

NÄR EN ÖNSKAN OCH LÄNGTAN ALDRIG BLIR VERKLIGHET
- Kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet

WHEN WISHING AND LONGING NEVER BECOMES A REALITY
- Women's experiences of involuntary childlessness

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

Författare:
Josefin Barth-Kron

Handledare:
Taina Sormunen

Examinator:
Susanne Georgsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Ett par som önskar bli gravida, och som under minst ett år med upprepade oskyddade samlag inte lyckats bli gravida, benämns som infertila. Av alla dessa par beräknas tio till femton procent vara infertila. Orsakerna till infertiliteten kan vara många och ligga hos både mannen och kvinnan, ålder och livsstilsfaktorer anses vara viktiga bidragande orsaker. Endast tjugofem till femtio procent av de par som är infertila och söker behandling får uppleva den efterlängtrade förlossningen. Det är inte ovanligt att kvinnor i denna situation drabbas av en livskris. Barnmorskan har en stödjande roll i samband med det infertila paret behandlingsprocess.

Syfte: Syftet med detta arbete var att belysa kvinnors upplevelser av den sociala och psykiska påverkan som den ofrivilliga barnlösheten kan medföra, samt hur de hanterar dessa upplevelser.

Metod: Den metod som valts för detta arbete är en litteraturoversikt. Arbetet baserades på 15 vetenskapliga artiklar publicerade 2005- 2015. För att finna material gjordes artikelsökningar i olika databaser. De valda artiklarna granskades enligt Sophiahemmets Högskolas riktlinjer för kvalitetsgranskning. Artiklarna lästes upprepade gånger och med hjälp av understrykningar i texten kunde relevant information delas in under tre olika rubriker som svarade på studiens syfte och frågeställningar.

Resultat: Resultatet har delats in i tre huvudrubriker vilka är; Kvinnors upplevelser av den psykiska påverkan, Kvinnors upplevelser av den sociala påverkan och Att hantera den nya livssituationen.

Slutsats: Kvinnornas upplevelser av den psykisk påverkan kan beskrivas med många ord, men de känslor som ofta återkommer är skuld, skam, sorg, förlust av självkänsla, stress, ångest och depression. Kvinnornas upplevelser av den social påverkan beskrivs oftast som isolering och stigmatisering. Kvinnor hanterar den nya livssituationen på olika sätt, men det viktigaste är att ha en aktiv och medveten strategi.

Nyckelord: ofrivillig, barnlöshet, infertilitet, sociala aspekter, erfarenheter, emotionell påverkan

ABSTRACT

Background: A couple wishing to conceive, and for at least one of unprotected intercourse repeatedly failed to conceive, are diagnosed as infertile. Of all couples it is estimated that ten to fifteen percent are infertile. The reasons of infertility can be many and lie with both the man and the woman; age and lifestyle factors can be important contributing factors. Only twenty-five to fifty percent of the couples who are seeking infertility treatment will experience the long-awaited birth. It is not uncommon for women in this situation to be affected by a life crisis. The midwife has an important supporting role in the infertile couple's life.

Aim: The aim of this study was to highlight women's experiences of the social and psychological impact of what involuntary childlessness can induce, and how they deal with these experiences.

Method: The method chosen is a literature review. The work was based on 15 scientific articles published 2005-2015. To find material articles was searched in different databases. The selected articles were quality controlled according to Sophiahemmet University guidelines for quality. The articles were read several times and with the help of the construction materials, the text could relevancy divided into three sections that responded to the study's purpose and issues.

Result: The result has been divided into three main headings which are; Women's experiences of mental influences, Women's experiences of social impact and To deal with the new situation.

Conclusion: The women's experiences of mental influence can be described in many words, but the feelings that often recurs is guilt, shame, grief, loss of self-esteem, stress, anxiety and depression. The women's experiences of social influence are most often described as isolation and stigmatization. Women have different ways over time learned to deal with their infertility, but it is clear that it is important to have an active and conscious strategy.

Key words: Involuntary, childlessness, infertility, social aspects, experiences, emotional impact

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Människans fortplantning	2
Kunskapsutvecklingen inom området infertilitet.....	2
Definitioner och infertilitet	3
Orsaker till infertilitet.....	3
Utredning och behandling vid infertilitet.....	5
Resultatet av infertilitetsbehandling.....	6
Biverkningar vid infertilitetsbehandling.....	7
Människan och livskriser.....	7
Barnmorskans kompetens och roll vid infertilitet	8
Problemformulering.....	8
SYFTE	9
Frågeställning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
METOD	9
Val av metod	9
Urval	9
Genomförande	10
Instrument.....	11
Databearbetning	11
Forskningsetiska överväganden.....	12
RESULTAT	13
Kvinnors upplevelser av den psykiska påverkan	13
Kvinnors upplevelser av den sociala påverkan	16
Att hantera den nya livssituationen	18
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	20
Slutsats.....	23
Klinisk tillämpbarhet.....	23
Förslag till vidare forskning	24
REFERENSER	25

Bilaga 1- Artikelmatris

Bilaga 2- Bedömningsunderlag

INLEDNING

För de allra flesta människor är barn målet och meningen med livet. Men denna önskan och längtan blir för många aldrig verklighet. När graviditeten aldrig blir ett faktum och planerna att bilda familj faller samman utsätts de flesta par för en livskris. Kampen om det efterlängta och kanske omöjliga får sin början.

Att kunna skaffa biologiska barn är något som många tar förgivet. Verkligheten ser ut på annat sätt. Mellan tio och femton procent, av de par som aktivt försöker åstadkomma en graviditet, är infertila. Ofrivillig barnlöshet är ett problem världen över. Vissa par får en förklaring till varför medan det för andra par förblir en gåta.

Till de infertila parens fördel lever vi idag i en tid där behandling finns att tillgå. Men det är inte en självklarhet att det leder till graviditet, förlossning och ett biologiskt fött barn. Sannolikheten att nå sitt mål under en IVF-behandling ligger mellan tjugofem till femtio procent, beroende på omkringliggande individuella faktorer. Av de par som genom medicinsk behandling inte lyckas få barn, väljer vissa att adoptera, medan andra förblir ofrivilligt barnlösa livet ut.

Som blivande barnmorska har författaren ett brinnande intresse för allt som rör yrket. Ofrivillig barnlöshet är ett aktuellt och viktigt ämne att belysa då det drabbar människor världen över.

Som blivande barnmorska, vän och medmänniska vill författaren få en djupare förståelse för de kvinnor som diagnostiseras som infertila. Infertilitet innebär inte bara ett medicinskt problem utan har beskrivits som en livskris med psykologiska, sociala, kulturella och emotionella aspekter. Målet är att öka kunskapen om detta problem så att de drabbade kan erhålla en god vård, ett bra bemötande och rätt stöd för att kunna fortsätta framåt.

BAKGRUND

Kommande text handlar om människan och fortplantning, historiken kring infertilitet, hur infertilitet definieras, varför människan drabbas av infertilitet, hur utredning och behandling av infertilitet går till, vilka resultaten blir, vilka biverkningar som kan uppstå vid behandling, hur människan reagerar vid en livskris och barnmorskans roll rörande infertilitet.

Människans fortplantning

Att fortplanta sig är alla arters viktigaste uppgift. Förmågan och kapaciteten att reproducera sig är en förutsättning för arternas fortsatta existens. Individens liv är inriktat på att ordna så goda förutsättningar för reproduktion som möjligt (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2007).

Att som par genomgå en graviditet och bli föräldrar kan stärka familjebanden och relationen mellan mor och far då barnet får ett genetiskt band med båda föräldrarna. Det är oftast en positiv händelse som är förknippad med glädje, känslan av att få en ny identitet, social samhörighet och tillfredsställelse samtidigt som det skapas nya förväntningar och utmaningar. De största anledningarna till att skaffa barn är behovet och önskan om att ge och få kärlek samtidigt som det är en unik upplevelse (Langdridge, Connolly & Sheeran, 2000).

Kunskapsutvecklingen inom området infertilitet

Det har inte alltid varit så att ofruktsamma par har kunnat få medicinsk hjälp. Fram till slutet av andra världskriget fanns det ingen hjälp att få utan paren tvingades acceptera barnlösheten. Men utvecklingen går fort framåt och kunskaperna inom human reproduktion har ökat. Det första ”provrörsbarnet” var Louise Brown som föddes i Storbritannien år 1978. I och med att in vitro-fertilisering, IVF började tillämpas öppnades nya möjligheter som också har förändrat synen på ofruktsamhet. Enligt WHO ses infertilitet som en funktionsnedsättning som följs av olika sjukdomar, något som går att behandla (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010). I Sverige föddes det första ”provrörsbarnet” år 1982 i Göteborg (Nilsson, 2011).

Möjligheten för infertila par att få hjälp med assisterad befruktning har ökat i hela världen, även i utvecklingsländer. Tillhandahållande av IVF har ökat snabbt i exempelvis i Nigeria, särskilt inom den privata sektorn (Ajayi & Dibosa-Osador, 2011). Det finns dock stora problem. Ett utav problemen som lyfts fram i en studie är att endast 179 av 307 sökande par vid en infertilitetsklinik i Nigeria känner till IVF och vet att det finns att tillgå. Utav dem kunde endast 108 tänka sig äggdonation och endast 76 acceptera spermadonation (Bello, Akinajo & Olayemi, 2014). Ett annat problem är de höga kostnaderna för behandling, vilket anses vara det största hindret i många utvecklingsländer. Begränsade lokala tjänster som inte gör hjälpen lättillgänglig gör det också svårt för många att kunna få behandling (Murage, Muteshi & Githae, 2011). Vad som också är problematiskt är uländernas bristande reglering av etiska frågor som är otroligt viktiga vid användandet av IVF, detta ger ett bristande skydd för patienters rättigheter och säkerhet (Ajayi & Dibosa-Osador, 2011).

Definitioner och infertilitet

När ett par under minst 12 månader med upprepade oskyddade samlag inte lyckats bli gravida definieras de som infertila. Infertilitet delas in i primär infertilitet och sekundär infertilitet. Primär infertilitet innebär att paret aldrig lyckats åstadkomma en graviditet, och sekundär infertilitet innebär att paret sedan tidigare har en eller flera graviditeter, men inte kan åstadkomma den planerade. Av de par som önskar bli gravida beräknas 10-15 procent vara infertila. Av de par som söker hjälp och påbörjar en utredning påträffas orsaken till infertiliteten hos 80-90 procent. Hos resterande 10-20 procent, cirka vart tionde par, går orsaken inte att hitta och det kallas då för oförklarlig infertilitet. Orsaken till infertiliteten brukar fördelas med 30 procent hos kvinnan, 30 procent hos mannen och 30 procent hos dem båda. Infertilitet är inte detsamma som sterilitet och barnlöshet. Infertilitet innebär, som nämnts tidigare, oförmåga att åstadkomma en planerad graviditet hos ett par. Sterilitet innebär styrkt bestående oförmåga att åstadkomma graviditet hos en individ. Om ett par lyckats bli gravida men det aldrig har resulterat i ett levande fött barn, exempelvis beroende på missfall eller utomkvedshavandeskap, definieras de som barnlösa (Borgfeldt et al., 2010). I den här litteraturstudien kommer begreppen ofrivillig barnlöshet och infertilitet att användas synonymt.

Orsaker till infertilitet

Orsakerna till infertilitet kan vara många. De vanligaste orsakerna hos mannen kan vara dålig utveckling av och/eller lågt antal spermier, inga spermier alls eller en hög andel abnorma spermier. Den bakomliggande orsaken till detta kan vara missbildningar, hormonella faktorer, toxiska substanser och infektioner. Hos kvinnan kan det vara betydligt fler faktorer som orsakar infertilitet. Det kan orsakas av missbildningar och gonadala dyskinesier, ovariell dysfunktion, äggledarfaktorer, livmoderfaktorer, cervixfaktorer. Faktorer som kan förekomma hos dem båda och som kan vara bakomliggande orsak till infertiliteten är åldersfaktorer, toxiska substanser, spermieantikroppar och coitusfaktorer (Borgfeldt et al., 2010). I andra länder, exempelvis i Afrika, är kvinnor mest drabbade av sekundär infertilitet där infertiliteten till störst del orsakats av sexuellt överförbara sjukdomar (Audu, Massa, Bukar, El-Nafaty & Sa'ad, 2009).

Under en infertilitetsutredning är det inte helt ovanligt att myom upptäcks, myom anses kunna orsaka infertilitet. Myom kan vara orsak till störd spermietransport, försvårad implantation eller tidiga missfall. Det är oklart hur detta kan uppstå, men forskare tror att myom medför en förändrad uteruskontraktilitet och att det förändrar den normala miljön kring endometriet. Myom minskar chanserna att bli gravid både på naturlig väg och vid medicinskt ingripande som vid in vitro fertilisering (IVF) (Brännström, 2011). Att kvinnor med endometriosis har svårt att bli gravida är känt sedan en längre tid tillbaka. Faktum är att cirka 60 procent av de kvinnor som drabbats av endometriosis är subfertila (Gottlieb & von Schoultz, 2010). Grundorsaken till detta är ännu inte helt känd. Det finns troligtvis både fysiologiska, anatomiska och inflammatoriska förklaringar (Bryman, 2010).

Ålder och infertilitet

Det är idag inte ovanligt att kvinnor och män väntar med att skaffa barn. Många väljer att studera och se till att ha det ekonomiskt stabilt innan barn kommer på tal. Studier gjorda i Sverige och i USA tyder på att unga kvinnor och män har felaktiga föreställningar om kvinnors fertilitet och är omedvetna om att det kan leda till ofrivillig barnlöshet. Det är därför

nödvändigt att informera och utbilda män och kvinnor om fortplantning så att det kan fatta välgrundade reproduktiva beslut som bygger på korrekt information snarare än felaktiga uppfattningar (Peterson, Pirritano, Tucker & Lampic, 2012) (Tyde´n et al., 2006).

Med stigande ålder, minskar fertiliteten hos kvinnor. Icke desto mindre är det väl känt att sannolikheten för att uppnå en graviditet i en menstruationscykel börjar minska avsevärt i början av trettioårsåldern, med en mer snabb nedgång några år senare. Hos kvinnor i åldrarna 31-35 år börjar antalet spontana graviditeter att minska, och vid 35-39 års ålder erfar en tredjedel av kvinnorna att det är svårt att bli gravida. Vid 40-44 års ålder har hälften av alla kvinnor nedsatt fortplantningsförmåga. Mellan 45-57 års ålder går kvinnan in i klimakteriet, även kallad övergångsåldern. Klimakteriet brukar börja något år innan kvinnan har sin sista menstruation, och fortsätter i några år därefter. Det som händer under klimakteriet är att kvinnan får allt mindre av könshormonet östrogen i kroppen, tills hormonmängden stannar på en låg nivå där den håller sig resten av livet. Sjunkande fertilitet är en enskild händelse som skiljer sig från kvinna till kvinna (Tan, Lau, Loh & Tan, 2014).

Den exakta orsaken till förlust av fertilitet med kvinnligt åldrande är inte helt klarlagt, men det tros bero på att gener kodas ”felaktigt” som gör att hormonnivån sjunker. Mekanismerna som är utsedda att ansvara för en sådan hormonförlust ”svarar inte”, vilket leder till minskad ovarie reserv, sämre oocyte kvalitet, minskat antal embryoimplantationer, förändrad hormonell miljö vilket resulterar i ovulatorisk dysfunktion och livmoder problem. Det finns även en högre benägenhet för sjukdomar såsom endometriosis, myom och underlivsinfektioner hos äldre kvinnor (Tan et al., 2014).

Med senareläggning av äktenskap och barnafödande är det numera fler par som söker hjälp med assisterad befruktning, i ett försök att motverka den åldersrelaterade nedgången i den kvinnliga fortplantningsförmågan. Det är dock obestridligt att de högst levande födelsetalen vid IVF fortfarande ses hos yngre kvinnor i åldern 25-30 år, vilket bekräftar att en kvinnas ålder är en viktig faktor för IVF framgång (Tan et al., 2014).

Metoden som används vid nedfrysning av äggceller kallas vitrifikation. Det innebär att de äggceller som tagits från kvinnan fryses ner genom att kombinera kryoskyddsmedel med höga kyl- och uppvärmningshastigheter. Detta resulterar i fullständig eliminering av iskristallbildning som är den främsta orsaken till frysförvaringsskador. Äggcellerna hanteras dessutom alltid i flytande kväve för att undvika kontamination (Dondrop et al., 2012). Frysförvaring av äggceller erbjuder kvinnor möjlighet att skydda en del av deras reproduktiva potential. Den procentuella chansen för levande födda per tinade ägg är åldersberoende och utgör cirka 6 procent för kvinnor i åldern 30-39 år. Ägg frysing är ingen garanti för framtida lyckad IVF-behandling och förblir därför en nödsituation en sista utväg, oavsett om beslutets fattats på grund av medicinska- eller socialt skäl (Stoop et al., 2015).

Vissa fertilitetskliniker i USA och Europa erbjuder nedfrysning av äggstocksvävnad och/eller äggceller till kvinnor som fruktar förlust av naturlig bördighet exempelvis på grund av ovariecancer. Vitrifikation är en så pass ny teknik och har fortfarande en experimentell status att vissa forskare anser att tekniken endast bör erbjudas kvinnor som utsätts för eventuell fertilitetsförlust på grund av nödvändig medicinsk behandling eller sjukdom. Men många inom området tror att den fortsatta utvecklingen av dessa tekniker kan komma att leda till en rutinemässig användning för icke-medicinska skäl (Dondrop & De Wert, 2009).

Enligt Dondrop et.al (2012) bör yrkesverksamma kliniker undvika att lägga fram det här alternativet som en garanti för framgångsrik framtid reproduktion. Fertilitets konservering bör diskuteras för vad det är: en nödtåtgärd för kvinnor som fruktar att inte kunna få sina barn innan de får slut på funktionella ägg. Att ha en lagrad reserv kommer att ge dem möjlighet till ett begränsat antal IVF-cykler i ett senare skede av deras liv, som kan eller inte kan leda till ett barn. För att undvika höga falska förhoppningar, bör professionella förklara för kvinnorna att deras bästa chanser att få ett barn är genom naturlig reproduktion vid en relativ tidig ålder (Dondrop et al., 2012). Kvinnor som är intresserade av att frysförvara ägg bör få adekvat information om riskerna med metoden, under vilka villkor deras ägg kan lagras, tidsramen inom vilken de kan användas, kostnader, lagring och användande. De bör också vara försedda med uppskattning av deras chanser att lyckas med reproduktionen. Kvinnor bör informeras om att frysförvaring av ägg är en relativt ny teknik, att antalet födda barn från sådana ägg fortfarande är begränsade och att uppföljande uppgifter om eventuella risker för fostrets hälsa fortfarande samlas in (Dondrop et al., 2012).

Livsstilsfaktorer och infertilitet

Fetma är ett stort internationellt problem som också är relaterade till många reproduktiva hälsoproblem inklusive polycystiskt ovariesyndrom (PCOS). Fruksamheten hos överviktiga kvinnor är lägre jämfört med normalviktiga kvinnor. De påverkade insulin och leptin värdena hos den överviktiga kvinnan kan vara förklaringen till anovulationen som leder till infertilitet. Sammantaget påverkar fetma den kvinnliga reproduktionen genom att störa ämnesomsättningen, hormonmetabolismen och den follikulära miljön (Pantasri & Norman, 2014).

En annan livsstilsfaktor som tycks kunna påverka infertiliteten är stress. Psykologiska stressfaktorer kan påverka reproduktionen genom att störa utsöndringen av hormoner, genom att orsaka lokala effekter av katekolaminer på livmodern och äggledarna, genom immunologiska processer som kan störa implantering och genom att påverka det sexuella beteendet. Den stress som orsakas av infertiliteten själv kan minska chanserna ytterligare vid försök att åstadkomma ett barn, oavsett av den primära orsaken till infertilitet. Men om psykologiska faktorer har någon oberoende inflytande på resultatet av provrörsbefruktning är fortfarande under diskussion. Det verkar dock som att faktorer såsom kvinnans ålder, embryokvaliteten, infertilitetsdiagnosen, IVF-tekniken och antal tidigare försök inte helt förklarar variationen i resultaten av IVF-behandling (Anderheim, Holter, Bergh & Möller, 2005).

Utredning och behandling vid infertilitet

Då infertilitetsutredningen påbörjas är det viktigt att både kvinnan och mannen medverkar. Utredningen börjar med att en detaljerad anamnes tas från dem båda. Frågor som ställs är bland annat om tidigare och/eller pågående sjukdomar, speciellt infektioner och bland dem sexuellt överförbara sjukdomar. Andra frågor som ställs är om någon av dem tidigare opererats eller varit inlagda på sjukhus, eller om någon av dem tar några mediciner. Frågor om livsstilsfaktorer som arbete, rökning, motion och exponering för toxiska substanser ställs. Kvinnan frågas om blödningsmönster och eventuella tidigare graviditeter. Det är också viktigt att ta reda på om ett samlag kan genomföras och att kartlägga samlagsfrekvensen. Därefter görs den medicinska utredningen som i stora drag avser att kartlägga mannens sperma, kvinnans ägglossningar och passagen genom äggledarna. Sperman granskas med hjälp av spermanalys. Kvinnan genomgår en gynekologisk undersökning, klamydiatest,

vaginalt ultraljud, hormonanalys, basaltemperaturmätningar, eventuellt röntgen av äggledare med kontrast och i vissa fall ett laparoskopiskt ingrepp för att helt säkert kunna fastställa fri passage i äggledarna. Den första planerade infertilitetsutredningen som innefattar anamnes och medicinsk utredning bör vara genomförd inom fyra månader. Därefter kan behandling påbörjas eller i vissa fall kompletterande utredning göras (Borgfeldt et al., 2010).

Om den första planerade infertilitetsutredningen med samtliga inledande prover och undersökningar varit normala, om paret är under 30år och infertiliteten varat i cirka ett år är prognosen god. Hos dessa par brukar en spontan graviditet ske inom ett år hos cirka 25 procent. Om något varit avvikande under den första planerade utredningen behandlas det utifrån vad som orsakar infertiliteten. Assisterad befruktning kan ske genom homolog insemination där kvinnan insemineras med sin partners sperma, genom heterolog insemination där en spermadonator används, genom äggdonation där en äggdonators ägg används och insemineras eller genom In vitro-fertilisering (IVF, ”provrörsbefruktning”) (Borgfeldt et al., 2010).

Tillvägagångssätt vid in vitro fertilitetsbehandling - IVF

Ingen enskild behandlingsmetod har tidigare haft en så betydande roll för behandlingen av infertilitet som in vitro fertilitetsbehandling (IVF). Alla typer av infertilitet, enskilda eller i kombination, utom förändringar i livmodern kan behandlas med IVF. Behandlingen börjar med att kvinnan stimuleras med olika hormoner för att åstadkomma äggmognad. Syftet med hormonstimuleringen är att få fram mellan fem och tolv optimalt mogna äggceller. De mogna äggen plockas ut vaginalt med hjälp av ultraljud och en punktionskanyl och sug. Uthämtningen av äggen är oftast smärtfri och görs utan anestesi eller med mycket måttlig anestesi. Efter några timmars odling i speciell förvaring och atmosfär tillsätts tvättade spermier. Efter ytterligare ett dygns odling inspekteras äggen efter tecken på befruktning. Tillvägagångssättet vid odling av det befruktade ägget varierar, men den klassiska metoden är att odla äggen i två dygn i relativt enkla miljöer. Det har blivit allt vanligare att odla embryon upp till fem eller sex dygn, då de har kommit till ett blastocyststadie. Anledningen till långtidsodling är att forskare tror att embryon som utvecklats till blastocyster ger bättre graviditetsresultat (Nilsson, 2011).

Om flera ägg varit av god kvalitet vid ett tillfälle kan dessa frysas ner för att tinas upp och användas vid ett senare återförande. Det embryo som sedan ska återföras laddas i en kateter som sedan förs genom livmoderhalsen och in i kvinnans livmoderkavitet. De flesta kliniker kontrollerar med ultraljud att återförandet lyckats. Sedan får paret gå hem och vänta och hoppas på ett positivt graviditetstest (Nilsson, 2011).

Resultatet av infertilitetsbehandling

Resultaten i form av graviditeter och förlossningar efter assisterad befruktning varierar. Ungefär sex procent av alla nyfödda barn i Sverige är resultat av någon form av medicinsk behandling. Av dessa har hälften tillkommit efter IVF. Hur många misslyckade försök som gjorts för innan ett barn föds vet vi inte idag. Forskare tror att knappt hälften av de par som söker och behandlas för infertilitet får uppleva den efterlängtdade förlossningen. Den viktigaste faktorn för att lyckas är kvinnans ålder (Borgfeldt et al., 2010). Sverige ligger i eller nära världstoppen när det kommer till lyckade resultat, med över 30 procent födselar per återförande. Detta trots att man i Sverige endast återför ett embryo i över 70 procent av fallen

och aldrig mer än två. Att återföra embryon som varit frysta och blivit tinade har något sämre resultat men ligger ändå omkring 25 procent på nationell basis (Nilsson, 2011).

En infertilitetsutredning kan resultera i att man inte kan finna någon orsak till infertiliteten, så kallad oförklarad infertilitet. Det kan också vara så att paret erhållit en medicinsk behandling men att den misslyckats. Utredande och behandlande läkare har då inget mer att erbjuda utan måste avböja vidare utredning och behandling. Paret ska redan innan behandling påbörjats ha fått information och vara medvetna om detta. Att få ett nej till vidare utredning och/eller behandling kan ändå vara svårt att acceptera. I ett sådant fall får paret inte överges utan ska ges stöd och hjälp att hantera situationen. Paret kan behöva stöd att acceptera, eller stöd att finna andra vägar (Borgfeldt et al., 2010).

Biverkningar vid infertilitetsbehandling

Fysiska biverkningar vid infertilitetsbehandling är multipelgraviditeter fortfarande den vanligaste biverkningen utanför Norden. Svår överstimulering är den näst vanligaste biverkningen, men är idag sällsynt. Andra sällsynta biverkningar är blödning eller infektion efter ägguttagande och allergier mot gonadotropiner eller progesteron (Jansson & Landgren, 2011) (Nilsson, 2011).

Psykiska biverkningar vid infertilitets behandling är främst stress. Oförmågan att kunna bli gravid och bilda familj är stressande för dem som hoppas på att starta en familj. Fertilitetsbehandling såsom in vitro fertilisering (IVF) ger en möjlighet för par att bli föräldrar. Emellertid kan dock stressen och den mentala påverkan förvärras under en pågående behandling, vilket kan vara tidskrävande, ansträngande, dyra och frustrerande. (Pinborg, Hougaars, Nyboe, Molbo & Schmidt, 2009).

Människan och livskriser

Ordet *krisis* kommer från grekiskan och betyder avgörande vändning, plötslig förändring eller ödesdiger rubbning (Cullberg, 2006).

Kriser följer ett inneboende förlopp vilket är chock, bedövning, förnekande, sorg och nyorientering (Cullberg, 2006) (Volgsten, Svanberg Skoog & Olsson, 2010). Chocken uppstår då människan aldrig trott att detta skulle drabba individen eller att individen är en sådan person som reagerar på detta sätt. Allt ter sig överkligt och personen gör ovidkommande saker och talar om saker utan att kunna fokusera. När chocken lagt sig kan den drabbade känna sig bedövad i hela kroppen. Individen gör allt mekaniskt, utan kontakt med sina känslor och minnet fungerar dåligt. Vanligt är att människan därefter lever i förnekelse. Att hon eller han försöker förneka verkligheten och försöker intala sig om att det som hänt inte har hänt eller inte är på riktigt, eller att det personen börjat inse om sig själv inte är sant. En del ägnar sig åt att tro att ett under skall ske och många får omotiverade vredesutbrott. När individen så småningom börjar inse att det hela inte bara är en ond dröm börjar personen återfå kontakten med sina känslor och går då igenom en sorg. Om personen inte tillåter sig själv att sörja det som hänt eller förlusten av illusionerna riskerar den drabbade att hamna i ett permanent tillstånd med depression eller psykosomatiska besvär. Om personen tillåtit sig själv att sörja startar en nyorientering där individen upptäcker att det finns en verklighet bakom orden ”tiden läker alla sår”. Inte på det sättet att det som inträffat inte kommer att fortsätta vara en tragisk

händelse i det förflutna, utan mer som att personen nu börjar samla ihop sig inför vad som kan tänkas finnas kvar av livet (Cullberg, 2006).

Barnmorskans kompetens och roll vid infertilitet

Barnmorskans kompetens delas ofta in i tre huvudområden som är grundläggande för barnmorskans arbete oavsett vart hon är verksam. Huvudområdena är; Sexuell och reproduktiv hälsa, Forskning, utveckling och utbildning samt Ledning och organisation (Socialstyrelsen, 2006).

Vad det gäller infertilitet tillhör det kompetensområdet sexuell- och reproduktiv hälsa. Det handlar övergripande om att som barnmorska ha förmåga att tillämpa kunskaper om sexuell och reproduktiv hälsa och att genom dialog med vårdtagaren kunna ge individanpassad information, rådgivning och samtalsstöd. Att som barnmorska ha förmåga att genomföra undersökningar och behandlingar samt identifiera och bedöma när något avviker från det normala förloppet. Det är också viktigt att kunna arbeta hälsofrämjande och förebygga ohälsa, där det då är viktigt att kunna identifiera individer med särskilda behov av vård och stöd. Men också ha förmåga att arbeta utifrån säkerhet och kvalitet (Socialstyrelsen, 2006).

Sexuell och reproduktiv hälsa handlar om sex och samlevnad, preventivmedel dess användning samt rådgivning, att förebygga sexuellt överförbara sjukdomar (STI) samt behandling av dem, normal och komplicerad graviditet, förlossning och eftervård, det friska och det sjuka nyfödda barnet, amning och amningskomplikationer, aborter och eventuella komplikationer, gynekologiska sjukdomstillstånd, infertilitet, infertilitetsutredning och behandling, klimakteriebesvär och behandling (Socialstyrelsen, 2006). Utöver socialstyrelsens bestämmelser bör barnmorskan även rätta sig efter den internationella etiska kod som framtagits just för barnmorskor (Barnmorskeförbundet, 2014).

I sitt arbete möter barnmorskan kvinnor, män, barn, ungdomar och vuxna, men framförallt kvinnor i alla åldrar från den unga skolflickan till den åldrande kvinnan (Vårdförbundet, 2013). Som barnmorska kan man exempelvis arbeta på ungdomsmottagning, mödravårdcentral, förlossningsavdelning, BB-avdelning, gynekologisk mottagning, gynekologisk vårdavdelning, neonatalvårdsavdelning, amningsmottagning och på infertilitetsklinik. Barnmorskan på en infertilitetsklinik har en viktig roll under parets hela infertilitetsprocess och efter, från det medicinska till en samtalande och känslomässig stödjande roll.

Problemformulering

Ofrivillig barnlöshet kan påverka kvinnan på många sätt, både kulturellt, socialt, yrkesmässigt, psykiskt och fysiskt. I detta arbete kommer endast kvinnors upplevelser av den sociala och psykiska påverkan att studeras. Som barnmorska är det främst kvinnor vi möter och det är därför viktigt att vi som professionell vårdpersonal vet hur vi på bästa sätt kan hjälpa de drabbade. Genom att belysa kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet är förhoppningen att öka kunskapen kring detta problem både hos professionella och hos medmänniskor. Förhoppningen är att de infertila ska få den vård och det stöd som de så väl behöver. Om kunskapen når fram finns snart även redskapen för att på bästa sätt bemöta människor i denna svåra situation.

SYFTE

Syftet med detta arbete var att belysa kvinnors upplevelser av den sociala och psykiska påverkan som den ofrivilliga barnlösheten kan medföra, samt hur de hanterar dessa upplevelser.

METOD

I detta avsnitt beskrivs vilken metod som används och varför, studiens ansats, design och urval som innefattar inklusionskriterier samt exklusionskriterier. Tyngdpunkten kommer att ligga på själva genomförandet, där en noggrann beskrivning av tillvägagångssättet för att finna material beskrivs. Valt instrument för granskning kommer att beskrivas samt tillvägagångssättet vid databearbetning och hur resultatet togs fram. I slutet av detta avsnitt beskrivs de forskningsetiska övervägandena.

Val av metod

Den metod som valts för att kunna genomföra detta arbete är en litteraturöversikt. Den här metoden valdes för att beskriva kunskapsläget inom ett visst område (Forsberg & Wengström, 2013) Denna metod valdes då den ansågs bäst lämpad att besvara studiens syfte inom den begränsade tidsram studenten ålagts. Tillvägagångssättet är att med hjälp av olika databaser få fram vetenskapliga artiklar. Därefter granskas och sammanställs de publicerade forskningsartiklarna för att ta reda på vilken kunskap som finns inom ett specifikt ämne (Jakobsson, 2011). För att till sist få fram ett sammanbundet resultat som besvarar studiens syfte. Då studien utförs under en pågående utbildning till blivande barnmorska ska valt ämne ha ett barnmorskeperspektiv.

Urval

I denna litteraturöversikt har endast originalartiklar granskats och inkluderats i resultatet. De artiklar som kommer att användas är skrivna på engelska och publicerade mellan år 2005-2015. Endast de artiklar som finns att tillgå i fulltext granskas och inkluderas. För att avgränsa bredden av litteraturöversikten kommer endast artiklar som svarar på studiens syfte att inkluderas, i det här fallet är det endast kvinnors upplevelser som kommer att belysas.

Begränsningar har gjorts för att få ett rimligt antal träffar där det är möjligt för författaren att gå igenom samtliga titlar per sökträff (Karlsson, 2012). Begränsningarna har varit desamma i de sökträffar som resulterat i funna artiklar. Exklusionskriterierna har varit att inte söka efter artiklar som är mer än 10 år, alltså mellan 2005 och 2015. Att det ska vara studier gjorda på människor och vara skrivna på engelska. Författaren har valt att utesluta sökord eller sökkombinationer som resulterat i fler än 200 träffar då ett högt antal träffar indikerar på en sämre träffsäkerhet (Karlsson, 2012). När mer än 200 träffar uppstått har begränsningar gjorts, nya konstellationer prövats eller andra sökord prövats. Sökord som testats men som inte givit några träffar eller för stort antal träffar, trots begränsningar och i olika konstellationer, har uteslutits. På grund av tidsbegränsning har endast ett begränsat antal sökträffar kunnat undersökas.

Genomförande

Sökandet efter relevanta vetenskapliga artiklar som besvarar studiens syfte pågick mellan december 2014 och mars 2015. Sökningarna har genomföras i databaserna PubMed, CIHNAL och PsycINFO, som är breda databaser och täcker omvårdnad och medicin (Forsberg och Wengström, 2008). Nyckelorden, alltså de sökord som resulterade i funna artiklar som gått vidare för granskning, är involuntary, childlessness, experiences, social aspects och emotional impact. Sökorden har kombinerats i olika konstellationer och har sökts som fritextsökning, med MeSH Termer, som Titel ord och med den booleska termen AND (Karlsson, 2012).

Sammanlagt påträffades 473 sökträffar, som tagits fram i syfte att besvara studiens syfte, varvid samtliga titlar har läst och utav dem har 88 abstracts som verkade relevanta lästes och slutligen valdes 18 artiklar som tycktes svara på studiens syfte ut för vidare granskning. Databassökningarna har gjorts på Sophiahemmet högskola och därmed med begränsad tillgång till vetenskapliga artiklar. Författaren har endast vid ett tillfälle inte kunnat få fram innehållet i en artikel i fulltext. Artikelns titel och abstract verkade relevant så artikeln beställdes. Då studiens metod är en litteraturöversikt och inte en systematisk litteraturöversikt har inte hela området rörande infertilitet sökts av utan endast en begränsad andel. Författaren har därför avslutat sökandet efter relevanta artiklar då 18 stycken valts ut.

Utvalda artiklar från en sökkombination har återfunnits i träffar från andra sökkombinationer. Så var bland annat fallet med de sökningar som gjordes i databasen Psyk INFO, de relevanta artiklar som gick att finna där hade redan påträffats och valts ut i tidigare sökningar i exempelvis PubMed. De sökningar som gjorts redovisas i sökschemat nedan och artiklarna som gått vidare för granskning presenteras i en artikelmatris i Bilaga.1.

Artiklar som var relevanta för studien men som inte besvarade studiens syfte, som påträffades under databassökningen, användes istället i studiens bakgrund.

Tabell 1. Sökschema.

Databas/datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Valda artiklar
PubMed/ 150122	Involuntary AND Childlessness	From 2005-2015 Humans English	50	5st valda av 15 lästa abstracts och 50 lästa titlar
PubMed/ 150129	Infertility [MeSH Terms] AND Social aspects	From 2005-2015 Humans English	34	3st valda av 6 lästa abstracts och 34 lästa titlar
CHINAL/ 150202	Infertility AND Experiences	From 2005-2015 Human English	103	8st valda av 13 lästa abstracts och 103 lästa titlar
PubMed/ 150205	Infertility AND female experiences	From 2005-2015 Humans English	145	1st valda av 25lästa abstracts och 145 lästa titlar
PsycINFO/ 150205	Infertility [Title] AND experiences [Title]	From 2005-2015 Humans English	29	0st valda av 9 lästa abstracts och 29 lästa titlar
PubMed/ 150205	Infertility [MeSH Terms] AND social influence	From 2005-2015 Humans English	33	0st valda av 7 lästa abstracts och 33 lästa titlar
PubMed/ 150206	Infertility [MeSH Terms] AND emotional impact	From 2005-2015 Humans English	66	1st vald av 8 lästa abstracts och 66 lästa titlar
CHINAL/ 150206	Infertility AND Psychological stress	From 2005-2015 Humans English	6	0st valda av 2 lästa abstracts och 6 lästa titlar
CHINAL/ 150206	Infertility AND in vitro fertilization AND experiences	From 2005-2015 Humans English	7	0st valda av 3 lästa abstracts och 7 lästa titlar
Totalt			473	18 valda av 88 lästa abstracts och 473 lästa titlar

Instrument

De valda artiklarna kvalitetsgranskades enligt Sophiahemmet Högskolas riktlinjer (bilaga II) för självständigt arbete på avancerad nivå utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Varje artikel fick på så vis också ett eget vetenskaplig ”betyg”, där poängen sattes från I (= hög kvalitet) till III (= låg kvalitet).

Databearbetning

Då sökträffarna påträffades i de olika databaserna lästes samtliga titlar. Om titeln ansågs relevant så lästes även abstract, och om abstract svarade på studiens syfte inkluderades den och gick vidare för granskning. Om en titel ansågs irrelevant lästes aldrig artikeln utan valdes direkt bort. De artiklar som valdes ut och gick vidare för granskning lästes noggrant igenom för att säkerställa på att artiklarna besvarade studiens syfte samt var vetenskapligt hållbara. Av de 18 artiklar som gick vidare för granskning uteslöts tre stycken. Två av artiklarna, visades sig efter noggrannare läsning av studiens fullständiga innehåll, inte besvara studiens syfte. Den tredje artikeln uteslöts på grund av bristande vetenskaplig kvalitet. Femton artiklar

återstod. Dessa lästes åter igen igenom och kvalitetsgranskades utifrån Sophiahemmet Högskolas riktlinjer för självständigt arbete på avancerad nivå utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), och fördes in i en artikelmatris, se bilaga 2. Under kvalitetsgranskningen bedömdes artikelns syfte, eventuella frågeställningar, hur urvalet gjorts, antal deltagare och vilka deltagare, eventuella bortfall, om artikel är välplanerad och väl genomförd, om det finns ett tydligt sammanhang, om det finns en adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder. Resultatartiklar är markerade med en asterisk (*) i referenslistan.

Artiklarnas resultat lästes flertal gånger för att få en djupare förståelse för innehållet. Under läsningen av resultaten underströks relevant fakta i texterna. Den understrukna texten översattes sedan från engelska till svenska och fördes in i ett Word dokument utan rubriker eller kategoriseringar, detta för att inte påverkas av de kategoriseringar eller teman som artikelförfattarna redan tagit fram. Tre huvudrubriker valdes ut utifrån studiens syfte och frågeställning och blev som följer; "Kvinnors upplevelser av den psykiska påverkan", "Kvinnors upplevelser av den sociala påverkan" och "Att hantera situationen och den nya framtiden". Texten lästes upprepade gånger och delades under tiden in under passande rubrik. När all text var samlad under samtliga tre rubriker gjordes mindre justeringar för att få en följsam och läsbar text. Utifrån innehållet i texten skapades även vissa underrubriker för att underlätta för läsaren. Vissa artiklar hade kommit fram till samma resultat och för att det inte skulle bli upprepningar i texten samskrevs texten men fick två eller flera referenser, beroende på hur många artiklar som beskrev samma sak. Texten som nu blivit ett resultat till studien lästes igenom för att säkerställa att allt material kommit med, att resultatet är läsbart och för att säkerställa att syftet besvarats.

Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet är en myndighet under Utbildningsdepartementet, som har till uppgift att se till att svensk forskning bedrivs med högsta vetenskapliga kvalitet och därmed bidra till samhällets utveckling (2014). Det är bland annat här forskningsmaterial prövas av en etisk kommitté. På www.codex.vr.se, går det att läsa mer detaljerat om de etiska riktlinjer och lagar som reglerar och ställer etiska krav på forskningsprocessen. Nedan kan du läsa om hur författaren till denna litteraturstudie tillämpat forskningsetiska aspekter.

Enligt forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2014) finns det fyra allmänna huvudkrav på forskningen: öppenhetskravet, självbestämmandekravet, konfidentialitetskravet och autonomikravet. Då denna litteraturstudie är baserad på befintligt forskningsmaterial medför detta att en annan form av etiskt förhållningssätt tillämpas av författaren till denna studie. Enligt Forsberg och Wengström (2013) ställs frågorna till litteraturen istället för till mänskliga deltagare i en forskningsstudie. Vetenskapsrådet (2014) har tagit fram riktlinjer som tydligt beskriver att fusk och ohederlighet inte får existera inom forskning. Fabricering av data, stöld, plagiat, användande av metod utan angiven referens eller förvrängning av delar i forskningsprocessen är sådant som definieras som fusk eller ohederlighet. Denna riktlinje gäller även författarens tillvägagångssätt i sitt arbete.

Författaren har i detta arbete endast inkluderat studier som granskats och godkänts av en etisk kommitté och har noggrant redovisat dessa i en artikelmatris, se bilaga.1. Alla resultat som påträffats rörande studiens syfte, oavsett om de stödjer hypotesen eller inte, har presenterats. Under hela arbetets gång från urval till sammanställning av resultatet har författaren haft ett kritiskt förhållningssätt och därmed satt sin egen mening och åsikt åt sidan. Risk för

feltolkning vid analys av data har minimerats genom användning av granskningsmall och upprepad läsning för att få en djupare förståelse för innehållet. De artiklar som valts ut för granskning har varit skrivna på engelska och översatts på ett så riktigt sätt som möjligt utifrån författarens tidigare kunskaper (Forsberg & Wengström, 2013).

RESULTAT

Under denna rubrik besvaras studiens syfte och frågeställningar. De infertila kvinnornas upplevelser av den psykiska och sociala påverkan beskrivs, samt hur de hanterar den nya livssituationen.

Kvinnors upplevelser av den psykiska påverkan

Skuld och Skam

De infertila kvinnorna längtar efter ett barn som skulle kunna göra deras familj fullständig. Utan barn att fylla sitt liv med kände de sig ofullständiga. Att som kvinna inte vara kapabel att åstadkomma ett barn beskrevs med en känsla av skam. En del av de infertila kvinnorna hade avsiktligt skjutit fram barnafödandet för att i första hand studera, resa, skaffa sig en fast inkomst och ett lämpligt boende. I och med detta avsiktliga beslut och väntan bar de nu med sig en känsla av skuld över situationen de nu befann sig i. De skuldbelagde sig själva, kände sig frustrerade och besvikna. I länder som Kina och Jordan var det mer vanligt att det var släktingar eller kvinnans partner som skuldbelade kvinnan och ansåg att det var hon som var orsaken till infertiliteten (Loke, Yu & Hayter, 2010) (Obeisat, Gharaibeh, Oweis & Gharaibeh, 2012). Vissa kvinnor uttryckte en ånger över att de inte tagit sina infertilitetsproblem på allvar och sökt hjälp med sin infertilitet i ett tidigare skede. Medan andra var förbittrade på fertilitetsvården som inte upplyst dem om att söka hjälp, om de inte lyckats med sina fertilitetsförsök efter en viss tid. Några berättade att deras män ratade idén om att genomgå en infertilitetsutredning för att finna orsaken till problemet, och där med försenade möjlig behandling. Sedan fanns det de kvinnor som sökt hjälp för sin infertilitet och som genomgått infertilitetsbehandlingar men inte lyckats åstadkomma ett barn och då blivit besvikna på resultatet (Loke et al., 2010).

Förlorad självkänsla

För vissa kvinnor bidrog infertiliteten till en upplevelse av förlorad självkänsla och en känsla av oduglighet då de fick beskedet om att de var infertila. Några uttryckte att de inte ansåg sig ha förtjänat föräldraskapet och var övertygade om att deras infertilitet var ett straff ifrån Gud. I Iran fanns det infertila kvinnor som i och med infertiliteten upplevde att de misslyckats med sin uppgift och roll som fru och att deras liv inte hade någon mening utan barn. (Behboodi-Moghadam, Salsali, Eftekhar-Ardabilly, Vaismoradi & Ramezanzad, 2013).

Väntan

Infertilitetsprocessen blev ett avbrytande i kvinnornas vardagliga liv. De medicinska behandlingarna distraherade kvinnorna i sina arbetsliv då deras tankar som mest kretsade kring behandlingsprocessen och längtan efter ett barn. Men fertilitetsbehandlingarna påverkande även kvinnornas arbetsliv genom utebliven arbetstid som försvann då de vid flertal tillfällen behövde besöka fertilitetskliniken. Tidsuppfattningen under pågående behandling beskrevs av kvinnorna som flyktiga ögonblick och att tiden stod stilla, som varaktighet och väntan, som en oro över möjligheten att förlora för tillfället och otålighet. Då de upplevde att tiden stod stilla och att de inte kunde göra annat än att vänta, fast de

egentligen ville ha det efterlängtrade barnet genast, uppstod stress över just detta (Cipolletta & Facciob, 2013). Väntan kunde sammanfattas som en konstant väntan på ett barn i kontrast med de begränsande och tidskrävande medicinska behandlingarna. De infertila kvinnorna beskrev de medicinska behandlingarna som begränsade och tidskrävande, men beskrev väntetiderna mellan ett uttag och en överföring, och en överföring och svaret som den största psykiska belastningen. Väntan beskrevs också som brist på kontroll som orsakade ångest och oro (Cipolletta & Facciob, 2013). Ett fåtal kvinnor satte tidigt upp en tidsbegränsning för hur länge och hur många försök de tänkt genomgå, innan de bestämmer sig för att sluta försöka skaffa barn. De gjorde detta för att de inte ville att deras reproduktiva önskningar skulle bli en konstant drift i deras liv. De kvinnor som bestämde sig för att göra på detta sätt beskrev också att det kan ha åstadkommit en högre grad av ångest, och menade då att ångesten var kopplad till den tid som passerar och att de för varje misslyckat försök var ett steg närmare det absolut sista försöket (Cipolletta & Facciob, 2013).

Hoppet

Kvinnorna beskrev att hoppet handlade om förverkligandet av önskan om ett barn eller ett illusoriskt försök att styra framtiden genom sin övertygelse. Misslyckade assisterade befruktningar representerar slutet av hopp, ett personligt misslyckande som försvagar den personliga identiteten, men som övervinns genom att försöka igen. Hos vissa kvinnor var hoppet så starkt drivande att de aldrig kunde sluta hoppas (Cipolletta & Facciob, 2013).

Ångest

De infertila kvinnorna beskrev att de upplevde en hög nivå av ångest som var relaterad till att de inte kunnat få barn. Ångesten debuterade då de insåg att de hade svårt att bli gravida och de flesta bar sedan med sig den i många år (Ried & Alfred, 2013). Väntan på att få starta en infertilitetsbehandling, väntan på besked om antal och dugliga ägg/spermier, väntan på besked om försöket lyckats och väntan på det efterlängtrade barnet orsakade i sig ångest hos kvinnorna (Cipolletta & Facciob, 2013). Av de kvinnor som beskrev att de upplevde ångest kände många sig också misslyckade, kände en ständig press vid tidpunkten för ovulation, blev ledsna då de såg ett spädbarn och insåg att infertiliteten innebar en stor personlig brist och att deras liv kretsar kring att skaffa barn (Ried & Alfred, 2013). Effekter av det förflutna, som att ha förlorat någon som man älskat, väckte starka känslor och ångest hos vissa kvinnor i samband med de misslyckade infertilitetsbehandlingarna (Cipolletta & Facciob, 2013).

Livskvalitet

Begreppet livskvalitet berördes också och kvinnorna beskrev en mängd negativa känslor som de upplevt, som skuld, besvikelse, frustration, rädsla att bli besviken, sorg, förödelse, ångest, nedstämdhet och depression. Dessa negativa känslor fick konsekvenser utöver den personliga identiteten och relationen med partnern och som ofta kom att påverka det sociala livet och arbetsrelationer. Vissa uttryckte en frustration över vänner och samhället, antingen som en avundsjuka eller som ilska över andras bristande förståelse. Somliga betonade ett behov utav att inte avslöja sin infertilitet för familj och vänner, då det troddes skapa en ändå högre press och förväntningar. Vissa infertila kvinnor, som varit med om misslyckade infertilitetsbehandlingar, drabbades av allvarliga depressiva symtom. Låg uppskattning från familjen, många konflikter och höga orimliga krav från familj, vänner och grannar var signifikanta faktorer för allvarliga depressiva symtom (Ried & Alfred, 2013); (Aliyeh & Laya, 2007); (Lund, Sejbaek, Christensen & Schmidt, 2009).

Deltagarna beskrev infertilitetsbehandlingen som känslomässigt utmanande. De beskrev att de kände sig obekväma, rädda, processen som påträngande, tidskrävande och ensamma med de

negativa besked de fick. De betonade att infertiliteten kostar både ekonomiskt, känslomässigt, socialt och medför förändrade livsplaner (Ried & Alfred, 2013).

”Trying to conceive, it’s a roller coaster of emotions, you get positive at the start of your cycle and then your period comes and you hit a wall. It takes over your life completely”. (Ried & Alfred, 2013)

Sorg

Upplevelsen av livssorg delades med många utav kvinnorna. Livssorgen inkluderade sorg över att vara barnlös och att vara oförmögen att reproducera sig, att vara oförmögen att föra familjebanden vidare. Det innefattar också sorg över att inte kunna bekräfta relationen kvinnan lever igenom fullbordat föräldraskap. Kvinnorna beskriver en känsla av tomhet och beskriver upplevelsen av den ofrivilliga barnlösheten som en slags smärta. De förklarar att fertiliteten är den mest centrala och viktiga del i deras liv och att den tar upp en stor del av deras existens (Johansson & Berg, 2005).

”It is almost as if you cannot run with your legs – you have two legs but you cannot run with them” (Johansson & Berg, 2005).

Stress

Den stress som kvinnorna beskrev att de upplevde var förknippad med självkänsla, upplevd hälsa, att förlita sig till läkaren och förväntade kostnader för framtida behandlingar (Schneider & Forthofer, 2005). För infertila kvinnor i exempelvis Afrika är den ekonomiska stressen mycket påtaglig, då kostnaderna för att kunna bekosta infertilitetsbehandling oftast ligger utanför deltagarnas finansiella kapacitet (Tabong & Adongo, 2013). Självkänslan var den faktor som starkast kunde associeras med den upplevda stressen, och baserades på den upplevda hälsan, men var också förknippad med det förändrade upplevda sociala stödet. Stressen som påverkade de psykosociala faktorerna (självkänsla och upplevd hälsa) var som mest påtagliga i början av den medicinska utredningen och behandlingen. Vid uppföljning ett år senare hörde stressen ihop med faktorer som relaterades till skapandet av den biologiska familjen, som inkluderar partnerns stöd och vikten med barn. Vid uppföljning två år senare hörde stressen ihop med faktorer som relaterades till själva behandlingen, som då innefattar antal behandlingar och relationen till läkaren. Då behandlingen hade påbörjats minskade stressen som rörde självkänsla och upplevd hälsa, och stressen förknippades istället med skapandet av en biologisk familj. I ett senare skede var stressen associerad med behandlingsprocessen, och stressfaktorn ökade med antal misslyckade försök (Schneider & Forthofer, 2005).

Den nya framtiden

Kvinnorna försökte se fördelar med barnlösheten. De uttryckte en viss oro över den börda och det ansvar som ett barn innebär, och en rädsla över att förlora friheten och sitt egna välbehag genom att skaffa barn. De rationaliserade också på ett sätt som, kanske är det bättre att inte skaffa barn i dagens samhälle. De menade då att världen redan är överbefolkad och att det redan är många barn som lever på barnhem och är i behov utav hjälp, att det ska finnas ekonomiska resurser för att kunna försörja ett barn och att det inte är någon självklarhet att barnet kommer att ta hand om sina föräldrar då de blir äldre som de oftast förväntas göra i den kinesiska kulturen (Loke et al., 2010).

Kvinnornas beskrivningar om infertiliteten blottar upplevelser av intensivt lidande med ett inåtvänt försök att återfinna en självkänsla och en känsla av balans, ett syfte och mening i livet. De upplevde förlust och möjligheter, tomhet och tacksamhet och infertiliteten som en

närvarande frånvaro. I samma stund som de gav upp hoppet om ett barn utgjorde det en unik och livs definierad förlust. Infertiliteten fortsatte att göra sig påmind och förblev något som för alltid kommer att betraktas och minnas, och som en faktor som påverkar innebörden av efterföljande händelser i deras liv. (McCarthy, 2008).

Kvinnors upplevelser av den sociala påverkan

Familjen och samhällets syn på den infertila kvinnan

Infertilitet ses nästan uteslutande som orsakad av kvinnan, bland annat i Afrika och Kina, och hon får därför bära skulden för barnlösheten. Äldre kvinnor som inte har fött några barn stämplas ofta som häxor och överges av sina anhöriga. Dessa kvinnor får inte vistas bland andra människors barn och inte heller ta hand om andras barn, eftersom de ofta anklagas för att ha ätit upp alla barnen i sin livmoder. Som häxor anses de därför kunna förhäxa, förbanna och döda andras barn. De infertila kvinnorna kände därför en stor oro, men har också känt sig deprimerade och frustrerade över att inte vara kapabla till att skaffa barn. Kvinnorna beskriver hur de har mottagit icke stödjande reaktioner från familjemedlemmar rörande infertiliteten och smärtsamma granskande blickar från samhället. De kvinnor som ansågs vara ansvariga för barnlösheten berättade att de blev illa behandlade av sina svärmödrar som krävde barnbarn. Ett äktenskap utan barn tolkas, enligt deltagarna, som en förbannelse från Gud. Då Bibeln säger att barn är en gåva från Gud tolkar de den ofrivilliga barnlösheten som en förbannelse. Det är inte bara de kvinnor som inte kan få några barn som drabbas av problem. De kvinnor som bara föder ett barn eller bara flickor och inga söner drabbas av samma problematik och anses också lida av en viss form av infertilitet. Kvinnorna rapporterar att samhällsnormen föredrar att man skaffar sig en stor familj och lyfter fram att söner är oumbärliga (Tabong & Adongo, 2013), (Loke et al., 2010).

Kvinnorna kämpar konstant med pressen och inblandningen av folk i deras sociala krets. Pressen om att de måste skaffa barn kommer främst från mannens familj och riktas direkt mot kvinnan. I de flesta fall blir kvinnorna illa behandlade av mannens familj, de lägger sig i och vill vara med och påverka parets beslut som rör infertilitetsbehandling. Den konstanta pressen leder i vissa fall till att kvinnorna inte vill tala om infertilitetsproblemen och deras känslor (Obeisat et al., 2012).

Majoriteten av de infertila danska kvinnorna upplevde aldrig eller väldigt sällan att de hamnade i konflikt med, eller ställdes inför överdrivna krav från deras partner, familj, vänner, kollegor eller grannar. Majoriteten upplevde också att de ofta eller alltid fick emotionellt stöd, när det handlade om deras infertilitet, från deras familj, vänner eller andra bekanta (Lund et al., 2009).

Ensamhet och isolering

En del svenska kvinnor valde att inte prata med andra människor om sin infertilitet, utan valde att endast dela erfarenheterna med sin partner (Johansson & Berg, 2005). Några kvinnor upplevde att infertilitets upplevelserna och erfarenheterna förde dem närmare sin partner (Cipolletta & Facciob, 2013). De som valde att hålla infertiliteten för sig själva ansåg att det var ett privat problem och vissa trodde inte att andra skulle förstå konsekvenserna av barnlösheten. De valde själva att dra sig undan och undvek att ta kontakt med andra. Dessa kvinnor kände heller inte att de hade något gemensamt med jämnåriga med småbarn (Johansson & Berg, 2005)

En annan anledning till isoleringen var för att slippa frågor om kvinnornas planer på att skaffa barn (Loke et al., 2010).

Kvinnorna upplevde sin situation som orättvis då de hade en önskan och längtan efter barn, men inte kunde få några. Medan andra kvinnor som, i deras mening, inte skulle ha några haft turen att välsignas med barn. Känslor som avundsjuka och ilska var också vanligt förekommande hos de infertila kvinnorna (Tabong & Adongo, 2013).

Relationsproblem

Några kvinnor berättade att det inte endast var de sociala relationerna med vänner och familj som påverkades negativt i samband med infertiliteten, utan även relationen till deras partner. De kvinnor som berättade om detta beskrev hur problemen och avståndet mellan dem växte. Vissa kvinnor upplevde en mental press som orsakades av infertiliteten. Detta gjorde att relationen försvagades och ledde till att familjegrunden i sin tur försvagades. I vissa fall innebar detta att paret inte kunde fortsätta leva tillsammans utan valde att skiljas. Kvinnorna beskriver att de i och med den nya situationen kände att de förlorat förtroendet till sin man. Flertal kvinnor uttryckte en oro och rädsla över att deras män skulle lämna dem och träffa en ny kvinna att skaffa barn och familj med. Enligt den Islamiska läran är det tänkbart för mannen att gifta om sig. Deras tro är att ett barn kan hjälpa till att upprätthålla en generation och stabilisera familjen, barnet kan också stödja dem när de är äldre (Behboodi-Moghadam et al., 2013).

Några Jordanska kvinnor berättade hur de kände kring tanken om att deras män skulle skaffa sig en till fru. De flesta anser månggifte som mannens rättighet och som den bästa lösningen även på de ekonomiska problemen (Obeisat et al., 2012). Kvinnorna dolde ofta sin mans infertilitet för att de inte skulle pekats ut som odugliga. Kvinnorna känner sig socialt stigmatiserade, märkta som värdelösa och anses inte fylla något syfte i livet (Obeisat et al., 2012).

Psykisk och fysisk misshandel

Några Iranska infertila kvinnor berättar att de har fått uppleva både psykisk och fysisk misshandel. Den psykiska misshandeln utövades både av deras män och utav släktingar. Männerna förnedrade, förolämpade och skuldbelagde sina kvinnor för infertiliteten och barnlösheten. Släkten skuldbelagde också kvinnorna för infertiliteten och pressade dem. I vissa fall uteslöts de helt från olika familjära sammanhang. Den fysiska misshandeln riktades från mannen till kvinnan och oftast tillsammans med den psykiska misshandeln (Behboodi-Moghadam et al., 2013).

Stigmatiseringen som även kvinnor i Ghana upplevde förekommer inte endast när de är i livet utan pågår även efter det att personerna har avlidit. Människor som inte har åstadkommit några barn under sin livstid nekas tillträde till livet efter detta. Den generella tron är att människan kommer till en annan värld efter döden, men de människor som inte uppnått de kriterier som krävs för detta kommer aldrig att leva vidare. (Tabong & Adongo, 2013).

Påverkan på samlivet

Några kvinnor beskrev att de kände sig olyckliga i sina äktenskap, då den ultimata drömmen om att få barn inte blev verklig. Sorgen de upplevde hade också en direkt inverkan på deras sexuella liv, där de beskrev att de fick ett begränsat intresse av sexuell aktivitet med sina partners

(Tabong & Adongo, 2013). Infertiliteten har i vissa fall påverkat relationen till deras män både sexuellt och när det handlar om framtidsplaner. En kvinna uttryckte att hon kände att hon borde ignorera sina sexuella behov då hennes man är den som är infertil och inte vill ha sex. Som par har de slutat att planera framtiden tillsammans och kvinnorna uttryckte känslor av besvikelse över att inte fullfölja vad de tidigare planerat och i vissa fall ställa in dem helt (Obeisat et al., 2012).

Utomäktenskapligt sex är i Ghana generellt oacceptabelt och leder till allvarliga sociala konsekvenser för de kvinnor som varit otrogna. En kvinna i Ghanan som blivit påkommen med att ha haft utomäktenskapligt sex måste genomgå några reningsritualer innan hon får ha sex eller laga mat till sin make igen. Om hon uteblir från ritualen resulterar det i att kvinnan hamnar i ett tillstånd som kan jämföras med sjukdomen HIV/AIDS. Priset som kvinnan får betala för detta är att mannen får exklusiva sexuella rättigheter och alla eventuella protester från kvinnans sida kan medföra allvarliga sociala konsekvenser (Tabong & Adongo, 2013).

Att hantera den nya livssituationen

Aktiviteter

De infertila kvinnorna uppgav att det finns dagar då livet och verkligheten utan barn är för mycket att hantera, men att de med tiden funnit sätt att hantera situationen. De ansåg att det är mycket viktigt att ha en strategi för att kunna fortsätta sina liv utan barn. Metoderna inkluderade och var beroende av de inre resurserna så som inre styrka, självförtroende, sann acceptans av sitt öde, att kunna lita på en stödstruktur eller försöka att gå vidare genom att fokusera på framtiden (Tabong & Adongo, 2013), (Johansson & Berg, 2005).

Vissa kvinnor handskades med situationen genom att acceptera sin infertilitet som ödet eller Guds vilja. Medan andra tycktes ha funnit ersättare för att tillfredställa sitt vårdande behov genom att ta hand om andras barn, genom att skaffa djur, genom att skaffa växter, började med någon hobby, sport eller andra intressen för att fylla ut sin fritid (Loke et al., 2010). Kvinnor som engagerade sig i olika aktiviteter blev på så sätt hjälpta att handskas med sin situation, det kunde röra sig om yoga, meditation, gympass eller långa promenader, självhypnotisering, lägga pussel eller akupunktur. Detta bidrog till en känsla av ett emotionellt stöd och minskad stress (Ried & Alfred, 2013).

Andra kvinnor sökte information och hjälp på Internet, genom att engagera sig i olika forum och läste rekommenderade böcker som också hjälpte dem att bryta isoleringen och fick en känsla av emotionellt stöd. Vissa kände att media var till hjälp. Vissa kände sig stöttade emotionellt av sin partner, familj och andra medan andra upplevde motsatsen. Medan vissa kvinnor uppskattade att rådgivande stöd fanns att tillgå via fertilitetskliniken så beskrev dem det främst som sörjande rådgivning när de istället hade hoppats på att få hjälp med alternativa vägar (Ried & Alfred, 2013).

En aktiv strategi resulterade i färre ångestutfall. Både en passiv strategi och missnöje med det erfarna sociala stödet hade ett starkt positivt samband med ångest symtomen och genererade i fler ångestutfall. Hälsoproblem, ångest, depression och komplicerad sorg var starkt förknippade med den passiva strategin eller den obefintliga strategin (Lechner, Bolman & van Dalen, 2007), (Peterson, Pirritano, Christensen, Boivin, Block & Schmidt, 2009).

Den nya framtiden

En del kvinnor gav efter en tid med misslyckade infertilitetsbehandlingar upp och avslutade behandlingarna. De omvandlade istället hoppet om ett barn till ett hopp om en ny framtid. De ansåg att de gjort vad de kunnat, att deras ålder var en faktor som inte gick att påverka, de var övertygade om att dagens teknologi inte kan lösa deras fertilitetsproblem, att lidandet som de misslyckade försöken och hormonstimuleringen medfört inte längre var ett hållbart mående eller såg det helt enkelt meningslöst att fortsätta. Kvinnorna förväntar sig nu istället att leva livet belåtna, att kunna ta hand om sig själva och möjligheten att designa en helt ny framtid (Su & Chen, 2006), (McCarthy, 2008).

Få barn på annat sätt

För vissa infertila kvinnor behöver avslutade infertilitetsbehandlingar inte innebära ett liv utan barn, andra möjligheter som bland annat adoption och surrogatmödraskap kan vara ett alternativ för vissa. Men för några infertila kvinnor i Kina var adoption inte ett tänkbart alternativ. För dem var det viktigt att deras gener fördes vidare och ansåg starkt att endast upplevelsen av att själv ha varit gravid och burit barnet gör dem till mamma (Loke et al., 2010).

DISKUSSION

Under denna rubrik kommer du som läsare ha möjlighet att ta del av författarens egna åsikter och argument rörande studiens styrkor och svagheter, men också ta del av de slutsatser författaren dragit och hur författaren ser på den kliniska tillämpbarheten.

Metoddiskussion

De artiklar som har ingått i resultatet i denna litteraturstudie har kvalitetsgranskats enligt Sofiahemmets Högskolas granskningsmall utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Vid tolkning av ett material finns det, enligt Forsberg och Wengström (2013), alltid en viss risk för feltolkning, det finns hos författaren bristande kunskaper när det gäller vetenskapliga metoder som kan ses som en svaghet. Författaren har dock utifrån sina förutsättningar gjort allt för att minimera riskerna för feltolkning.

Då databassökningen genomfördes för att kartlägga forskningsområdet och artiklar rörande studiens syfte gallrades många artiklar bort endast efter att ha läst artikelns titel (Karlsson, 2012). Detta kan ses som en svaghet då relevant och bra forskning kan ha sållats bort på felaktiga grunder.

Studiens syfte var att belysa infertila kvinnors upplevelser, inte mäns och inte pars upplevelser utan endast kvinnors. I de artiklar som resultatet baserats på förekommer dock studier gjorda med syfte att belysa kvinnor och mäns upplevelser eller infertila pars upplevelser. I vissa fall har männens och kvinnornas upplevelser redovisats separat och ibland jämförts och borde därför inte ha någon större inverkan eller betydelse. I vissa fall redovisas upplevelserna gemensamt men det tydliggörs då om det förekommer olikheter i deras upplevelser. Detta skulle kunna ses som en svaghet.

Studien har gjorts utan att exkludera geografiska skillnader. De länder som studien baserats på är Iran, Italien, Sverige, Storbritannien, Kina, Danmark, USA, Pakistan, Jordanien,

Australien, Taiwan och Ghana. En nackdel kan dock vara att deltagarna besvarat enkäterna/intervjuerna på sitt modersmål, deras upplevelser har därefter tolkats och översatts till engelska och ytterligare en gång tolkats och översatts till svenska. Det finns en viss risk att resultatet blivit missvisande på grund av felaktig tolkning eller översättning (Forsberg & Wengström, 2013). Författaren har valt att se de geografiska skillnaderna som en styrka i studien. Då vi som barnmorskor möter kvinnor i alla åldrar och från många olika länder och världsdelar är det viktigt att inte bara ha kunskap om hur europeiska kvinnor upplever sin infertilitet, utan vi måste bredda vårt kunnande för att kunna ge alla kvinnor oavsett ursprung en individanpassad vård.

Att databassökningarna genomförts i fler än en databas kan ses som en fördel, då kartläggningen av forskningsområdet breddas i och med att olika databaser har tillgång till olika och olika antal artiklar (Jakobsson, 2011).

Det anses viktigt att använda sig utav den senaste forskningen då utvecklingen går framåt med stormsteg. Det är därför en styrka att författaren valt att exkludera material som är äldre än tio år. Det genomsnittliga publikationsåret av de inkluderade artiklarna är år ~2010 (Jakobsson, 2011).

Litteraturstudien är till cirka två tredjedelar baserad på kvalitativa artiklar, fördelen med detta är att en kvalitativ studie lämpar sig mycket bra då forskaren vill belysa deltagares upplevelser eller erfarenheter, som syftet med denna studie är. En annan styrka är att samtliga artiklar blivit etiskt och vetenskapligt granskade och godkända. Genom att på ett tydligt sätt beskriva processen och tillvägagångssättet under denna studie ökar trovärdigheten och möjligheterna att replikera studien, vilket är en styrka (Forsberg & Wengström, 2013).

Resultatdiskussion

Det har tidigare nämnts att föräldraskapet kan stärka familjebanden och relationen mellan partners då det biologiska barnet har en genetisk tillhörighet till dem båda. De största anledningarna till att de flesta väljer att skaffa barn är behovet och önskan om att ge och få kärlek (Langdridge et al., 2000). För de flesta kvinnorna är fertiliteten den mest centrala och viktiga del i deras liv som tar upp en stor del av deras existens (Johansson & Berg, 2005). Kvinnorna beskriver att de längtade efter ett barn som kan göra deras familj fullständig, för utan barn känner de sig ofullständiga (Loke et al., 2010), (Obeisat et al., 2012). De beskriver också att de känner sorg över att inte kunna bekräfta relationen de lever i genom fullbordat föräldraskap som ett barn innebär för dem (Johansson & Berg, 2005). För de par som före bekräftad infertilitet haft problem i sin relation ledde den bekräftade infertiliteten till att problemen växte och även avståndet mellan dem båda. Den mentala pressen som orsakades av infertiliteten ledde ofta till att familjebanden försvagades och slutade inte sällan med skilsmässa. Vissa kvinnor beskriver att de sedan infertiliteten förlorat förtroendet för sin partner. Vissa kvinnor uttryckte en oro och rädsla över att deras män skulle lämna dem och gifta om sig. Enligt den Islamska läran är det tänkbart för mannen att gifta om sig. Deras tror är att ett barn hjälper till att upprätthålla en generation och stabilisera familjen (Behboodi-Moghadam et al., 2013). Några Iranska kvinnor, som blivit diagnostiserade som infertila, upplevde att de har misslyckats med sin uppgift att vara fru och att ett liv utan barn var meningslöst (Behboodi-Moghadam et al., 2013). Det genetiska bandet var olika viktigt för olika kvinnor, för exempelvis vissa infertila kvinnor i Kina var adoption inte ett tänkbart alternativ. För dem var det viktigt att deras gener fördes vidare och ansåg starkt att endast upplevelsen av att själv ha varit gravid och burit barnet gör dem till förälder (Loke et al.,

2010). Behovet att kunna ge och få kärlek från ett barn var starkt, när detta inte blev möjligt försökte kvinnorna finna en ny mening med livet. Att exempelvis vårda andras barn eller att skaffa djur blev för vissa en ersättande tillfredsställelse av detta behov (Loke et al., 2010).

Enligt läroböcker som bland annat skrivits av (Borgfeldt et al., 2010) anses ett par som under minst ett års tid, med upprepade oskyddade samlag som inte lyckats bli gravida, vara infertila. I resultatet av denna studie uppdagas att det finns en viss okunskap om vad som definieras som infertilitet. Vissa kvinnor i studien som skrivite av (Loke et al., 2010) uttrycker en besvikelse riktad mot fertilitetshälsovården, då de menar att de inte blivit informerade om att de bör söka hjälp om de inte lyckats åstadkomma en graviditet inom en viss tid.

Ett annat problem som lyfts tidigare i detta arbete är de höga kostnaderna för behandling vid ofrivillig barnlöshet, vilket anses vara det största hindret i många utvecklingsländer (Murage, Muteshi & Githae, 2011). Vissa kvinnor betonade att infertiliteten kostar både ekonomiskt, känslomässigt och socialt (Ried & Alfred, 2013). Flertal kvinnor beskriver att de upplever en ökad stress under sin infertilitet, stress som kvinnorna beskrev att de upplevde var bland annat förknippad med förväntade kostnader för framtida behandlingar (Schneider & Forthofer, 2005). För infertila kvinnor i exempelvis Afrika är den ekonomiska stressen mycket påtaglig, då deras finansiella resurser räcker sällan till att kunna bekosta infertilitetsbehandlingarna (Tabong & Adongo, 2013).

Det är idag inte ovanligt att kvinnor väntar med att skaffa barn. Många väljer att studera, se till att ha det ekonomiskt stabilt, genomföra de resmål de velat se, träffa den rätta partnern samt skaffat en lämplig bostad innan de väljer att skaffa barn (Peterson et al., 2012), (Tyde'n et al., 2006). Vissa kvinnor berättade att de avsiktligt hade skjutit fram barnafödandet för att i första hand studera och berättade att de nu kände sig skyldiga till infertiliteten och situationen de befinner sig i (Loke et al., 2010), (Obeisat et al., 2012). Andra kvinnor uttryckte ånger över att de inte insett sina problem och sökt hjälp med sin infertilitet tidigare. Medan andra, som nämnts tidigare, kände en besvikelse över saknad av information kring när man bör söka hjälp (Loke et al., 2010). Det är absolut värt att reflektera över kvinnornas upplevelser och ställa dem i förhållande till de nya löneförmånerna som olika företag erbjuder sina kvinnligt anställda, för att som de framhäver, bättre motsvara de anställdas behov (NBCNews, 2014).

Ett infertilt par som genomgått upprepade misslyckade infertilitetsbehandlingar och blivit avböjda vidare utredning och behandling kan ha svårt att acceptera sin situation. Ett par i denna situation ska ges stöd och hjälp att hantera situationen. Paret kan behöva stöd att acceptera, eller stöd att finna andra vägar (Borgfeldt et al., 2010).

De flesta av de drabbade kvinnorna är eniga om att det är mycket viktigt att ha en strategi för hur livet ska kunna fortgå utan barn. Detta ansågs kunna åstadkommas genom en inre styrka, självförtroende, verklig acceptans av sitt öde, att kunna lita på en stödstruktur eller försöka att gå vidare genom att fokusera på framtiden (Tabong & Adongo, 2013), (Johansson & Berg, 2005). Vissa kände att de mottog ett bra emotionellt stöd av sin partner, familj och andra medan andra upplevde motsatsen (Ried & Alfred, 2013). De kvinnor som inte upplevde att de fick det stöd det behövde från närstående och anhöriga var bland annat kvinnor i Ghana, Iran, Jordanien och Kina, där stigmatisering var vanligt förekommande (Behboodi-Moghadam et.al., 2013), (Loke et al., 2010), (Obeisat et al., 2012), (Tabong & Adongo, 2013). Några kvinnor berättade att de vänt sig till infertilitetskliniken för stöd och rådgivning, men att det där mest talats om sorgbearbetning när de istället hade hoppats ett stöd att finna andra vägar (Ried & Alfred, 2013). En del kvinnor gav efter en tid med misslyckade infertilitetsbehandlingar upp och avslutade infertilitetsbehandlingarna. De beskrev sin

bearbetningsstrategi som ett omvandlat hopp, där hoppet om ett barn istället omvandlades till ett hopp om en ny framtid (Su & Chen, 2006), (McCarthy, 2008).

Oförmågan att kunna bli gravid och bilda familj är stressande för dem som innerligt längtar efter föräldraskapet. Utöver den biologiska stressen uppstår också stress som en psykologisk biverkning vid infertilitetsbehandlingen. Fertilitetsbehandling såsom in vitro fertilisering (IVF) ger en möjlighet för par att bli föräldrar, emellertid kan dock stressen och den mentala påverkan förvärras under en pågående behandling (Pinborg et al., 2009). Kvinnorna bekräftar detta genom att beskriva att de upplever stress över känslan att tiden står stilla, över hjälplösheten att inte kunna göra annat än att vänta och att inte kunna få det man längtar efter innerligt omedelbart gör att stressen uppstår (Cipolletta & Facciob, 2013). Den stress som kvinnorna upplevde var också förknippad med självkänsla, upplevd hälsa, att förlita sig till läkaren och förväntade kostnader för framtida behandlingar. Stressen som påverkade de psykosociala faktorerna, som självkänsla och upplevd hälsa, var som mest påtagliga i början av den medicinska utredningen och behandlingen (Schneider & Forthofer, 2005).

Tidigare i denna studie berördes ämnet livskris och beskrevs som en period i människans liv då individen drabbats av ångest, sömnsvårigheter och har svårt att känna igen sig själv. I denna kris är det vanligt att människan känner skam över sina tankar och känslor, personen kan utan förvarning eller förklaring börja gråta, och det är vanligt förekommande att individen i detta tillstånd väljer att dra sig undan (Lindbom, 2010). Ämnet livskris används inte utav de drabbade kvinnorna, men upplevelser som ångest, bristande självbild, depression och isolering beskrivs. Ångesten förknippades bland annat med väntan, det aldrig blivande barnet, misslyckande och bristande kontroll över situationen (Cipolletta & Facciob, 2013). Studier visar att de infertila kvinnorna inte sällan upplevde en försämrad livskvalitet, som hörde samman med de negativa känslor de upplevde. Dessa negativa känslor påverkade i vissa fall den personliga identiteten som innebar en förändrad självbild och ledde till att kvinnorna ibland hade svårt att känna igen sig själva. Denna förändrade självbild kunde också påverka det sociala livet och innebära isolering. Infertila kvinnor som varit med om misslyckade infertilitetsbehandlingar kan drabbas av allvarliga depressiva symtom. Låg uppskattning och bristande socialt stöd från familjen, närstående och omgivningen var signifikanta faktorer för allvarliga depressiva symtom (Ried & Alfred, 2013), (Aliyeh & Laya, 2007), (Lund et al., 2009). Upplevelsen av livssorg delades med många utav kvinnorna. Livssorgen inkluderade sorg över att vara barnlös och att vara oförmögen att reproducera sig, att vara oförmögen att föra familjebanden vidare. Det innefattar också sorg över att inte kunna bekräfta relationen och stärka de äktenskapliga banden till sin partner (Johansson & Berg, 2005).

Kriser följer för det mesta ett inneboende förlopp som innefattar chock, bedövning, förnekande, sorg och nyorientering (Cullberg, 2006). Som nämndes ovan så beskriver kvinnorna själva inte någon livskris och talar därför heller inte om något krisförlopp. Vad som ska finnas i åtanke är att flera av de infertila kvinnorna som medverkat i de olika studierna befinner sig mitt uppe i sin infertilitetsprocess och möjliga livskris utan att de vid studietiden varit mentalt medvetna om att det kanske varit så. Detta anser författaren framgår tydligt i studien av Yu och Hayter (2010) där kvinnorna först beskriver en obeskrivlig önskan och längtan efter ett biologiskt barn för att i ett senare skede försöka finna fördelarna med den ofrivilliga barnlösheten. Författarens tolkning är att dessa kvinnor kan tänkas befinna sig i ett pågående krisförlopp i sorgbearbetningsfasen. Flera studier belyser hur kvinnorna i ett senare skede i sin infertilitetsprocess försöker blicka framåt och skapa sig en ny framtid utan barn (McCarthy, 2008), (Ried & Alfred, 2013), (Su & Chen, 2006). Detta skulle kunna vara en beskrivning av en kvinna som befinner sig i nyorienteringsfasen under en pågående livskris.

Barnmorskan har under parets hela infertilitetsprocess en samtalande och känslomässigt stödjande roll. Hjälpen som kvinnan behöver måste inte komma från en person inom vården, utan kan förmedlas av den som finns närmast till hands. Det gäller för psykoterapeuten, barnmorskan eller medmänniskan att lugnt, avspänt, engagerat och respektfullt lyssna och insistera på att det finns hjälp att bearbeta alla känslor och tankar. Att hitta olika alternativ till att kunna handskas med den nya livssituationen sker oftast inte samma dag eller ens samma månad, men växer så småningom fram. Lyssnandet gör att kvinnan kan samla ihop sina tankar och känslor och efter en tid hitta sig själv och börja orientera sig mot en ny framtid (Lindbom, 2010). Som nämnts ovan hade några kvinnor vänt sig till sjukvården för stöd och rådgivning, men det framgår även i deras berättelser att i vissa fall även funnit hjälpen och stödet hos sin partner, en nära vän eller någon annan närstående (Ried & Alfred, 2013). Kvinnorna i de olika studierna hade var och en ett individuellt tillvägagångssätt då de kom till den punkten att de var tvungna att börja ordna en ny framtid för sig själva. Ett par kvinnor beskrev hur de försökte omvandla hoppet om ett barn till ett hopp om en ny framtid, och försökte se det som en möjlighet till något bättre (Su & Chen, 2006), (McCarthy, 2008).

Slutsats

Det framgår tydligt att ofrivilligt barnlösa kvinnor oberoende av etnicitet påverkas både psykiskt och socialt av sin infertilitet. Infertilitet är ett globalt problem oberoende av kultur, religion och socioekonomisk status. Moderskapet är en central och viktig del i kvinnornas liv och identitet, och tar upp stor del av deras existens. Att vara ofrivilligt barnlös upplevs som en stor påfrestning som kan leda till psykisk- och social ohälsa hos den infertila kvinnan. Kvinnornas psykologiska upplevelser kretsar till stor del kring psykisk stress och ångest. De sociala upplevelserna handlar till stor del om isolering och stigmatisering, och påverkas av samhällets och kulturens syn på infertilitet. Kvinnorna nämner inte ordet livskris i sina berättelser, men det är enligt författaren uppenbart att det i vissa fall är en livskris de befinner sig i. Det framgår i resultatet att det är av stor vikt att de drabbade kvinnorna får stöd och hjälp under sin infertilitetsprocess och att de finner en strategi som kan hjälpa dem att hantera situationen.

Klinisk tillämpbarhet

Denna litteraturöversikt har bidragit med kunskap om kvinnors upplevelse av sin infertilitet och hur den psykiskt och socialt drabbat dem. Den nya kunskapen berättar för oss vart våra hjälpinsatser behövs och på vilket sätt vi kan hjälpa kvinnorna. Om vi som professionella och medmänniskor förbättrar vår stödjande roll genom att avslappnat men aktivt och respektfullt lyssnar till de drabbade kan det generera i ett bättre välmående hos kvinnorna. De kan då lättare samla sina tankar och hitta en strategi som ett redskap att hantera sin livssituation. Samhället behöver också förbättra sin syn på infertilitet för att förebygga isolering och stigmatisering.

Förslag till vidare forskning

Det framgår i studien att det finns en bristande kunskap globalt om kvinnors fertilitet och om infertilitet, bland annat om vad som definieras som infertil, när man bör söka hjälp för sin infertilitet och vad det kan innebära att vänta med att skaffa bar. Det behövs forskning som granskar hur stor okunskapen kring detta faktiskt är, men även forskning som kan bidra med den kunskap om detta som saknas. Det framgår i studien att den stödjande rådgivningen som vården erbjuder kan förbättras, men också att samhällets och de anhörigas stöd ibland brister. Det behövs forskning som studerar hur de infertila kvinnorna faktiskt upplever stödet de får ifrån vården, samhället och de närstående.

REFERENSER

- Ajayi, R.A och Dibosa-Osador, O.J. (2011). Stakeholders' views on ethical issues in the practice of in-vitro fertilisation and embryo transfer in Nigeria. *African Journal of Reproductiv Health*, 15(3), 73-80.
- *Aliyeh, G och Laya, F. (2007). Quality of life and its correlatives among a group of infertile Iranian women. *Med Sci Monit*, 13(7), 313-317.
- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C och Möller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of *in vitro* fertilization? *Human Reproduction*, 20(10), 2969–2975.
- Audu, B.M., Massa, A.A., Bukar, M., El-Nafaty, A.U och Sa'ad, S.T. (2009). Prevalence of utero-tubal infertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 29(4), 326–328.
- Barnmorskeförbundet. (2014). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 6 februari, 2015, från barnmorskeförbundets hemsida, <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>
- *Behboodi-Moghadam, Z., Salsali, M., Eftekhar-Ardabily, H., Vaismoradi, M och Ramezanzad, F. (2013). Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, 41–46.
- Bello, F.A., Akinajo, O.R och Olayemi, O. (2014). In-vitro fertilization, gamete donation and surrogacy: perceptions of women attending an infertility clinic in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Reproductiv Health*, 18(2), 27-33.
- Bergqvist, A (2010). Endometrios. Gottlieb, C & von Schoultz, B (Red.), *Öppenvårdsgynekologi* (ss. 51-68). Stockholm: Liber.
- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E och Andersson, U-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, I (2011). Fertilitetsutredning. Jansson, P och Landgren B-M (Red.), *Gynekologi* (ss. 117-126). Lund: Studentlitteratur.
- Brännström, M (2011). Myom. Jansson, P och Landgren B-M (Red.), *Gynekologi* (ss. 271-276). Lund: Studentlitteratur.
- *Cipolletta, S och Facciob, E. (2013). Time experience during the assisted reproductive journey: a phenomenological analysis of Italian couples' narratives. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(3), 285–298.
- Cullberg, Johan (2006): *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur
- Dondrop, W.J., De Wert, G., Pennings, G., Shenfield, F., Devroey, P., Tarlatzis, B., Barri, P och Diedrich, K. (2012). Oocyte cryopreservation for age-related fertility loss. *Human reproduction*, 27(5), 1231-1237.

- Dondrop, W.J och De Wert, G. (2009). Fertility preservation for healthy women: ethical aspects. *Human reproduction*, 24(8), 1779-1785.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3: uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Gottlieb, C (2009). ... Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I och Lundgren, I. Lärobok för barnmorskor (ss.553-?). Lund. Studentlitteratur.
- *Johansson, M och Berg, M. (2005). Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Nordic College of Caring Sciences*, 19, 58–63.
- Karlsson, E.K. (2012). *Informationssökning*. Henricson, M. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad.
- Langdridge, D., Connolly, K., och Sheeran, P. (2000). Reasons for wanting a child: a network analytic study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 18(4), 321-338.
- *Lechner, L., Bolman, C och van Dalen A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1), 288–294.
- Lindbom, L. (2010). *Livskriser*. Hämtad 8 Februari, 2015, från <http://www.samtal.nu/psykologi/livskris.htm>
- *Loke Y, A., Yu, P-L och Hayter, M. (2010). Experiences of sub-fertility among Chinese couples in Hong Kong: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 504–512.
- *Lund, R., Sejbaek, C.S., Christensen, U och Schmidt, L. (2009). The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human Reproduction*, 24(11), 2810–2820.
- *McCarthy, M.P. (2008). Women's Lived Experience of Infertility After Unsuccessful Medical Intervention. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(4), 319-324.
- *Mumtaz, Z., Shahid, U och Levay, A. (2013). Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. *Reproductive Health*,
- Murage, A., Muteshi, M.C och Githae, F. (2011). Assisted reproduction services provision in a developing country: time to act? *Fertility and Sterility*, 96(4), 66-71.
- Nilsson, L (2011). Assisterad befruktning. Jansson, P och Landgren B-M (Red.), *Gynekologi* (ss. 131-135). Lund: Studentlitteratur.
- *Obeisat, S., Gharaibeh, K.M., Oweis, A och Gharaibeh, H. (2012). Adversities of being infertile: the experience of Jordanian women. *Faculty of Nursing*, 98(2), 444-449.
- Pantasri, T och Norman, R.J. (2014). The effects of being overweight and obese on female reproduction. *Human reproduction*, 30(2), 1-6.

*Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J och Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24(7), 1656–1664.

Peterson, B., Pirritano, M., Tucker, L och Lampic, C. (2012). Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Human Reproduction*, 27(5), 1375-1382.

Pinborg A, Hougaard CO, Nyboe AA, Molbo D, Schmidt L. Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Human Reproduction*, 24, 991–999.

*Ried, K och Alfred, A. (2013). Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking Traditional Chinese Medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: a mixed methods approach. *BMC Women's Health*, 13, 1-11.

Sand, O., Sjaastad, O., Haug, E och Bjålie, J. (2007). Människokroppen – fysiologi och anatomi. Stockholm. Liber

*Schneider, G.M och Forthofer, S.M. (2005). Associations of Psychosocial Factors with the Stress of Infertility Treatment. *Health & Social Work*. 30(3), 183-191.

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 6 februari, 2015, från socialstyrelsens hemsida, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf

Stoop, D., Maes, E., Polyzos, N.P., Verheyen, G., Tournaye, H & Nekkebroeck, J. (2015). Does oocyte banking for anticipated gamete exhaustion influence future relational and reproductive choice? A follow-up of banker and non-bankers. *Human reproduction*, 30(2), 338-344.

*Su, T-J och Chen, Y-C. (2006). Transforming Hope: The Lived Experience of Infertile Women Who Terminated Treatment After in Vitro Fertilization Failure. *Journal of Nursing Research*, 14(1), 46-54.

*Tabong, P.T-N och Adongo, P.B. (2013). Infertility and childlessness: a qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 72(13), 1471-2393.

Tan, T.Y., Lau, M.S., Loh, S.F och Tan, H.H. (2014). Female ageing and reproductive outcome in assisted reproduction cycles. *Singapore Medicine Journal*, 55(6), 305-309.

Tyde ´n, T., Skoog Svanberg, A., Karlström, P-O., Lihoff, L och Lampic, C. (2006). Female university students' attitudes to future motherhood and their understanding about fertility. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 11(3), 181-189.

Vetenskapsrådet (2014) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-vetenskaplig forskning*. Hämtad den 21 januari, 2015, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Volgsten, H., Svanberg Skoog, A och Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(10), 1290-1297.

Vårdförbundet. (2013). *Att arbeta som barnmorska*. Hämtad 9 februari, 2015, från vårdförbundets hemsida, <https://www.vardforbundet.se/Min-profession/Barnmorska/Att-arbeta-som-barnmorska/>

Willman, Stoltz och Bahtsevani. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga. 1.Artikelmatris.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Aliyeh, G och Laya, F. (2007). Iran.	Quality of life and its correlatives among a group of infertile Iranian women.	Syftet med studien var att undersöka kvinnors hälsorelaterade livskvalitet och dess samband i en grupp av infertila kvinnor	En kvantitativ tvärsnittsstudie med enkäter, där materialet statistiskt analyserats.	n = 192 (eventuella bortfall anges inte)	Ekonomisk- och psykologisk press från samhället och familjen hade ett starkt samband med kvinnornas försämrade livskvalitet.	II (P)
Behboodi-Moghadam, Z., Salsali, M., Eftekhar-Ardabilly, H., Vaismoradi, M och Ramezanzad, F. (2013). Iran.	Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study.	Syftet med denna studie var att undersöka och beskriva infertila Iranska kvinnors erfarenheter rörande infertilitet.	En kvalitativ design baserad på semistrukturerade intervjuer gjorda på infertila kvinnor som sökte infertilitets behandling på ett infertilitets behandlande center för primärt infertila i Tehran, Iran. Alla deltagarna intervjuades i privata rum utan närvaro av sin partner. Intervjuerna varade mellan 45-90 minuter. Intervjuerna utformades först på persiska och översattes sen till engelska. Varje intervju spelades in och överfördes och översattes sedan ordagrant och analyserades samtidigt genom en innehållsanalys.	n = 10 kvinnor (eventuella bortfall anges inte)	Kvinnorna beskrev misshandel, äktenskaplig instabilitet, Social isolering, och förlust av självförtroende.	I (K)
Cipolletta, S och Facciob, E. (2013). Italien.	Time experience during the assisted reproductive journey: a phenomenological analysis of Italian couples' narratives.	Denna studies syfte är att utforskar tidsupplevelsen hos italienska par som genomgår medicinskt assisterad fortplantnings processer.	En kvalitativ studie baserad på semistrukturerade intervjuer med kvinnor och män som var under pågående medicinskt assisterat reproduktivt program på en fertilitetsklinik på ett officiellt sjukhus i norra Italien. Samtliga deltagare är barnlösa. Deltagarna tillfrågades, om de ville delta i studien, utav personalen på kliniken. Intervjuerna följde ett schema med frågor som täckte de teman som forskarna ville undersöka. Intervjuerna varade i 40-55 minuter och ägde rum i olika utrymmen på kliniken. Data analyserades med hjälp av en tolkande fenomenologisk analysmetod.	n = 16, varav 9 kvinnor och 7 män (eventuella bortfall anges inte)	Fyra huvudteman identifierades; Nuet, väntan, hoppet och döden.	I (K)

<p>Johansson, M och Berg, M. (2005). Sverige.</p>	<p>Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment.</p>	<p>Den här artikeln beskriver kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet två år efter avslutad in vitro fertiliserings (IVF) behandling.</p>	<p>En kvalitativ design med öppna intervjuer. Deltagarna var svenska infertila kvinnor som två år tidigare hade avslutat sin IVF-behandling på en infertilitetsklinik på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, Sverige. Deltagarnas namn plockades ut ur en patientdatabas/register, de utvalda mottog sedan ett brev via post och fick sedan väjs om de ville delta eller inte. Deltagarnas ålder var mellan 34-41 år. Intervjuerna ägde rum i ett avskilt utrymme på sjukhuset, och varade mellan 60-70 minuter. Intervjuerna var öppna och avslappnade och endast en öppningsfråga ställdes. De inspelade intervjuerna översattes kort efter i text. Data analyserades med hjälp av en fenomenologiskt tillvägagångssätt.</p>	<p>n = 8 kvinnor (4)</p>	<p>Barnlösheten upplevs som en livssorg, en känsla av tomhet och kyla, smärta och sorg. Barnlösheten beskrivs som en central del av livet. IVF beskrivs som en positiv och viktig del av livet. Kontakt med andra människor beskrivs som mindre viktigt. Hoppet om att åstadkomma en graviditet fortsätter att existera. Försök till att finna andra centrala värden i livet.</p>	<p>I (K)</p>
<p>Lechner, L., Bolman, C och van Dalen A. (2007). Storbritannien.</p>	<p>Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka sammanslutningen av coping-stil och tillfredsställelsegraden avseende socialt stöd från primärstödgrupper med ångest symtom hos ofrivilligt barnlösa individer.</p>	<p>En kvantitativ tvärsnittsstudie där deltagarna bestod av människor som vill ha barn med sin partner men, antingen med eller utan fertilitetsbehandling, inte kunnat åstadkomma en graviditet och hade accepterat den ofrivilliga barnlösheten. Deltagare som hade barn sedan ett tidigare förhållande, var vårdnadshavare åt andra barn (ex. adoption), om de fortfarande var under pågående fertilitetsbehandling, eller om de fortfarande övervägde fertilitetsbehandling så exkluderades de från studien. Information om studien publicerades i nyhetsbrev och på klinikens webbsida. De som blev intresserade av att delta kunde begära en enkät och fick det då tilldelat via telefon eller mail. De besvarade enkäterna skickades tillbaka anonymt via mail. Genomsnittsåldern var 39 år. Fem olika mätinstrument användes till sist för att analysera enkätsvaren.</p>	<p>n = 116, varav 87 kvinnor och 29 män (16st)</p>	<p>Särskilt kvinnorna upplevde mer hälsoproblem, mer ångest och depressionssymtom och mer komplicerad sorg än befolkningen i allmänhet.</p>	<p>I (P)</p>

<p>Loke Y, A., Yu, P-L och Hayter, M. (2010). Kina.</p>	<p>Experiences of sub-fertility among Chinese couples in Hong Kong: a qualitative study.</p>	<p>Denna studie syftade till att undersöka de levda erfarenheterna av subfertilitet bland Chinesiska par i Hong Kong.</p>	<p>En kvalitativ studie baserad på djupa personliga intervjuer med gifta kinesiska infertila par, som var födda i Hong Kong och har bott där hela sina liv. Par som var frivilligt barnlösa exkluderades. Deltagarna rekryterades genom en snöbollskastande teknik. Maken och maken intervjuades separat i parets hus eller i en annan privat miljö, för att minimera att bli avbrutna. Fältanteckningar av de intervjuades ansiktsuttryck, gester eller röstlägen togs som referens till dataanalysen. Intervjuerna varade i 45-90 minuter. Intervjuerna skrevs på kinesiska och översattes sen till engelska. Data analyserades med hjälp av en fenomenologisk analysmetod.</p>	<p>n = 11, varav 7 kvinnor och 4 män (eventuella bortfall anges inte)</p>	<p>De subfertila kvinnorna rapporterade känslor av ofullständighet, skuld, skam och isolering från den fertila världen. Kvinnorna erkände att subfertiliteten medförde konsekvenser i deras äktenskap och ångrade att de inte sökt hjälp tidigare. Vissa hittade andra sätt att ersätta deras förlust och att handskas med situationen, och vissa effektiviserade situationen genom att finna orsaker som var fördelaktiga med att vara barnlösa.</p>	<p>I (K)</p>
<p>Lund, R., Sejbaek, C.S., Christensen, U och Schmidt, L. (2009). Danmark.</p>	<p>The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men.</p>	<p>Avsikten med denna studie var att undersöka huruvida förväntade och upplevda funktionella aspekter av sociala relationer i allmänhet och infertilitet-specifika sociala relationer var förekomsten av de svåra depressiva symtom hos kvinnor och män som inte har lyckats åstadkomma en behandlingsrelaterad födelse eller graviditet vid 1-års uppföljning.</p>	<p>En kvalitativ artikel som ingår i en prospektiv kohortstudie. Intervjuer som analyserats med olika mätinstrument.</p>	<p>n = 695, varav 355 kvinnor och 340 män (2117)</p>	<p>Bland kvinnorna var låg uppskattning från familjen, många konflikter och höga överdrivna krav från familj, vänner och grannar signifikanta faktorer för allvarliga depressiva symtom. Fler kvinnor än män uppgav svåra depressiva symtom efter ett år av misslyckade behandlingar.</p>	<p>I (P)</p>
<p>McCarthy, M.P. (2008). USA.</p>	<p>Women's Lived Experience of Infertility After Unsuccessful Medical Intervention.</p>	<p>Syftet med denna kvalitativa deskriptiva studie vara att utforska fenomenen av kvinnors upplevelser med infertilitets följder av misslyckad medicinsk behandling.</p>	<p>En kvalitativt beskrivande studie. Deltagarna rekryterades genom frivilligt deltagne då de löst om studien i en större nyhetstidning i en stor stad i mellanvästern. Kvinnorna intervjuades i sina hem 2-3 veckor efter accepterat deltagande och varade mellan en och en halv till fyra timmar. Data översattes ordagrant i text och analyserades med hjälp av en hermeneutisk fenomenologisk metod.</p>	<p>n = 22 kvinnor (eventuella bortfall anges inte)</p>	<p>Kvinnorna beskrev hur det är att leva i en existentiell paradox, att placera sig i livets sammanhang, att placera världen i livets sammanhang, hur det är att uppleva isolering, permanent närvaro, att välja att gå vidare och hur man skapar ett annat typ av liv.</p>	<p>II (K)</p>

Mumtaz, Z., Shahid, U och Levay, A. (2013). Pakistan.	Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab.	Syftet med denna studie var att undersöka och jämföra hur genus ideologier, värderingar och förväntningar formar kvinnors och mäns upplevelser av infertilitet i Pakistan.	En kvalitativ studie där ett tolkande och beskrivande tillvägagångssätt använts, metoden var djupa intervjuer. Alla deltagarna intervjuades individuellt i en privat miljö. Varje intervju varade mellan 40 och 90 minuter. Intervjuerna spelades in digitalt och översattes ordagrant till engelska av UM. Materialet analyserades genom tillvägagångssättet av en innehållsanalys.	n = 20, varav 12 kvinnor och 8 män (eventuella bortfall anges inte)	De Pakistanska kvinnornas upplevelser av den ofrivilliga barnlösheten är att den drabbat dem både psykosocialt, socialt, känslomässigt och fysiskt. De har upplevt psykisk och fysisk misshandel och utanförskap.	I (K)
Obeisat, S., Gharaibeh, K.M., Oweis, A och Gharaibeh, H. (2012). Jordanien.	Adversities of being infertile: the experience of Jordanian women.	Syftet med denna studie var att beskriva och tolka de erfarenheter och svårigheter som de infertila Jordanska kvinnorna ställs inför, beskrivna genom deras egna perspektiv.	En kvalitativt beskrivande design studie. De jordanska infertila kvinnorna hade under minst ett års tid försökt att bli gravida men inte lyckats och har till slut sökt hjälp. Kvinnorna kontaktades av forskaren och tillfrågades om de ville delta i studien. Semistrukturerade, djupa, personligen utförda intervjuer genomfördes och varade mellan 30-45 minuter. Intervjuerna ägde rum i ett privat tyst rum och spelades in. Data analyserades med hjälp av en tematisk innehållsanalys.	N = 25 kvinnor (eventuella bortfall anges inte)	Svårigheten med att vara en ofullständig varelse, de sociala svårigheterna av att vara infertil, svårigheterna med en annan fru, svårigheterna med förändringar i äktenskapet är saker kvinnorna upplevt.	I (K)
Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J och Schmidt, L. (2009). Danmark.	The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments.	Syftet var att undersöka den longitudinella inverkan på partner coping hos par efter fem år av misslyckade infertilitetsbehandlingar.	En kvantitativ studie där deltagarna var Danska kvinnor och män som precis skulle påbörja behandling med assisterad befruktning, som sedan följdes under en fem års period med misslyckade behandlingar. Denna studie är en del av Köpenhamns multicentrerade psykosocial infertilitets forsknings program. Data insamlades på infertilitetskliniker på fyra stora sjukhus och en stor privat infertilitetsklinik i Danmark. Alla infertila par som kom till dessa kliniker tilldelades ett slutet kuvert som innehöll information om studien, ett frågeformulär och ett föradresserat kuvert med betalat porto. Svaren skickades till den sistnämnda författaren som inte var anställd på någon utav de berörda infertilitetsklinikerna. Två olika mätinstrument användes för att analysera data.	n = 1481, varav 834 kvinnor och 647 män. (1331)	Kvinnorna upplever personlig ångest, äktenskaplig ångest och social ångest.	I (P)

Schneider, G.M och Forthofer, S.M. (2005)	Associations of Psychosocial Factors with the Stress of Infertility Treatment.	Syftet med denna studie var att undersöka psykosociala faktorer som förknippas med upplevd stress under pågående fertilitetsbehandling.	En kvalitativ studie som baseras på sekundäranalys av framtagen data från studien av äktenskap, familj och livskvalitet (Abby, Halm & Andrews, 1992). Separata, en timme långa, personliga intervjuer genomfördes med fertila par i södra Michigan som rekryterats från infertilitetsspecialister. Uppföljande intervjuer skedde via telefon. Deltagarna befann sig i olika stadier av medicinska diagnoser och behandlingar, men de som var under pågående assisterad reproduktiv behandling då data insamlades exkluderades. Olika mätinstrument och logistiska regressionsanalyser användes vid analys av data.	n = 128 (eventuella bortfall anges inte)	Kvinnorna i studien upplevde stress, försämrat självförtroende och bristande socialt stöd.	II (K)
Ried, K och Alfred, A. (2013). Australien.	Quality of life, coping strategies and support needs of women seeking Traditional Chinese Medicine for infertility and viable pregnancy in Australia: a mixed methods approach.	I denna studie utvidgar vi vårt tidigare publicerade resultat av kvinnors erfarenheter med infertilitet eller svårigheter att åstadkomma en graviditet som hade sökt traditionell Kinesisk medicinsk terapi i Australien, och fokuserar på kvinnors livskvalitet, copingstrategier och stödjande behov.	En studie med blandat metod baserad på både enkäter och intervjuer. Intervjuerna analyserades genom ett tematiskt arbetssätt och enkäterna analyserades genom beskrivande statistik.	n = 25 kvinnor (eventuella bortfall anges inte)	Kvinnorna uppgav både genom enkäter och intervjuer att livskvaliteten äventyras på grund av en hög nivå av ångest, skuld, sorg och frustration som orsakas av infertiliteten.	I & I (K) & (P)
Su, T-J och Chen, Y-C. (2006). Taiwan.	Transforming Hope: The Lived Experience of Infertile Women Who Terminated Treatment After in Vitro Fertilization Failure.	Syftet med denna studie var att undersöka de levda erfarenheterna hos infertila kvinnor som avslutat behandlig efter in vitro fertiliserings (IVF) misslyckanden.	En kvalitativ studie design som baserats på telefonintervjuer gjorda med infertila kvinnor som avslutat sin fertilitetsbehandling, på ett medicinskt center i norra Taiwan. Intervjuerna varade i 30-60 minuter och spelades in. Data analyserades med hjälp av en fenomenologisk tolkande forskningsstrategi.	n = 24 kvinnor (eventuella bortfall anges inte)	Kvinnornas upplevelser resulterade i att acceptera verkligheten som infertil, att erkänna de begränsningar som en högteknologisk behandling involverar och att återidentifiera sin framtid.	I (K)

<p>Tabong, P.T-N och Adongo, P.B. (2013). Ghana.</p>	<p>Infertility and childlessness: a qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana.</p>	<p>Syftet var att undersöka erfarenheterna hos infertila par i norra Ghana.</p>	<p>En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer där både djupa intervjuer, fokusgrupps diskussioner och key informant intervjuer användes som metod. Fyra tränade intervjuare användes vid datainsamlingen. De manliga intervjuarna intervjuade männen och de kvinnliga intervjuarna intervjuade de kvinnliga deltagarna. Under en djup intervju förekommer sociala interaktioner som ras, klass och ojämlikhet mellan könen, för att övervinna dessa utmaningar har forskarna tagit hänsyn till homogenitet.</p>	<p>n = 33, varav 18 kvinnor och 15 män (2 tillkom)</p>	<p>Kvinnorna i norra Ghana upplever sig deprimerade, frustrerade, oro, avundsjuka, ilska, olyckliga, negativ inverkan på den sexuella relationen till sin partner, hos vissa ett bristande stöd från familjen, stress och social stigmatisering.</p>	<p>I (K)</p>
------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

Bilaga 2. Bedömningsunderlag.

Tabell 1. 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 urvals-process; 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.

Referenser

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

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