitet (14 %), och vaginal trångghetskänsla (13 %). De kvinnor som inte haft någon sexuell aktivitet gjorde det på grund av låg lust (38 %), smärta under samlag (11 %), ångest över sexuell prestation (10 %), torra slemhinnor (9 %) samt annan anledning som graviditetsrelaterade problem, avhållsamhet pga. fertilitetsbehandling och mentala problem i form av depression, trötthet och ångest (12 %) (Smith, Madeira & Millard, 2015).

Påverkan av infertilitet på partnerns sexuella hälsa

I Yeoh, Razali, Sidi, Mahamad Razi, Midin, Nik Jaafar och Das's (2014) studie visade resultatet att ju bättre de infertila kvinnorna skattade sin sexuella hälsa desto större chans att den manliga partnern skattade sin sexuella hälsa som bra. En större lust och sexuell

tillfredsställelse hos kvinnan påverkade den manliga partners sexuella hälsa mest positivt medan en högre tillfredsställelse av samlag hos mannen påverkade den kvinnliga partners sexuella hälsa mest positivt. I Oskay, Beji och Serdaroglu's (2010) studie hade de kvinnor som rapporterade förekomst av sexuella problem hos den manliga partnern en större risk att själva lida av sexuell dysfunktion. I Nelson, Shindel, Naughton, Ohebshalom och Mulhall's (2008) och Shindel, Nelson, Naughton, Ohenshalom & Mulhall's (2008) studier visade resultaten att en bättre erektil funktion kunde associeras med en god sexuell hälsa hos partnern. En bra relationskvalitet och sexuellt självförtroende kunde associeras med ett bättre sexuellt självförtroende hos partnern.

I Valsangkar, Bodhare, Bele och Sai's (2011) och Wischmann, Schilling, Toth, Rösner, Strowitzki, Wohlfarth, och Kentenich (2014) studier visade resultaten att relationen till sin partner påverkades mer negativt i jämförelse med hos fertila par. De områden som var negativt påverkade var sammanhållningen, enigheten, och den generella tillfredsställelsen av relationen. I Smith, Madeira och Millard's (2015) studie visade resultaten att 63 procent av kvinnorna upplevde att deras relation till partnern hade blivit starkare på grund av infertiliteten medan 20 procent menade att deras relation blivit skadad. Av kvinnorna upplevde 18 procent att infertiliteten inte haft någon påverkan på relationen. I en annan studie framkom att en bättre erektil funktion kunde associeras med en längre relation med partnern samt en högre skattning av relationens kvalitet. En bra relationskvalitet och sexuellt självförtroende kunde associeras med en längre relation med partnern, en högre skattning av relationskvaliteten och en bättre erektil funktion (Shindel, Nelson, Naughton, Ohenshalom & Mulhall, 2008).

Interaktion mellan psykisk, fysisk och sexuell hälsa

Psykisk hälsa hos infertila kvinnor

Förekomsten av depression visade sig vara högre hos infertila kvinnor i jämförelse med fertila kvinnor (Nelson, Shindel, Naughton, Ohebshalom & Mulhall, 2008; Khodarahimi, Hosseinmirzaei och Ovejero Bruna, 2014; Carter, Appelgarth, Josephs, Grill, Baser & Rosenwaks, 2011). En bra relationskvalitet och sexuellt självförtroende kunde associeras med en lägre förekomst av depression (Nelson, Shindel, Naughton, Ohebshalom & Mulhall, 2008). En stark korrelation kunde ses mellan depression, ångest och sexuell hälsa vilket innebär att ju större grad av depression och ångest desto större sannolikhet för att en sämre sexuell hälsa skulle föreligga. Ingen skillnad i prevalens av depression mellan kvinnor med primär och sekundär infertilitet kunde ses (Pakpour, Yekaninejad, Zeidi & Burri, 2012). I Khodarahimi, Hosseinmirzaei och Ovejero Bruna's (2014) studie framkom att infertila kvinnor hade en högre grad av psykiska problem, psykologisk stress och sämre sexuell hälsa jämfört med fertila kvinnor. Det var vanligare att de infertila kvinnorna upplevde somatiska problem, ångest, sömnsvårigheter och social dysfunktion. De infertila kvinnorna hade en större oro socialt, sexuellt, relationsmässigt och kring förkastning av ett barnfritt liv. Resultatet i Carter, Appelgarth, Josephs, Grill, Baser & Rosenwak's (2011) studie visade också att de infertila kvinnorna upplevde en större grad av oro i jämförelse med fertila kvinnor och den mentala hälsan var negativt påverkad hos 68 procent. Wischmann, Schilling, Toth, Rösner, Strowitzki, Wohlfarth och Kentenich's (2014) studie visade att självkänslan och självförtroendet påverkades negativt av infertiliteten hos både kvinnor och män. Dock upplevde kvinnorna en större påverkan i jämförelse med männen.

Psykisk hälsa hos infertila män

Förekomsten av depression var vanligare hos infertila män i jämförelse med fertila män (Shindel, Nelson, Naughton, Ohenshalom & Mulhall, 2008; Ozkan, Orhan, Aktas & Coskuner, 2015; Gao, Zhang, Su, Shi, Hao, Zhou & Liang, 2013). Förekomst av ångest och depression kunde associeras med en större risk för prematur ejakulation och erektil dysfunktion (Gao, Zhang, Su, Shi, Hao, Zhou & Liang, 2013). I Shindel, Nelson, Naughton, Ohenshalom och Mulhall's (2008) studie visade resultatet att de infertila männen skattade sin mentala hälsa lägre än i jämförelse med normativ data av fertila män (Shindel, Nelson, Naughton, Ohenshalom & Mulhall, 2008). En känsla av att inte ha kontroll, att något saknas i livet, oförmåga att uppnå mål i livet och att känna sig bristfällig på grund av infertiliteten upplevdes i större utsträckning hos män där infertiliteten berodde på manlig faktor i jämförelse med de andra infertila männen (Smith, Walsh, Shindel, Turek, Wing, Pasch, Katz & The infertility outcomes program project group, 2009).

Fysisk hälsa hos infertila kvinnor och män

Ingen skillnad i fysisk hälsa kunde ses mellan infertila män och normativ data av fertila män (Shindel, Nelson, Naughton, Ohenshalom & Mulhall, 2008) vilket liknar resultatet i Carter, Appelgarth, Josephs, Grill, Baser & Rosenwak's (2011) studie där ingen skillnad i den fysiska hälsan mellan infertila och fertila kvinnor heller kunde påvisas.

Antal IVF cyklers påverkan på den sexuella hälsan

Kvinnor som hade genomgått fyra eller fler graviditeter genom IVF skattade sin sexuella hälsa lägre än kvinnor som genomgått färre. Kvinnor som upplevde att infertiliteten hade skadat deras relation till partnern skattade en större negativ påverkan av fertilitetsbehandlingar. Ingen skillnad i sexuell hälsa eller påverkan av fertilitetsbehandling kunde ses baserat på antalet IVF cykler som kvinnan genomgått (Smith, Madeira & Millard, 2015). Hos de infertila kvinnorna kunde en sämre sexuell hälsa inom områdena lust, upphetsning, lubrikation, tillfredsställelse och orgasmfunktion associeras med en längre duration av infertilitet och fertilitetsbehandling (Oskay, Beji & Serdaroglu, 2010) vilket stämmer överens med Khademi, Alleyassin, Aminin och Ghaemi's (2008) studie där en negativ effekt på kvinnornas lust, orgasmfunktion och njutning kunde associeras med en längre duration av infertilitet. Dock kunde ingen association ses mellan durationen av infertilitet och prevalensen av kvinnlig sexuell dysfunktion i Drozdol och Skrzypulec's (2008) studie.

Ålderns påverkan på den sexuella hälsan

Den sexuella hälsan påverkades negativt av en stigande ålder hos de infertila kvinnorna (Pakpour, Yekaninejad, Zeidi & Burri, 2012) och för både de infertila och fertila kvinnorna samt hos männen i Drozdol och Skrzypulec (2008) studie. I Oskay, Beji och Serdaroglu's (2010) studie visade resultatet att de infertila kvinnornas lust, lubrikation och tillfredsställelse påverkades negativt av en stigande ålder (Oskay, Beji & Serdaroglu, 2010).

Utbildningsgrad, inkomst och härkomstens påverkan på den sexuella hälsan

En högre utbildningsgrad påverkade den sexuella hälsan positivt (Drozdol & Skrzypulec, 2008; Pakpour, Yekaninejad, Zeidi & Burri, 2012). Även kvinnor vars män hade en högre

utbildningsgrad hade färre sexuella problem (Pakpour, Yekaninejad, Zeidi & Burri, 2012; Khademi, Alleyassin, Aminin & Ghaemi, 2008). Den vaginala lubrikationen skattades som bättre hos infertila kvinnor med en högre utbildningsgrad och en sämre erektil funktion hos männen korrelerade med en lägre utbildningsgrad (Khademi, Alleyassin, Aminin & Ghaemi, 2008). En högre inkomst kunde associeras med en bättre sexuell hälsa hos infertila kvinnor (Pakpour, Yekaninejad, Zeidi & Burri, 2012) vilket stämmer överens med resultatet i Khademi, Alleyassin, Amini och Ghaemi's (2008) studie där lust och orgasmfunktion hos kvinnorna korrelerade positivt med inkomsten i familjen. I en studie från USA framkom att en bättre erektil funktion kunde associeras med kaukasisk ras (Shindel, Nelson, Naughton, Ohenshalom & Mulhall, 2008).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna uppsats var att beskriva den sexuella hälsan hos kvinnor och män som är ofrivilligt barnlösa. För att besvara syftet utfördes en systematisk litteraturoversikt. Enligt Polit och Beck (2012) används metoden för att systematiskt integrera forskningsresultat om en specifik fråga. Fördelar med en litteraturoversikt är att befintlig forskning inom ett område kan studeras och sammanfattas och kunskapsluckor kan identifieras för fortsatt forskning. Dock kan inte följdfrågor om resultat i en litteraturoversikt inte ställas. En litteraturoversikt kan heller inte genomföras om det inte finns tillräckligt med forskning inom ett speciellt område.

Databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo användes för sökning av litteratur vilka är speciellt användbara vid sökningar med omvårdnadsfokus. Att använda flera olika relevanta databaser är en styrka då risken att relevant litteratur exkluderas minskar. En bred första sökning gjordes för att kunna bedöma om tillräckligt med litteratur existerade för att en litteraturoversikt skulle kunna utföras. Vid fortsatt sökning av litteratur formulerades sökord utifrån syftet och tillägg av andra sökord gjordes för att ge en bredare sökning så att relevant litteratur inte missades. Till exempel identifierades MeSH-termerna sexual health och reproductive health men som kompletterades med sökorden sexuality och sexual dysfunction. Detta gjordes då ett flertal artiklar, med de två senare sökorden som nyckelord, identifierades genom att gå igenom liknande studier genom de relevanta träffarna i den ursprungliga sökningen. MeSH-termen quality of life användes även vid sökning i databaser. Denna term användes då sexuell hälsa är en underdimension till livskvalitet genom att ett flertal studier hade som syfte att belysa livskvaliteten hos ofrivilligt barnlösa kvinnor och män då även belyste den sexuella hälsan samt för att få ett mindre antal träffar i databaserna. Att använda sökordet livskvalitet då det inte ingår i litteraturoversiktens syfte kan ha påverkat slutresultatet på så sätt att relevant litteratur inte kom med i sökningen. För att undvika detta gjordes även sökningar utan detta sökord, dock med ett stort antal träffar i PubMed.

Begränsningar av sökningarna gjordes med limitsfunktion för att kunna exkludera artiklar som inte svarar mot litteraturoversiktens syfte. Dessa var att studierna skulle vara publicerade de senaste tio åren för att litteraturen skulle vara så aktuell som möjligt men även för att ett tillräckligt antal relevanta studier skulle kunna inkluderas i litteraturoversikten. Att studierna skulle vara tillgängliga som free full text användes även som limits. Detta kan ha inverkat på det slutliga resultatet då ett flertal artiklar, vars titlar och abstrakt verkat stämma in på litteraturoversiktens syfte, inte kunde inkluderas. I de slutliga sökningarna i databaserna lästes 1343 titlar igenom. Då det är ett stort antal titlar att läsa igenom kan relevant litteratur ha missats i detta steg. Av de titlar som verkade stämma överens med syftet lästes abstrakt för en

vidare bedömning. Vidare exkluderades litteratur som var skrivna på andra språk än engelska och svenska. Litteraturstudier som svarade mot denna litteraturöversiktens syfte exkluderades från resultatet men lästes och inkluderades i bakgrund och diskussion samt för en större förståelse. Av dessa träffar lästes 19 artiklar igenom och av dem exkluderades tre då de inte svarade mot litteraturöversiktens syfte.

Enligt Polit och Beck (2012) ska studier som planeras att användas i litteraturöversikter klassificeras för att bestämma hur mycket det går att lita på resultaten i dem. Klassificeringen ska ligga till grund för om studierna ska inkluderas och hur stor vikt som kan läggas på dem när slutsatser i litteraturöversikten formuleras. I denna litteraturöversikt användes Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats. Underlaget är modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Klassificering av studier sker subjektivt utifrån författarens åsikt. Detta kan ha bidragit till att studier klassificerats på ett felaktigt sätt och kan därför påverka det slutgiltiga resultatet och slutsatserna av litteraturöversikten. För att minska risken för en felaktig klassificering lästes artiklarna i sin helhet ett flertal gånger för att på så sätt minska risken för missförstånd och tolkningsfel. Vid oklarheter tillfrågades handledare för råd. Alla artiklars innehåll och klassificering sammanfattades i en matris. Detta gjordes för att samla data om de inkluderade artiklarna på ett systematiskt sätt och för att inte behöva återgå till varje enskild artikel då behov av detta förelåg. För läsare är detta även ett bra sätt att kunna få en djupare förståelse för hur resultat nåddes.

De inkluderade artiklarna klassificerades till medel eller hög kvalitet. Endast kvantitativa artiklar inkluderades i studien. Detta gjordes då inga kvalitativa data fanns tillgängliga för författaren inom området. Enligt Polit och Beck (2012) används kvantitativ metod för att med hjälp av statistik mäta ett fenomen. Kvalitativ forskning syftar till att öka en förståelse för ett fenomen och svarar på frågor om personers upplevelse av forskningsfrågan. Att endast kvantitativ forskning inkluderades i denna litteraturöversikt har sannolikt påverkat resultaten. Den sexuella hälsan hos ofrivilligt barnlösa personer har kunnat kartläggas och interaktioner mellan andra faktorer har identifierats. Dock har ingen djupare förståelse för dessa personers upplevelse av hur deras sexuella hälsa påverkats kunnat nås.

Studierna i litteraturöversiktens resultat är gjorda i tre olika världsdelar vilka är Europa, Asien och Nordamerika vilket är en styrka. Dock är det en svaghet att spridningen inte är större samt att de flesta artiklarna är från Asien och USA. Tre av de inkluderade artiklarna är från Iran vilket kan bidra till att resultatet är mer generaliserbart i dessa delar av världen och att resultatet skulle blivit annorlunda om fördelningen var mer jämn. En styrka med denna studie är att stora delar av resultaten var likartade, oberoende av i vilket land studien var utförd, vilket stärker möjligheten för generaliserbarhet men då det endast inkluderades 16 artiklar kan det ändå vara svårt att kunna generalisera resultaten inom dessa områden.

Alla inkludera artiklar är skrivna på engelska. Då engelska inte är författarens modersmål kan resultatet blivit feltolkat. För att minska risken för feltolkning har författaren fortlöpande använt översättningshjälpmedel och läst artiklarna ett flertal gånger. Tolkning av artiklarnas tabeller har skett med försiktighet och med stöd av författarnas beskrivning av resultaten. Då artiklarnas resultat tolkats och sammanstrålats till kategorier och subkategorier kan den subjektiva tolkningen av författaren lett till att litteraturöversiktens resultat blivit bristande. Irrelevanta kategorier och subkategorier kan därför ha utformats. Författaren har försökt att

undvika detta genom att på ett så systematiskt och noggrant sätt översatt, bearbetat och analyserat litteraturen.

En svaghet med denna litteraturöversikt är att den är utförd av endast en författare. Enligt Polit och Beck (2012) är det en fördel att vara flera författare då processen under arbetets gång kan diskuteras och att de resultat som varje författare kommer fram till kan utvärderas och diskuteras. Detta kan innebära att denna litteraturöversikt innehåller felaktiga tolkningar som vinklar resultatet.

Då den sexuella hälsan mättes och utvärderas i de inkluderade studierna användes olika mätinstrument i olika studier. Till exempel användes Female Sexual Function Index (FSFI) att utvärdera kvinnornas sexuella funktion och även Sexual Function Questionnaire. Dessa instrument används för samma ändamål men med olika frågor och upplägg. I denna litteraturöversikt har studier som besvarat syftet inkluderats oberoende av mätmetod. Detta kan ha gjort att studier som har haft liknande resultat med varandra men med olika mätinstrument har sammanstrålats felaktigt.

Resultatdiskussion

Resultatet i denna litteraturöversikt visade att ofrivilligt barnlösa kvinnor och mäns sexuella hälsa påverkas negativt. Både sexuell dysfunktion hos kvinnor och erektil dysfunktion hos män hade en högre prevalens i jämförelse med fertila kvinnor och män. Även samlagsfrekvensen påverkades negativt. En sämre skattning av sexuell hälsa medförde en sämre sexuell hälsa hos partnern. Förekomst av depression och ångest ökade sannolikheten för att en sämre sexuell hälsa skulle föreligga. Duration av infertiliteten, en högre ålder, lägre utbildningsgrad och inkomst kunde associeras med en sämre sexuell hälsa.

I Sverige har barnmorskor en viktig roll inom den sexuella och reproduktiva hälsan och arbete bedrivs inom många olika verksamhetsområden. Arbetet bör genomsyras av holistiskt och etiskt förhållningssätt. Nyckelområden som påverkar välmående hos ofrivilligt barnlösa personer är tillgång till emotionell vägledning, lindring av stress, stöd från barnmorskor och övrig personal, kontinuitet i vården och stöd under behandling och graviditet. Att vårdpersonal uppmärksammar dessa personers oro, inger förtroende och är omhändertagande ses som positiva egenskaper hos personal som arbetar inom fertilitetsvård. Kunskap om reproduktionsmedicin och påverkan på den fysiska och psykiska hälsan är en hörnsten i att kunna ge rätt vård för barnmorskor. Denna litteraturöversikt visade att psykisk påverkan på infertila kvinnor och män är vanligt. Olika grader av depression, ångest, oro och stress förekommer oftare hos dessa personer i jämförelse med personer som inte är infertila. Dessa psykiska problem påverkar den sexuella hälsan och partnerrelationen negativt.

Resultatet i en kvalitativ studie, som utforskade vilket stöd infertila par var i behov av, visade bland annat att stöd genom korrekt information om infertilitet och behandling främjade psykiskt välmående. Deltagarna i studien beskrev att deras låga kunskap av sitt tillstånd, diagnos och behandlingsresultat samt negligering av deras frågor från vårdpersonalens sida sågs som problem under fertilitetsbehandlingen. Att ge utbildning och information på ett begripligt sätt leder till tillit och samverkan mellan vårdpersonal och patienter. Att istället behöva söka information på internet och andra källor kan leda till onödiga missförstånd och stress. I studien diskuteras vikten av att informera ungdomar i skolor om infertilitet, prevention och behandling för att integrera ämnet i kulturen. Även utbildningsfilmer föreslogs kunna öka kunskapen i befolkningen och för att minska existerande fördomar (Jafarzadeh-Kenarsari, Ghahiri, Habibi & Zargham-Boroujeni, 2014). Bristen av kunskap om infertilitet

och behandling beskrivs i litteraturen som ett stort problem och kan till stor del avhjälpas genom att vårdpersonal ger adekvat information på en förståelig nivå. Att få information genom personalen på fertilitetskliniken är att föredra då det kan vara svårt att förstå egen inhämtad information utan grundkunskaper. Då information söks via internet kan den även vara felaktig då personer utan utbildning kan ha skrivit den. Att kritiskt kunna granska skriven information är inte alltid lätt. Genom att personalen kan ta sig tid och se till att de berörda personerna har förstått diagnoser och behandlingsalternativ kan negativ stress av att inte ha kontroll sannolikt lindras. Som tidigare beskrivet finns det fördomar i samhället mot assisterad befruktning, vilket framgår i Isupova´s (2011) studie. Jafarzadeh- Kenarsari, Ghahiri, Habibi och Zargham-Boroujeni (2014) föreslår i sin studie att ofrivillig barnlöshet ska ingå i utbildning av sexuell och reproduktiv hälsa för att öka förståelsen av vad diagnosen innebär och vad dessa personer genomgår. På så sätt skulle dessa personer kunna få en större förståelse från samhället i stort. Detta problem ses till stor del i utvecklingsländer där infertiliteten oberoende av orsak ofta skylls på kvinnan som då blir utsatta i samhället. Att kunna ändra attityder redan i unga år skulle sannolikt minska stress och skam över infertilitet och på så sätt även kunna främja den sexuella hälsan och det psykiska välmåendet.

Infertilitet är för många en kris där ett hot mot mål i livet föreligger och som inte går att lösa inom den närmsta framtiden. Ångest är en normal reaktion på stress och är uppträder multidimensionellt under fertilitetsbehandlingar. Kronisk stress kan orsakas av hot mot fertiliteten och en känsla av uppgivenhet. Att inte veta om en fertilitetsbehandling kommer att lyckas eller inte och att genomgå själva behandlingen kan också orsaka stress. I Allan´s (2013) litteraturoversikt visar resultatet att kvinnor upplever en större stress över fertilitetsbehandlingar i jämförelse med män. Detta beror sannolikt på att kvinnorna är huvudpersonen under behandlingen. Olika typer av stöd för att minska stress hos personer som är infertila och genomgår fertilitetsbehandlingar har prövats med olika utslag som internetbaserad kognitiv beteendeterapi, grupp och individuella möten med mindbody terapi, rådgivning och andra typer av terapi. Barnmorskors roll i att ge stöd till ofrivilligt barnlösa personer varierar världen över. För att kunna ge en god vård är det viktigt att barnmorskor har kunskap om hur dessa människor vill bli bemötta. Studier har visat att dessa patienter vill ha en patientcentrerad vård där även deras mänskliga behov utöver de medicinska bejakas. Emotionellt stöd och ångestlindring, information, kommunikation och utbildning och respekt för värderingar, preferenser och behov var aspekter som sågs som problematiska. En barnmorska har en större chans att bli emotionellt engagerad i vården av infertila personer om synsättet är att arbeta med personen utan att objektifiera vilket kan bidra till att arbetet blir spännande, utmanande och belönande. Det kan dock framkalla känslor av ångest och att arbetet blir mer krävande. Att kunna vara ett emotionellt stöd och att identifiera behov är något som kräver att självförtroende och förmågan att se den sexuella och emotionella sidan av ofrivillig barnlöshet utvecklas (Allan, 2013).

I Allan och Finnerty´s (2007) studie visar resultatet att gravida kvinnor som skrivs ut från fertilitetskliniker efter en lyckad behandling upplever en klyfta i den fortsatta mödravården. Från att ha fått vård med täta besök och uppföljning känner många att de blir övergivna. Föräldrar till barn som blivit till genom fertilitetsbehandling upplever en högre grad av stress under graviditeten och är därför i behov av ett större stöd. Den största källan till tillfredsställelse av infertilitetsutredning och behandling var födelsen av ett barn medan det som upplevdes mest negativt var otillfredsställande möten med vårdpersonal. Den tidigare ofrivilliga barnlösheten har en fortsatt påverkan på föräldrarna till barn som tillkommit genom IVF även efter förlossningen och negativa känslor relaterade till infertiliteten visade sig vara svåra att komma över. Par som lyckades integrera sin historia av infertilitet under graviditeten

mådde bättre psykologiskt. De som inte lyckades med detta till exempel när infertiliteten associerades med skam och sorg var mer ängsliga och distanstagande till varandra som par (Allan & Finnerty, 2007). Par som lyckas bli gravida genom assisterad befruktning skrivs så småningom ut från fertilitetskliniken och kommer därefter att följa det aktuella mödravårdsprogrammet som andra gravida. Uppföljning och kontroller bestäms utifrån riskfaktorer hos modern. Då dessa kvinnor upplever en större stress av graviditeten som till stor del kan bero på en större rädsla för missfall kan det vara indicerat för ett mer omfattande stöd. Om barnmorskan inom mödravården har kunskap om hur dessa kvinnor kan påverkas kan adekvata frågor ställas och behov av ett större stöd kan identifieras. Det kan handla om att få extra besök inom mödravården eller att bli remitterad vidare för en annan typ av hjälp. Då otillfredsställande möte med personal sågs som något väldigt negativt är det viktigt att som barnmorska reflektera över hur ett bra bemötande är. Tidsbrist inom vården kan vara en källa till att ett möte känns stressat och forcerat. Även att tala på ett sådant sätt att patienter inte förstår bildar klyftor i mötet. Tidsbrist är en faktor som kan vara svår att ändra på som enskild individ medan att ta som vana att fråga om patienten har förstått innebörden av informationen och att inte använda komplicerade medicinska termer kan sannolikt förbättra patienters känsla av bemötandet. För att hjälpa dessa par att integrera infertiliteten i sitt fortsatta liv och minska känslan av skam är det viktigt att barnmorskan på ett tydligt sätt visar att infertilitet inte är något skamfyllt och vågar fråga frågor angående ämnet. Att på ett empatiskt sätt fråga frågor angående psykiskt mående och om konsekvenser som infertiliteten har haft kan sannolikt bidra till att identifiera ohälsa och på så sätt främja en bättre psykologisk och sexuell hälsa.

Sexuella hälsa är en del i en persons upplevda livskvalitet och kan påverka individens välmående positivt och negativt. I denna litteraturöversikt visade resultatet att infertila kvinnors sexuella hälsa påverkas negativt och förekomsten av en sexuell dysfunktion visade sig i flera studier vara högre än i jämförelse med fertila kvinnor. Påverkan på den sexuella hälsan och av dimensionerna lust, upphetsning, orgasm, tillfredsställelse och lubrikation sågs i flera av studierna. Även mäns sexuella hälsa visade sig bli negativt påverkad av infertiliteten och förekomsten av erektil dysfunktion var högre hos de infertila männen i flertalet studier. Sexuell hälsa visade sig korrelera med partners sexuella hälsa. Frekvensen av samlag och onani var lägre hos infertila kvinnor och män och en högre frekvens kunde förknippas med en bättre sexuell hälsa.

I Wischmann's (2010) litteraturstudie visade resultatet är sexuella problem till följd av diagnos och medicinsk fertilitetsbehandling är vanligt och där kvinnor är mer påverkade än män. Kvinnorna besväras mer av svårigheter med att känna lust medan männen besväras av prematur ejakulation. Infertila kvinnor tenderar att bli ömkade medan de infertila männen oftare får kränkande kommentarer om deras manlighet av allmänheten. Sexuella problem hos mannen som erektions eller ejakulationsproblem är sällan orsaken till infertiliteten men är oftare en följd av diagnosen. Litteraturstudien visade att ofrivillig barnlöshet har en negativ effekt på sexualiteten. Upplevelser av att samlag blev berövat på sin spontanitet och endast var till för att leda till en graviditet var vanliga och om infertiliteten kvarstår kan det leda till att sexuell aktivitet förknippas med en känsla av misslyckande. Denna känsla kan ändra främst kvinnor män även mäns kroppsuppfattning till den grad att kroppen ses som en fiende. Samlagsfrekvensen visade sig minska under fertilitetsbehandlingar för paren där väntan på resultat och avsaknad av sexuell spontanitet sågs som de största problemen för detta. En ond cirkel är beskriven hos infertila män som känner en stor press av prestera inför ägglossning, spermatest och vid assisterad befruktning. Ängest över att prestera kan vara hämmande vilket kan leda till erektil dysfunktion. I sin tur kan det leda till skam och en känsla av misslyckande som leder till fortsatt ängest över att prestera. Att våga fråga om sexuella och

partnerskapsproblem likväl som emotionell stress är viktigt för att kunna ge rätt hjälp till dessa personer. Även då dessa problem inte föreligger kan det vara av nytta att informera om risken då det kan leda till att paret får ett mer avslappnat synsätt på det hela. Om samlag ses som endast ett sätt att försöka få barn på kan det vara av nytta att ta en paus i fertilitetsbehandling för att separera sexualiteten från reproduktivitet. Att ta en paus kan dock vara ett svårt val då drivkraften att få barn oftast är väldigt stark hos de som genomgår fertilitetsbehandlingar.

Piva, Monte, Graziano och Marci (2014) menar att infertilitet påverkar den sexuella relationen i ett par och sexuella problem kan inte ses som separata. Resultaten visade att samlagsfrekvensen påverkas negativt av infertilitet vilket överensstämmer med denna litteraturöversikts resultat. Dock har det visat sig att den sexuella aktiviteten hos vissa par intensifieras, speciellt i den initiala fasen. Detta ses främst runt ovulation för att öka chanserna för konception. I sin tur kan samlag under de infertila dagarna ses som värdelöst. Det förekommer också att par helt slutar att ha samlag, även under fertila dagar, för att skydda sig mot besvikelsen av ännu ett misslyckande. Sexualiteten kan även förlora sitt erotiska värde som blir underordnat strävan att bli gravida. Att endast ha samlag för att bli gravida kan leda till en stor stress vilket då kan försämra den sexuella hälsan. Hos kvinnor kan hormonbehandling leda till humörsvängningar och vätskeretention vilket kan leda till en känsla av att inte vara attraktiv. Det kan i sin tur leda till att den sexuella lusten blir nedsatt. Då män ofta känner sig exkluderade från fertilitetsbehandlingar kan det leda till en större stress som påverkar sexualiteten negativt. Intimitet och sexualitet är en viktig del i ett pars förhållande. Ett normalt sexualliv är svårt att definiera och en god sexuell hälsa är subjektiv och varierar över tid. Sexuell dysfunktion visade sig vara orsak till infertiliteten mer sällan i denna studie medan det är vanligare att det uppträder som en följd av diagnos och behandling. Om assisterad befruktning misslyckas och infertiliteten blir ett permanent tillstånd kan parens psykologiska balans och sexuell hälsa påverkas negativt. Speciella interventioner bör tas fram för att kunna främja infertila pars sexuella hälsa. Vårdpersonal bör vara medvetna om problem som dessa personer upplever och på rutin fråga om sexuell hälsa. Psykologisk och sexuell rådgivning bör integreras som en självklarhet i vården av infertila personer, både individuellt och som par.

I Tao, Coates och Maycock's (2011) litteraturöversikt visade resultatet, i likhet med denna litteraturöversikt, att infertila män har en sämre sexuell hälsa än i jämförelse med fertila män. Resultaten visade även att männen hade en lägre sexuell tillfredsställelse än i jämförelse med den kvinnliga partnern. Författarna har som hypotes att det beror på att männen har en stor press att koncipiera eller att ha samlag i samband med ovulation. Studien visade även att en duration av infertilitet längre än tre- sex år samt manlig faktor som orsak till infertilitet kunde associeras med en lägre sexuell tillfredsställelse hos både män och kvinnor. Infertilitet kan påverka den sexuella aktiviteten hos infertila par och stress över infertiliteten tenderar att minska frekvensen av samlag vilket överensstämmer med resultatet i föreliggande litteraturöversikt. Resultatet i Tao, Coates och Maycock's (2011) studie visade också att frekvens av samlag är en indikator på den sexuella tillfredsställelsen hos männen i infertila par. De rapporterar vidare att erektionssvårigheter och orgasmstörning efter diagnos av avvikande spermieprov upplevdes av elva procent av männen i en studie vilket kan härledas till en psykologisk påverkan av diagnosen. Resultaten visade även att infertila kvinnors sexuella hälsa och framförallt lust påverkas negativt vilken överensstämmer med resultatet i denna litteraturöversikt. Då den sexuella hälsan påverkar partnerns sexuella hälsa kan reaktionen på en infertilitetsdiagnos påverka båda personerna i paret.

Sexuell hälsa påverkas av fysiska, psykologiska, kognitiva, kulturella, religiösa, politiska och ekonomiska faktorer och den sexuella hälsan beror på ett komplext samspel av dessa. Många av dessa faktorer har den enskilda individen liten eller ingen kontroll av. I denna litteraturöversikt sågs ett samband mellan inkomst, utbildningsgrad och sexuell hälsa. Sveriges kommuner och landsting har utarbetat rekommendationer som innebär att landstingsfinansierad assisterad befruktning erbjuds till par utan gemensamma eller adopterade barn. Antalet behandlingar som erbjuds är tre IVF- behandlingar med ägguttag, sex behandlingar med intrauterin insemination med donatorspermier eller kombination med IVF och donerade spermier. Om dessa behandlingar misslyckas eller om paret vill ha fler barn får ytterligare behandlingar bekostas av paret.

I Jafarzadeh- Kenarsari, Ghahiri, Habibi & Zargham-Boroujeni's (2014) studie uttryckte de infertila paren en stor oro över sin ekonomi. Stora utgifter på utredning och behandling samt finansiell begränsning sågs som de största problemen hos många av paren. Finansiellt stöd från familjen och behov att ta lån från banker var den enda möjligheten för många att kunna genomföra fertilitetsbehandlingar. Då fertilitetsbehandlingar kan betyda stora kostnader för par kan det innebära att vissa måste avstå från att försöka bli gravida. En stress över ekonomin samtidigt som då en stress över infertiliteten i sig föreligger innebär sannolikt ett negativt effekt på den sexuella hälsan. I Sverige erbjuds finansiering inom vissa ramar vilket hjälper många att uppfylla sin dröm efter ett barn. Alla har dock inte samma tur och att behöva ta itu med smärtan som orsakas av misslyckade fertilitetsbehandlingar samtidigt som en stress över ekonomin finns påverkar sannolikt dessa personer negativt. Då det tidigare i Sverige varit stora orättvisor angående finansiering av fertilitetsbehandlingar beroende på vart i landet en person är bosatt så är det ett steg i rätt riktning med riktlinjer från Sveriges kommuner och landsting för att främja en jämlik vård. Det finns dock stora skillnader globalt i tillgång på fertilitetskliniker och statlig finansiering. För många är därför utredning och behandling inte en möjlighet.

Slutsats

Den sexuella hälsan påverkades negativt hos ofrivilligt barnlösa kvinnor och män. En sämre skattning av sexuell hälsa medför en sämre sexuell hälsa hos partnern. Förekomst av depression och ångest ökade sannolikheten för att en sämre sexuell hälsa skulle föreligga.

Klinisk tillämpbarhet

Att belysa ofrivilligt barnlösa personers sexuella hälsa samt hur de upplever bemötande och sexuell rådgivning av vårdpersonal när de söker vård för infertilitet med en kvalitativ metod skulle vara av intresse för att på så sätt kunna få en ökad förståelse. Det är viktigt att barnmorskor har kunskap om hur ofrivillig barnlöshet påverkar den sexuella hälsan för att på så sätt kunna ge en optimal vård.

REFERENSER

- Allan, H. T. (2013). The anxiety of infertility: the role of the nurses in the fertility clinic. *Human fertility*, 16(1), 17-21. Doi: 10.3109/14647273.2013.778423
- Allan, H., & Finnerty, G. (2007). The practice gap in the care of women following successful infertility treatments: unasked research questions in midwifery and nursing. *Human fertility*, 10(2), 99-104. Doi: 10.1080/14647270601050320
- Ashraf, D. M., Ali, D., & Azadeh, D. M. (2014). Effect of infertility on the quality of life, a cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(10), OC13-OC15. DOI: 10.7860/JCDR/2014/8481.5063
- Benagiano, G., Carrara, S., & Filippi, V. (2010). Sex and reproduction: an evolving relationship. *Human reproduction update*, 16(1), 96-107. Doi: 10:1093/humupd/dmp028
- Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.
- Booth, W. C., Colomb, G. G., & Williams, J. M. (2004). *Forskning och skrivande: konsten att skriva enkelt och effektivt*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Brugh, V. M., & Lipshultz, L. I. (2004). Male factor infertility Evaluation and management. *The medical clinics of north america*, 88, 367-385. doi:10.1016/S0025-7125(03)00150-0
- *Carter, J., Appelgarth, L., Joseps, J., Grill, E., Baser, R. E., & Rosenwaks, Z. (2011). A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality of life impact. *Fertility and sterility*, 95(2), 711-716. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.10.004
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., & Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology*, 31(2), 101-110. Doi: 10.3109/0167482X.2010.481337
- Clayton, A. H., & Hamilton, D. V. (2010). Female sexual dysfunction. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 323-338. doi: 10.1016/j.psc.2010.01.011
- *Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European journal of contraception and reproductive health care*, 13(3), 271-281. Doi: 10-1080/13625180802049187
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- *Gao, J., Zhang, X., Su, P., Liu, J., Shi, K., Hao, Z., Zhou, J., & Liang, C. (2013). Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: a large observational study in China. *The journal of sexual medicine*, 10, 1935-1942. Doi: 10.1111/jsm.12207

Gurunath, S., Pandian, Z., Anderson, R. & Bhattacharya, S. (2011). Defining infertility – a systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction Update*, 17(5), 575-588. doi:10.1093/humupd/dmr015

Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human reproduction update*, 0(0), 1-16. Doi: 10.1093/humupd/dmv016

Isupova, O.G. (2011). Support through patient internet-communities: Lived experience of Russian in vitro fertilization patients. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 6(5907). Doi: 10.3402/qhw.v6i3.5907

Jafarzadeh- Kenarsari, F., Ghahiri, A., Habibi, M., & Zargham-Boroujeni, A. (2014). Exploration of infertile couples' support requirements: a qualitative study. *International journal of infertility and sterility*, 9(1), 81-92.

Janson, P. O., & Landgren, B. (Red.). (2010). *Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Johansson, M., Hellström, A., & Berg, M. (2011). Severe male infertility after failed ICSI treatment- a phenomenological study of men's experiences. *Reproductive health*, 8(4). Doi:10.1186/1742-4755-8-4

Kamel, R. M. (2010). Management of the infertile couple: an evidencebased protocol. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 8(21).

*Khademi, A., Alleyassin, A., Amini, M., & Ghaemi, M. (2008). Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *Journal of sexual medicine*, 5, 1402-1410. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00687.x

*Khodarahimi, S., Hosseinmirzaei, S., & Ovejero Bruna, M. M. (2014). The role of infertility in mental health, psychological distress, and sexual dysfunction in a sample of Iranian women. *Women and therapy journal*, 37, 178-194. Doi: 10.1080/02703149.2014.850331

Kuyken, W. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Social science and medicine*, 41(10), 1403-1409.

Lindau, S. T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *British medical journal*, 340(c810). Doi: 10.1136/bmj.c810

Marshburn, P. B. (2015). Counseling and diagnostic evaluation for the infertile couple. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 42, 1-14. Doi: 10.1016/j.ogc.2014.10.001

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *Plos medicine* 9(12), 1-12.

*Millheiser, L. S., Helmer, A. E., Quintero, R. B., Westphal, L. M., Milki, A. A., & Lathi, R. B. (2010). Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and sterility*, 94(6), 2022-2025. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.01.037

Mousavi, S. A., Masoumi, S. Z., Keramat, A., Pooralajal, J., & Shobeiri, F. (2013). Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: a systematic review. *Journal of reproduction and infertility*, 14(3), 110-119.

*Nelson, C. J., Shindel, A. W., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. P. (2008). Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *Journal of sexual medicine*, 5, 1907-1914. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00880.x

*Oskay, U. Y., Beji, N. K., & Serddaroglu, H. (2010). The issue of infertility and sexual function in turkish women. *Sexuality and disability*, 28, 71-79. Doi: 10.1007/s11195-010-9158-4

*Ozkan, B., Orhan, E., Aktas, N., & Coskuner, E. R. (2015). Depression and sexual dysfunction in turkish men diagnosed with infertility. *Urology*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2015.03.005>

*Pakpour, A. H., Yekaninejad, M. S., Zeidi, I. M., & Burri, A. (2012). Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of Iranian women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286, 1589-1596. Doi:10.1007/s00404

Piva, I., Monte, G. L., Graziano, A., & Marci, R. (2014). A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: does fun end with baby making? *The european journal of contraception and reproductive health care*, 19, 231-237. Doi: 10.3109/13625187.2014.919379

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing reserarch: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott. Philadelphia: Williams & Wilkins.

Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., & Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research*, 8(186). doi:10.1186/1472-6963-8-186

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2007). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber AB.

SFS 2006:351. *Lag om genetisk integritet m.m.* Stockholm: riksdagen. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2006-351/

*Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. P. (2008). Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *The journal of urology*, 179, 1056-1059. Doi: 10.1016/j.juro.2007.10.069

*Smith, J. F., Walsh, T. J., Shindel, A. W., Turek, P. J., Wing, H., Pasch, L., Katz, P. P., & the infertility outcomes program project group. (2009). Sexual, marital, and social impact of a man's perceived infertility diagnosis. *Journal of sexual medicine*, 6, 2505-2515. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01383.x

*Smith, N. K., Madeira, J., & Millard, H. R. (2015). Sexual function and fertility quality of life in women using in vitro fertilization. *Journal of sexual medicine*, 12, 985-993. Doi: 10.1111/jsm.12824

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). *Sexuell och reproduktiv hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialutskottet 1996/97:SoU14. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Hämtad den 24 april, 2015, från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/Prioriteringar-inom-halso--och_GK01SoU14/

SOSFS 2009:32. *Socialstyrelsens föreskrifter om allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 25 april, 2015, från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-32>

SOU 2014:29. *Assisterad befruktning för ensamstående kvinnor*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Statens folkhälsoinstitut. (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut. Hämtad den 25 april, 2015, från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12779/R2012-01-Sex-halsa-och-valbefinnande.pdf>

Statens medicinsk-etiska råd. (2013). *Assisterad befruktning – etiska aspekter*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Sveriges kommuner och landsting, SKL. (2014). Hämtad 17 april, 2015, från <http://skl.se/download/18.28eae57e14983f3bbe040c32/1416227647730/SKL-2014-07-Assisterad-befruktning.pdf>

Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2011). The impact of infertility on sexuality: a literature review. *Australasian medical journal*, 4(11), 620-627. Doi: <http://dx.doi.org/10.4066/AMJ.2011.1055>

*Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of human reproductive science*, 4(2), 80-85. Doi: 10.4103/0974-1208.86088

Veltman-Verhulst, S. M., Cohlen, B. J., Hughes, E., & Heineman, M. J. (2012). Intra-uterine insemination for unexplained subfertility (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD001838.pub4

Vetenskapsrådet. (2014). *Oredlighet i forskningen*. Hämtad 10 april, 2015, från <http://www.vr.se/etik/oredlighetiforskningen.4.9232df81081e742f7e800049.html>

Von Hofe, J., & Bates, G.W. (2015). Ovulation induction. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 42(2015), 27–37. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2014.09.007>

WHO. (2015). *Infertility definitions and terminology*. Hämtad 10 april, 2015, från <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>

WHOQOL-GROUP. (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties*. *Social science and medicine*, 46(12), 1569-1585.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

Wilmoth, M. C. (2007). Sexuality: A Critical Component of Quality of Life in Chronic Disease. *Nursing clinics of north america*, 42, 507-514. doi:10.1016/j.cnur.2007.08.008

Wilson, C., & Leese, B. (2013). Do nurses and midwives have a roll in promoting the well-being of patients during their fertility journey? A review of the litterature. *Human fertility*, 16(1), 2-7. doi: 10-3109/14647273.2013.781687

Wischmann, T. H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *Journal of sexual medicine*, 7, 1868-1876. Doi: 10.1111/J.1743-6109.2010.01717.x

*Wischmann, T., Schilling, K., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., Wohlfarth, K., & Kentenich, H. (2014). Sexuality, self-esteem and partnership quality in infertile women and men. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 74, 759-763. Doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1368461>

World health organization. (2010). Developing sexual health programmes: a framework for action. Hämtad 10 april, 2015, från http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf

World health organization. (2010). Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Hämtad 6 maj, 2015, från http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf?ua=1

*Yeoh, S. H., Razali, R., Sidi, H., Mohamad Razi, Z. R., Midin, M., Nik Jaafar, N. R., & Das, S. (2014). The relationship between sexual functioning among couples undergoing infertility treatment: a pair of perfect gloves. *Comprehensive psychiatry*, 55, S1-S6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.09.002>

Bilaga I

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Bilaga II

Matris för klassificering av artiklar

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Carter, J., Appelgarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R. E., & Rosenwaks, Z. 2011 USA	A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact	Syftet med denna studie var att undersöka den emotionella, sexuella, fysiska och påverkar på livskvaliteten hos infertila kvinnor som väntar på oocytdonation	Tvärsnittsstudie där infertila kvinnor som deltagit i en tidigare studie tillfrågades och fick svara på en undersökning. Undersökningen innehöll demografiska frågor samt frågor från reproductive concerns scale, center for epidemiologic studies depression scale, female sexual function index, impact of events scale, menopausal symptom checklist, medical outcomes SF-12 health survey och abbreviated dyadic adjustment scale. Deskriptiv analys och kvalitativ analys utfördes där teman identifierades och frekvensen för varje tema räknades ut.	N=50 (40)	33 procent av deltagarna var deprimerade, 59 procent hade höga nivåer av stress, medelvärden för sexuell funktion visade på en sexuell dysfunktion, normal fysisk livskvalitet men under medel på mental livskvalitet. Av deltagarna var 64 procent oroliga över långtidseffekter av fertilitetsbehandling, dock var 94 procent tacksamma över att de fick möjlighet till det.	P II
Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. 2008 Polen	Quality of life and sexual functioning of polish infertile couples	Syftet var att utvärdera hur infertilitet påverkar livskvaliteten och den sexuella funktionen hos infertila par	Klinisk kontrollerad studie med en grupp med infertila par och en kontrollgrupp med fertila par fick fylla i ett frågeformulär som innehöll frågor om sociodemografi, medicinsk, obstetrisk och gynekologisk historia. Short form-36 health survey, female sexual function index och international index of erectile function användes. Statistisk analys gjordes med hjälp av STATISTICA 5.5. Mann-Whitney U test, chi square test med Yates'continuity correction, ANCOVA linjär analys och logistisk regressionsanalys användes.	N= 206 par Kontrollgrupp = 190 par	Alla dimensioner av livskvalitet var generellt sett lägre hos infertila par jämfört med fertila par. Sexuell dysfunktion var inte vanligare hos infertila kvinnor. Erektill dysfunktion var vanligare hos infertila män och manligt faktor som orsak till infertiliteten hade den mest negativa effekten på mäns sexuella funktion.	CCT I

Gao, Zhang, Su, Liu, Shi, Hao, Zhou, Liang. 2013 Kina	Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: a large observational study in China	Syftet med denna studie var att undersöka incidensen av sexuell dysfunktion, psykosocial börda och den möjliga associeringen emellan, hos infertila män.	Detta var en observationell tvärsnittsstudie som rekryterade män som sökte behandling för infertilitet på en klinik. En kontrollgrupp av fertila män rekryterades från en hälsoklinik. Alla män deltog i en intervju där första steget var att samla in demografisk information. I det andra steget gjordes en skattning av ångest och depression det tredje steget var att bedömning av den intravaginala ejakulationstiden genom att männen fick mäta den tiden under fyra veckor. Det fjärde steget var att, baserat på de tidigare fyra veckorna, svara på ett formulär om prematur ejakulation. Analys av data gjordes med SPSS software. Deskriptiv analys gjordes med Chi-squaretest, t-test, logistisk regression, odds ration och 95 procents konfidensintervall användes. Justering för ålder gjordes.	n=1468 (377) kontrollgrupp =942	Förekomst av prematur ejakulation och erektil dysfunktion var signifikant högre i den infertila gruppen än i den fertila. Ångest och depression var även vanligare i hos de infertila männen. Ångest och depression var vanligare hos de som skattade en högre poäng på prematur ejakulationsinstrumenten, då högre poäng indikerar på en svårare grad av prematur ejakulation, kortare intravaginal ejakulationstid och en sämre erektil funktion.	CCT I
Khademi, A., Alleyassin, A., Amini, M., & Ghaemi, M. 2008 Iran	Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couple	Syftet var att utvärdera prevalensen av sexuell dysfunktion hos infertila par	Tvärsnittsstudie där infertila par som sökte vård på en fertilitetsklinik blev tillfrågade att delta i studien. Det var 100 par som uppfyllde inklusionskriterierna och tackade ja. Dessa fick fylla i ett frågeformulär som innehöll frågor om demografi, medicinsk historia, för kvinnor sexual function questionnaire och för männen international index of erectile function. Statistisk analys gjordes med hjälp av SPSS statistical software package och 95 % konfidensintervall användes. Ett P-värde <0.05 bedömdes som statistiskt signifikant. Regressionsanalys och Kruskal-Wallis test användes.	N= 100 par (2 par)	Hos kvinnorna var svaren på sexual function questionnaire inom det normala i alla fem domäner hos 7 procent. Prevalensen av sexuell dysfunktion var högst i känsla av upphetsning och lägst i orgasmomänen. 2 procent av männen led av svår erektil dysfunktion.	P II
Khodarahimi, S., Hosseinmirzaei, S., & Ovejero Bruna, M. 2014 Iran	The role of infertility in mental health, psychological distress and sexual dysfunction in a sample of iranian women	Syftet var att undersöka betydelsen av infertilitet, ålder, utbildningsnivå och duration av äktenskap för psykologisk stress och sexuell dysfunktion hos kvinnor från Iran	Deltagarna i denna kliniska kontrollerade studie bestod av 50 infertila och 50 fertila kvinnor som blev tillfrågade att svara på ett frågeformulär. Frågeformuläret bestod av frågor om demografi, general health questionnaire-28, fertility problem inventory och female sexual function index. Analys av data gjordes med hjälp av 18 t-test för att jämföra standardavvikelser.	N= 50, kontrollgrupp = 50	De infertila kvinnorna i studien hade en högre grad av psykopatologi, psykologisk stress och sexuell dysfunktion i jämförelse med fertila kvinnor.	CCT II

<p>Millheiser, L. S., Helmer, A. E., Quintero, R. B., Westphal, L. M., Milki, A. A., & Lathi, R. B. 2010 USA</p>	<p>Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study</p>	<p>Syftet var att undersöka hur infertilitet påverkar den sexuella funktionen hos kvinnor</p>	<p>Detta var en fall-kontrollstudie där 119 infertila kvinnor och 99 fertila kvinnor på en gynekologisk klinik genomförde ett frågeformulär. Frågeformuläret innehöll frågor angående demografi och medicinsk historia, female sexual funktion index, frekvens av onani och samlag samt utvärdering av tillfredsställelse av sexuallivet. Analys utfördes med t-test, chi square test och Mann-Whitney statistisk analys.</p>	<p>N= 119 (42) kontrollgrupp = 99 (5)</p>	<p>40 % av de infertila kvinnorna visade sig ha sexuell dysfunktion jämfört med 25 % av de fertila kvinnorna. Vidare hade de infertila kvinnorna en lägre lust och upphetsning och en lägre frekvens av onani och samlag i jämförelse med de fertila kvinnorna.</p>	<p>CCT I</p>
<p>Nelson, C. J., Shindel, A. W., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. P. 2008 USA</p>	<p>Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples</p>	<p>Syftet var att utvärdera livskvalitet, sexuell hälsa och depression hos kvinnor i infertila par</p>	<p>Detta var en tvärsnittstudie där par som började utredning för infertilitet erbjöds att delta i studien och fick svara på en serie frågeformulär. Formulären innehöll frågor om demografi, generell hälsa, reproduktiv historia, sexuell funktion, depression och livskvalitet. Både kvinnorna och männen svarade på Epidemiological studies depression scale och Short form-36. Kvinnorna fullföljde female sexual function index och en modifierad Self-esteem and relationship quality. Män fullföljde international index och erectile function och Self-esteem and relationship quality. Dataanalys gjordes med hjälp av jämförelse med normativ data, deskriptiv analys, Pearson product-moment correlations, multipel regressionsanalys och P-värde < 0,05 för statistisk signifikans.</p>	<p>N= 121</p>	<p>Endast data från kvinnor presenteras i denna studie. Data från männens svar redovisas i Sexual function and quality of life in the male partner of infertility couples: prevalence and correlates of dysfunction, se nedan. Av kvinnorna hade 19 procent måttlig och 13 procent hade svår depression. Kvinnorna skattade sin mentala hälsa sämre jämfört med normativ data och 26 procent hade en hög risk för sexuell dysfunktion.</p>	<p>P I</p>
<p>Oskay, U. Y., Beji, N. K., & Serdaroglu, H. 2010 Turkiet</p>	<p>The issue of infertility and sexual function in turkish women</p>	<p>Syftet var att utvärdera den sexuella funktionen hos infertila kvinnor</p>	<p>Infertila kvinnor som sökte vård på en fertilitetsklinik tillfrågades att delta i studien. Kontrollgruppen rekryterades av medföljare till patienter på en perinatal klinik på samma sjukhus. Deltagarna fick svara på frågor angående demografi, obstetrisk och gynekologisk historia, Female sexual function index och om partnern har några sexuella problem. Data analyserades med hjälp av statistisk analys som procent, Chi-square test, student t test, one-way ANOVA, duncan's och Pearson's correlation test.</p>	<p>N=308 (12) kontrollgrupp = 308 (21)</p>	<p>Prevalensen av sexuell dysfunktion visade sig vara högre hos de infertila kvinnorna i jämförelse med de fertila. Hos de infertila kvinnorna hade 61, 7 procent en hög risk för sexuell dysfunktion och de områden som var mest påverkade var lust, upphetsning och orgasm. Det var även vanligare att kvinnorna i den infertila gruppen upplevt att partnern hade sexuella problem. Sexuell dysfunktion i den infertila gruppen kunde associeras till ålder, partnerns ålder, duration av äktenskap, duration av infertilitet, duration av fertilitetsbehandling samt samlagsfrekvens.</p>	<p>CCT I</p>

Ozkan, B., Orhan, E., Aktas, N., & Coskuner, E. R. 2015 Turkiet	Depression and sexual dysfunction in turkish men diagnosed with infertility	Syftet var att undersöka effekten av infertilitet på sexuell funktion och förekomsten av depression hos infertila män i Turkiet	I denna prospektiva longitudinella studie tillfrågades infertila män som genomgick fertilitetsbehandling på en fertilitetsklinik samt fertila män som var partner till kvinnor som besökte en gynekologisk klinik för rutinkontroll. De som valde att delta fick svara på frågor angående demografi, international index of erectile function och Beck depression inventory. Data analyserades med hjälp av statistisk analys med chi-square test and student t test.	N= 56 kontrollgrupp = 48	Ingen skillnad i prevalens av mild till måttligt erektil dysfunktion kunde hittas mellan grupperna. Undergrupperna orgasmfunktion, sexuell lust, tillfredsställelse av samlag och generell tillfredsställelse skattades lägre hos de infertila männen. De infertila männen hade även en högre grad av depression i jämförelse med de fertila männen.	CCT II
Pakpour, A. H., Yekani, M. S., Zeidi, I. M., & Burri, A. 2012 Iran	Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile iranian women	Syftet var att fastställa prevalensen och identifiera riskfaktorer för sexuell dysfunktion hos infertila kvinnor i Iran	I denna tvärsnittsstudie tillfrågades infertila kvinnor som sökte vård på tolv olika fertilitetsklinik i Iran att delta. Frågeformulär besvarades av kvinnorna som valt att delta. Frågorna handlade om demografi, den iranska versionen av Female sexual function index, Short form-36 och The hospital anxiety and depression scale. Analys gjordes genom statistisk analys med hjälp av Student's t test och multivaribel regressionsanalys.	N= 604 (32)	De infertila kvinnorna skattade sin sexuella funktion lägre i jämförelse med normativ data hos fertila kvinnor. Högre ålder, självrapporterad depression, sekundär infertilitet och lägre utbildningsnivå associeras med sexuell dysfunktion hos de infertila kvinnorna. Högre utbildningsnivå hos partnern kunde associeras med färre sexuella problem hos kvinnorna.	P I
Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. P. 2008 USA	Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction	Syftet var att definiera sexuell funktion och livskvalitet hos infertila par.	Par som började utredning för infertilitet erbjöds att delta i studien och fick svara på en serie frågeformulär. Formulären innehöll frågor om demografi, generell hälsa, reproduktiv historia, sexuell funktion, depression och livskvalitet. Både kvinnorna och männen svarade på Epidemiological studies depression scale och Short form-36. Kvinnorna fullföljde female sexual function index och en modifierad Self-esteem and relationship quality. Män fullföljde international index of erectile function och Self-esteem and relationship quality. Dataanalys gjordes med hjälp av jämförelse med normativ data, deskriptiv analys, Pearson product-moment correlations, multipel regressionsanalys och P-värde < 0,05 för statistisk signifikans.	N= 121	Männen i studien skattade sin mentala hälsa lägre i jämförelse med normativ data för fertila män. Av de infertila männen var elva procent måttligt deprimerade och tolv procent svårt deprimerade enligt the centre of epidemiological studies depression scale. Vidare hade 18 procent en mild erektil dysfunktion och fyra procent hade en måttlig erektil dysfunktion. Vit ras och hur den kvinnliga partnern skattade sin sexuella hälsa kunde associeras med erektil dysfunktion. Duration av äktenskap och partners skattnings av självförtroende och relationskvalitet kunde associeras med mannens självförtroende och relationskvalitet.	P II

<p>Smith, J. F., Walsh, T. J., Shindel, A. W., Turek, P. J., Wing, H., Pasch, L., Katz, P. P., & the infertility outcomes program project group. 2009 USA</p>	<p>Sexual, marital, and social impact of man's perceived infertility diagnosis</p>	<p>Syftet var att mäta den personliga, sociala, sexuella, och äktenskapliga påverkan av infertilitet som beror på manlig faktor hos infertila par</p>	<p>Denna studie var en tvärsnittsstudie där par som sökte vård på åtta fertilitetskliniker tillfrågades att delta. Männen fullföljde ett frågeformulär om medicinsk och kirurgisk anamnes, demografisk data, tidigare faderskap och fyra olika skalor för att bedöma den psykosociala påverkan. Dessa skalor var personlig, social, sexuell och äktenskaplig påverkan. Inom sex veckor gjordes en intervju för att kartlägga männens uppfattning av etiologin till deras infertilitet, tidigare fertilitetsbehandlingar och planerade behandlingar. För analys av skalorna så transformerades alla poängskattningar till en skala från 0-100 där högre poäng innebär en större påverkan. Statistisk analys utfördes med deskriptiv analys, chi-square test, linjär regression, medelvärde, standardavvikelse, p-värde och konfidensintervall.</p>	<p>N= 380 (23)</p>	<p>Hos 47 procent berodde infertiliteten på kvinnlig faktor, tolv procent på manlig faktor, 16 procent kombinerad faktor och 25 procent var oförklarligt barnlösa. Infertilitet på grund av manlig faktor kunde associeras med en högre sexuell och personlig påverkan jämfört med män utan manlig faktor.</p>	<p>P I</p>
<p>Smith, N. K., Madeira, J., Millard, H. R. 2015 USA</p>	<p>Sexual function and fertility quality of life in women using in vitro fertilization</p>	<p>Syftet med denna studie var att utvärdera de psykometriska egenskaperna av sexual functioning questionnaire hos en grupp amerikanska kvinnor som genomgår IVF, jämföra sexuell funktion hos dessa kvinnor med normativ data för fertila kvinnor samt att identifiera aspekter av sexuell funktion som är mest relaterade till fertilitetslivskvalitet.</p>	<p>Detta var en tvärsnittsstudie som innebar att deltagare blev rekryterade genom olika infertilitetsspecifika internetforum. Kvinnor som var över 18 år och använt sig av IVF det senaste året eller vid tidpunkten av studien inbjöds att svara på frågor i två formulär, ett som handlade om infertilitets- och IVF-upplevelser och ett med sexrelaterade frågor. Dataanalys gjordes med statistical package for the social science, windows version 20.0. Deskriptiv statistik fördes över sociodemografi och infertilitetskaraktistika. För att bestämma samband användes deskriptiv analys och avvikelseanalys ANOVA.</p>	<p>n=136</p>	<p>Reabilitetsanalys för sexual functioning questionnaire visade att formuläret passade tillräckligt för ändamålet. Kvinnor som genomgår IVF skattade sig ha lägre intresse för sex, sämre lust, sämre tillfredsställelse av orgasm, lägre sexuell aktivitet och sämre sexuell funktion överlag jämfört med en kontrollgrupp. Sexuella problem kunde förutspå fertilitetslivskvalitet enligt stegvis linjär regression som gjordes. De vanligaste sexuella problemen var avsaknad av sexuellt intresse och lust, svårighet att få orgasm, torrhet i vagina och en känsla av trånghet i vagina.</p>	<p>P II</p>

Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S. 2011 Indien	An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women	Syftet var att fastställa distributionen av infertilitet, sociodemografiska karakteristikerna och beräkna påverkan på äktenskaplig och sexuell funktion samt livskvalitet hos infertila kvinnor.	Denna studie var en tvärsnittsstudie där patienter på en öppenvårdsmottagning samt två fertilitetskliniker tillfrågades att medverka i studien. En grupp med infertila kvinnor och en med fertila kvinnor rekryterades. Kvinnorna fick svara på frågor angående sociodemografi, medicinsk, gynekologisk och obstetrisk historia samt mätinstrumentet FertiQoL. Statistisk analys gjordes med hjälp av Predictive analytic software 18, medelvärden, konfidensintervall, proportions signifikans test, effect size och logistisk regression.	N= 106 Kontrollgrupp = 212	Äktenskapen påverkades mer hos de infertila kvinnorna i domänerna sammanhållning och tillfredsställelse i jämförelse med de fertila kvinnorna. Den sexuella funktionen var även mer påverkad hos de infertila kvinnorna i domänerna lust, upphetsning och orgasm. Livskvaliteten påverkades negativt hos de infertila kvinnorna i domänerna emotionellt, sinne/kropp och relationer/ socialt.	CCT I
Wischmann, T., Schilling, K., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., Wohlfarth, K., & Kentenich, H. 2014 Tyskland	Sexuality, self-esteem and patnership quality in infertile women and men	Syftet med studien var att undersöka förändringar i sexualliv, självförtroende och relationskvalitet i äktenskap före och efter längtan att få barn hos infertila män och kvinnor	I denna pilotstudie blev alla par som sökte vård för infertilitet på två olika sjukhus i Tyskland tillfrågade att delta i studien. De som samtyckte fick fylla i ett frågeformuläret Self-esteem and relationship questionnaire. Analys av data gjordes med hjälp av Statistic programme SAS 9.2. Beräkning av frekvens och procent, medelvärden och standardavvikelse samt t-test utfördes.	Kvinnor= 158 (88) Män= 153 (93)	Sjunkande tillfredsställelse av sexualliv och förtroende och i självförtroende och generell tillfredsställelse av relationen var statistiskt signifikant hos både män och kvinnor. Spontanitet gällande sexualiteten kunde speciellt observeras. Infertilitet har en negativ effekt på kvinnors självförtroende.	P II
Yeoh, S. H., Razali, R., Sidi, H., Mohamad Razi, Z. R., Midin, M., Nik Jaafar, N. R., & Das, S. 2014 Malaysia	The relationship between sexual functioning among couples undergoing infertility treatment: a pair of perfect gloves	Syftet var att mäta relationen av sexuell funktion mellan heterosexuella par som söker vård för infertilitet	I denna tvärsnittsstudie tillfrågades alla heterosexuella kvinnor i par som sökte vård på en fertilitetsklinik att delta i studien och fick då fylla i ett frågeformulär. Frågor om sociodemografisk data samt för kvinnorna den malaysiska versionen av female sexual function index (FSFI) och för männen den malaysiska versionen av international index of erectil function (IIEF) användes. Data analyserades med hjälp av IBM statistical package for social science version 19. Korrelationsanalys användes. P<0,05 fastställdes som statistisk signifikant.	Kvinnor= 150 Män= 119	Den kvinnliga och manliga sexuella funktionen kunde korreleras och kvinnlig sexuell upphetsning och sexuell tillfredsställelse hade starkast korrelation till IIEF-skattningen. Manlig tillfredsställelse till samlag korrelerade starkast till FSFI-skattningen.	P II

Tabell 3. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Arbetsmaterial, får ej kopieras