



Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Individens upplevelser av ofrivillig barnlöshet i samband med utredning och behandling

En litteraturstudie

Författare: Johanna Arvidsson

Malin Grönqvist

Handledare: Marita Eriksson

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp

Kandidat VT 2012

Arbetets titel	Individens upplevelse av ofrivillig barnlöshet i samband med utredning och behandling. En litteraturstudie. Individuals experiences of involuntary childlessness during investigation and treatment. A Literature review.
Författare	Johanna Arvidsson, Malin Grönqvist
Handledare	Marita Eriksson
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för Omvårdnad, Hälsa och Kultur
Arbetets art	Examensarbete, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	VT 2012
Antal sidor	42

Background: One in ten couples suffers from some form of involuntary childlessness or infertility in Sweden. Involuntary childlessness or infertility is when an individual or a couple has a desire for a child but are unable to conceive on their own. To suffer from involuntary childlessness can be a mental strain that can result in a personal crisis, where the existential issues become central and contested. Regardless of the reason for their changed life world is because of involuntary childlessness or infertility, it is always important for the nurse to have an understanding of individual's life-changing world and experiences.

Aim: The aim of the study was to describe men and women experiences of involuntary childlessness during investigation and treatment.

Method: Selected method was a literature review. The study was based on articles from systematic and unsystematic searches in databases and analyzed from the chosen method.

Results: Four main themes emerged from the analysis, 'The changing life-world', 'The mental strain', 'Perceptions of relationships and social life' and 'experiences related to treatment'.

Conclusion: Being involuntarily childless and infertile create a mental, physical and social stress. Clinically, this means a responsibility to offer a personalized support. For the nurse it is important to have an understanding of individual life-world and how the involuntary childlessness affects them.

Keywords: Care, Childlessness, Crisis, Experiences, Feelings and Infertility.

Barnlöshet, Infertilitet, Kris, Känslor, Omvårdnad och Upplevelser.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	2
Infertilitet, utredning och behandling	2
Lagar och förordningar.....	4
Teoretiska begrepp	4
<i>Hälsa</i>	4
<i>Lidande, traumatisk kris och livsvärld</i>	5
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Litteratursökning	7
<i>Urval</i>	9
Analys.....	10
Resultat	11
Tabell 1.....	11
Upplevelser i samband med den förändrade livsvärlden.....	12
<i>Barn är livets mening</i>	12
<i>Att få bära och föda ett eget barn</i>	13
<i>Barnlösheten blev en central del av livet där allt annat läggs åt sidan</i>	14
Upplevelser av den psykiska påfrestningen vid ofrivillig barnlöshet	15
<i>Barnlösheten orsakade känslor av sorg och maktlöshet</i>	15
<i>En smärtsam erfarenhet</i>	16
<i>Stressen av att bilda en biologisk familj</i>	17
<i>Perioder av depression</i>	18
<i>Känslor av skuld och skam</i>	19
Upplevelser av relationer och det sociala livet.....	19
<i>Den förändrade relationen</i>	20
<i>Förändrat sexuellt samliv</i>	20
<i>Betydelsen av kommunikation mellan paren</i>	21
<i>Att byta erfarenheter</i>	22

<i>Stöd från sin partner</i>	22
<i>Vikten av stöd och förståelse från omgivningen</i>	23
<i>Utanförskap och isolering bland vänner och bekanta</i>	24
<i>Avundsjuka och avståndstagande</i>	25
Upplevelser relaterat till behandlingen	26
<i>Ett pausat liv</i>	26
<i>Att pendla mellan hopp och besvikelse</i>	27
<i>Förlust och förlorad kontroll</i>	28
<i>Kroppens förändringar</i>	29
<i>Information och bemötande från vårdpersonalen</i>	29
Diskussion	32
Metoddiskussion.....	32
Resultatdiskussion.....	33
Fortsatt forskning	36
Konklusion	37
Referenser	38
Bilaga I.....	43
Bilaga II.....	45

Inledning

I Sverige lider var tionde par av någon form av ofrivillig barnlöshet (Socialstyrelsen, 2004). Att drabbas av ofrivillig barnlöshet kan vara en psykisk belastning som kan resultera i att individen drabbas av en livskris, där de existentiella frågorna blir centrala och ifrågasatta (Möller & Bjuresten, 2005). I den svenska kulturen finns olika värderingar, några är att alla bör producera barn och eller försöka producera barn. För många individer spelar barn en stor roll för den egna självbilden. Att ha ett eget barn speglar för många livets mening, vilket gör att den infertila och barnlösa individen kan uppleva utanförskap vid interaktion med andra människor. Den ofrivilliga barnlösheten berör många aspekter av det mänskliga livet vilket i sig ger en förändrad livsvärld. Oavsett om orsaken till den förändrade livsvärlden är på grund av ofrivillig barnlöshet eller ej, är det alltid av betydelse för allmänsjuksköterskan att ha en förståelse för individens förändrade livsvärld och upplevelser. När paren tar kontakt med vården för första gången på grund av sin ofrivilliga barnlöshet sker det vanligtvis på en vårdcentral eller en gynekologimottagning (Möller & Bjuresten, 2005). Att kunna se och lyssna till en individs upplevda livsvärld kan stärka sjuksköterskans empatiska förmåga och på så sätt bidra till att individen känner tillit och förtroende i mötet med sjuksköterskan.

Bakgrund

Robert Edwards och Patrick Steptoes mer än 20 åriga forskning inom reproduktionsmedicin resulterade 1978 i världens första provrörsbarn Louise Brown (Hreinsson et al., 2005). Sedan dess har 4 miljoner barn fötts efter en In vitro fertilisering [IVF] behandling. År 2010 var 40 000 barn i världen födda med hjälp av reproduktionsteknologier. Av alla barn i Sverige är 3 % ett resultat av en IVF behandling (Statens Medicinsketiska Råd, 2010).

Infertilitet, utredning och behandling

Infertilitet och, eller ofrivillig barnlöshet är när en individ eller ett par har en önskan om ett barn men inte kan bli gravida på egen hand. Alltså oförmågan att kunna reproducera en avkomma (Nationalencyklopedin sökord Infertilitet). Orsakerna till den uteblivna graviditeten kan vara många, och kan finnas hos både män och kvinnor. Faktorer som ålder, fetma, kromosomavvikelse, polycystiskt ovariesyndrom, endometriosis, försämrad spermiekvalitet och antal, hormonstörningar är bara några av de orsaker som finns. Det finns även par där det inte går att hitta någon konkret orsak till varför det efterlängtrade barnet dröjer, vilket då benämns som oförklarlig barnlöshet (Hreinsson et al., 2005).

Efter kontakt med vården startas en utredning av både mannen och kvinnan för att på så sätt fastställa och hitta orsaken till den ofrivilliga barnlösheten. Utredningen av kvinnan innefattar dels en omfattande anamnes där frågor kring menstruationscykeln, gynekologiska problem, tidigare graviditeter, tidigare bukingrepp, body mass index, läkemedel, alkoholkonsumtion och rökning innefattas. En utredning inom kvinnans menstruationscykel gör också, där det med hjälp av vaginalt ultraljud görs en kontroll av uterus samt dess aktivitet. I den sena follikelfasen görs ytterligare ett ultraljud för att se att det har växt till en dominerande follikel. Kontroll av att en ovulation har skett görs genom att serumprogesteron analyseras vilket ger information om corpus luteums funktion omkring en vecka efter påvisad luteiniserande hormon-topp. Efter menstruationens slut görs ett vaginalt ultraljud med kontrastvätska för att kontrollera tubarfunktionen. Övriga prover tas för att utesluta infektioner och könssjukdomar. Det görs även en bedömning på ovariereserven eftersom detta ger viktig information inför en

stundande IVF. Kvinnor med en nedsatt ovariereserv har sämre förutsättningar att lyckas med en IVF. Vid speciella indikationer så som misstanke om endometrios, oklar tubarfunktion samt oklara förändringar i ovarierna bör laparoskopi göras (Hillensjö & Nilsson, 2005). En IVF behandling innebär att spermerna befruktar ägget av egen kraft. En annan behandlingsmetod är intracytoplasmic sperm injection [ICSI] där spermerna får hjälp in i ägget vilket betyder att de inte behöver vara simkunniga (Lundin & Mikkelsen, 2005).

Även mannen utreds med en omfattande anamnes där frågor kring tidigare operationer i genitalierna, trauman, tidigare könssjukdomar, droger, rökning, alkohol och exposition av toxiska ämnen ställs. Den kliniska undersökningen innefattar palpation av genitalierna, där storleken, volym, konsistensen och läge på testiklarna och bitestiklarna fastställs. Mannen får lämna in ett spermieprov där volymen, koncentrationen, andel spermier fastläggs samt kontroll av eventuellt ökade andelar leukocyter. Mannen genomgår även han en infektionsscreening. På speciell indikation görs en hormonell utredning samt en genetisk utredning (kromosomanalys) och eventuellt en testisbiopsi, vilket förekommer då mannen har få spermier eller inga alls (Hillensjö & Nilsson, 2005).

Behandlingen för infertilitet varierar beroende på orsaken, men själva behandlingen inför en assisterad befruktning är likvärdig när det gäller hormonell nedreglering vilket innebär att kroppen försätts i ett tidigt klimakterium där kvinnans egna könshormoner nollställs. När kvinnans kropp har inträtt i ett konstlat klimakterium startar hormonstimuleringen där målet är att styra follikeltillväxten så att det bildas omkring 10-14 mogna ägg. Detta görs genom att kvinnan själv injicerar hormoner i buken under en vecka till fjorton dagar. Dosen bestäms utifrån kvinnans normala hormonnivå och orsaken till den ofrivilliga barnlösheten (Nilsson & Hillensjö, 2005). När äggen växt till rätt storlek görs en follikelaspiration vilket innebär att äggen aspireras ut ur äggstocken med hjälp av en sugkanyl. Äggen befruktas sedan med vald assisteringsmetod och förvaras i odlingskålar i tre till fem dagar innan insättning av det befruktade ägget sker, detta kallas för embryotransfer. Oturligt nog är det inte alltid en befruktning och tillfredställande celledelning sker, vilket gör att proceduren med hormonbehandling måste göras igen i en senare cykel (Lundin & Mikkelsen, 2005).

Behandling kan även ske via insemination vilket är det vanligast använda behandling. Det går ut på att öka antalet spermier att nå ut i äggledaren och befrukta ägget. Kvinnan insemineras med spermier via en kateter i uterus under ägglossning. Kroppen tar sedan själv hand om den eventuella befruktningen (Andersen, 2005).

Lagar och förordningar

Inom området reproduktion finns det en rad lagar och föreskrifter som styr bland annat den assisterade befruktningen.

- Lagen om insemination 1984:1140 innebär att insemination endast får utföras om kvinnan är gift eller sambo, och i samtycke med sin partner. Lagen tar hänsyn till medicinska, psykologiska och sociala förhållanden vid beslut om insemination. Lagen behandlar även insemination med donatorspermier och vilka regler och föreskrifter som gäller då (Sveriges Riksdag, 2006).
- Föräldrabalken 1984:1139 står för lagar om hur uppgifter om insemination ska lämnas ut (Sveriges Riksdag, 2012).
- Sekretesslagen 1984:1141 Föreskrifter & allmänna råd SOSFS 1987:6, 1989:35 (Statens Medicinsketiska Råd, 2010).
- Lagen om genetisk integritet (2006:351) behandlar människans integritet vid insemination och befruktning utanför kroppen. Lagen bestämmer också hur handel med humanbiologiskt material får gå till (Sveriges Riksdag, 2006)

Teoretiska begrepp

Hälsa

Hälsa betecknas som graden av funktionell och eller metabolisk effektivitet hos en organism (Ahmadi, 2008). Världshälsoorganisationen [WHO] definierar hälsa som välbefinnande. Individens fysiska, andliga, psykiska och sociala funktioner blir då utgångspunkter för den upplevda hälsan. WHO:s definition av hälsa innebär att individen känner ett tillstånd av fullständig fysisk, psykisk och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom (World Health Organization - Mental Health, 2012). Däribland den reproduktiva hälsan, som innebär att individen skall ha förmågan att reproducera, samt även ha friheten att bestämma

om, när och hur ofta detta skall ske. I praktiken innebär det att infertilitet men framförallt ofrivillig barnlöshet kan ses som ett tillstånd med avsaknad av fullständig hälsa (World Health Organization - Reproductive Health, 2012). Ahmadi (2008) menar på att hälsa inte kan betraktas som ett tillstånd utan är en process av kontinuerlig anpassning av processer i livet. Det är viktigt att skilja på hälsa och ohälsa som är två olika perspektiv då hälsa fokuserar på människans allmänna tillstånd till skillnad från ohälsa som riktar sig mot särskilda delar av människoorganismen. Hälsa ser på människan som en helhet där välbefinnande är en del av den upplevda hälsan.

Lidande, traumatisk kris och livsvärld

Lidandet förekommer i olika former så som livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande (Eriksson, 1993). Människans lidande måste ses och bekräftas (Eriksson, 1994). Lidandet förknippas med livssituationen och levandet i alla dess faser och former (Dahlberg et al, 2003). Lidande kan uppkomma under livets gång och inbegriper svårigheter av olika slag. Lidandet är oundvikligt och hör till människans existens (Dahlberg, 2002). Att se och bekräfta lidande avgör betydelsen för att möjliggöra välbefinnande (Ekeberg, 2009). Lidandet bör ges tid och rum, där det professionella bemötandet ger utrymme för individen att lida ut (Eriksson, 1994). Erfarenheter beroende på dess innehåll kan skapa ett lidande hos individer, vilket kan medföra ohälsa.

En traumatisk kris utlöses av plötsliga, oväntade yttre händelser och innebär ett hot mot individens existens. I en kris blir den fysiska existensen, sociala identiteten och tryggheten hotade vilket leder till att tillfredsställelse inte fullt möjliggörs. En livskris är en livshändelse av omvälvande eller stark påverkande natur, positiv eller negativ (Psykologiguiden sökord: livskris, 2012). I en kris kan kroppen reagera på olika sätt av den stress som skapas. Det kan till exempel innebära fysiska påfrestningar så som hjärklappning, oregelbunden hjärtrytm, huvudvärk, förstoppning, diarré, menstruationsrubbningar, sömnrubbningar och en mer eller mindre konstant känsla av olust. Alla individer upplever krisen olika. En kris består av fyra faser (Cullberg, 2006).

Chockfasen är den första fasen som varar mellan ett kort ögonblick till några dygn. I chockfasen har individen inte förmåga att bearbeta och förstå det som skett, innerst inne är det kaos hos individen men kan för andra verka välordnade. Minnessvårigheter kan uppstå och vissa individer kan uppföra sig avvikande. Andra fasen kallas reaktionsfasen. Tillsammans med chockfasen utgör de den akuta krisen. Reaktionsfasen börjar då individen har förstått den som hänt. Individens försvarsmekanismer mobiliseras och försöker finna en mening i det som hänt. Frågor som varför och klagan på orättvisa uppstår lätt och individen kan få orealistiska skuldkänslor. Andra reaktioner i den akuta fasen kan vara regression, förnekelse, rationalisering, isolering av känslor, undertryckande av känslor och depression. Bearbetningsfasen är den tredje fasen och här har individen lämnat den akuta krisen. Bearbetningsfasens längd varierar beroende på den inre och yttre betydelsen av traumat. Här börjar individen att vända sig mot framtiden igen och förnekelsemekanismen blir mindre påtaglig. Fjärde och sista fasen i en kris är nyorienteringsfasen. Krisen blir här en del av livet och inte något som ska glömmas bort. Nyorienteringsfasen kan bara uppstå då individen har kunnat försona sig med det som skett och händelsen har bearbetats (Cullberg, 2006).

Livsvärlden är den levda världen, och uppbyggd av erfarenhet och handling. Livsvärldsperspektiv innebär att beskriva, se, förstå och analysera världen utifrån människans egen förståelse (Dahlberg, 2003). Wiklund (2003) menar att livsvärlden är den upplevda världen, den verklighet människan lever i. Detta perspektiv innebär i vården att intresse för individens egen livshistoria och berättelse finns vilket ger en ökad förståelse för individens upplevda värld. Livsvärlden är den värld vi alla upplever i interaktion med varandra (Psykologiguiden, sökord: livsvärld, 2012)

Problemformulering

Ofrivillig barnlöshet kan leda till ett hälsoproblem. Att drabbas av ofrivillig barnlöshet kan ge upphov till existentiella frågor med en förändrad livsvärld som följd. Det är därför av betydelse för sjuksköterskan att få en bild av vilka upplevelser individen har av sin ofrivilliga barnlöshet under pågående och avslutad utredning och behandling, för att på så sätt anpassa bemötandet av individen oavsett i vilket vårdssammanhang.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva kvinnor och mäns upplevelser av ofrivillig barnlöshet under utredning och behandling.

Metod

Vald metod är en litteraturoversikt då syftet var att undersöka kvinnor och mäns upplevelser av ofrivillig barnlöshet. Metoden handlar om att ge en översikt utifrån det kunskapsläge som finns inom det vårdvetenskapliga området. Syftet var att ge en överblick av individers upplevelser av ofrivillig barnlöshet. Förhoppningen är att kunna bidra till en ökad förståelse och kunskap bland vårdpersonal utifrån det resultatet som framkommer. Friberg (2006) menar på att litteraturoversikten ska baseras på vetenskapliga artiklar som har kvalitetsgranskats och analyserats.

Litteratursökning

Litteratursökningen startades med ett så kallat helikopterperspektiv för att skapa en överblick över ämnesområdet. Här togs ingen hänsyn till detaljerna i artiklarna utan arbetsgången var öppen, för att se hur området var representerat. Sökordet som användes var infertility. Sökningarna gjordes i databaserna Cinahl, Psykinfo och Academic Search Elite. Det gjordes även en genomgång av litteraturen i biblioteket på Högskolan Väst genom sökning i bibliotekets katalog Sofia. Databaserna användes då de enligt Friberg (2006) tillhandahåller vårdvetenskapliga artiklar. Utifrån Granskär (2009) ställdes frågan: Vilka sökord ska ingå i sökningen? för att få fram de antal artiklar som bäst svarar på studiens syfte. Se bilaga I.

Som författare ansåg vi att databaserna Cinahl, som behandlar området hälso- och vårdvetenskap, samt att databasen Psykinfo, där beteendevetenskapliga artiklar finns, var aktuella och relevanta för vårt undersökningsområde. Sökningen kompletterades med Academic Search Elite, som enligt Backman (2008) täcker in de flesta akademiska ämnen, samt PubMed, som innehåller medicin och omvårdnadsartiklar. Enligt Polit och Beck (2008) är Cinahl den viktigaste databasen inom ämnet omvårdnad, för sjuksköterskor då den innehåller mer än en miljon vetenskapliga artiklar.

Enligt Östlundh (2006) innebär en systematisk sökning att en struktur skapas för att hantera den tillgängliga informationen och de källor som finns. Det görs genom att tillvägagångssättet av sökningen hela tiden dokumenteras i en loggbok. I arbetet har detta tillvägagångssättet används vid sökning av artiklar, genom att de aktuella sökorden har kombinerats i olika varianter för att optimera träffarna på olika artiklar. Enligt Östlundh (2006) uppnås systematik bäst när sökningarna inleds med enstaka ord för att sedan smalnas av med hjälp av kombinationer eller hjälpverktyg. De olika sökkombinationerna användes i databaserna för att se om sökresultatet uppnått mättnad. Hjälpverktyg och söktekniska finesser i databaserna har utnyttjats genom att använda Peer Rewied, årtal samt var i artikeln sökordet ska finnas. Sökningarna har ursprungligen varit breda för att sedan anta en snävare form. Östlundh (2006) menar att sökningen resulterar i artiklar från vetenskapliga tidsskrifter, när Peer Rewied är ikryssad. Se bilaga I.

Inledningsvis under den systematiska sökningen användes sökorden infertility, care*, nurs*, experience och stress som valdes utifrån studiens syfte. Enligt Östlundh (2006) ska de sökord väljas som bäst representerade problemområdet. Under den systematiska sökningen tillkom även orden quality of life, IVF, psychological experience, lifeworld och childlessness, som hittades i artiklars key words. Vid sökningen användes så kallad boolesk söklogik där operatorn AND användes. Trunkering användes för att optimera antalet träffar på sökorden care och nurs.

Då den systematiska sökningen inte gav tillfredsställande antal artiklar gjordes en osystematisk sökning. Enligt Östlundh (2006) innebär den osystematiska sökningen att

sökningarna i en databas eller på ett bibliotek är mer planlösa, vilket gör att andra vägar hittas för att nå informationen på. Den systematiska sökningen får på så sätt ett komplement (Östlundh, 2006). Osystematiska sökningar av informationskällor har gjorts på elektronisk väg. Detta för att samla in information till förståelsen i bakgrunden. Sökningarna gjordes i sökmotorn Google med infertilitet och ofrivillig barnlöshet som nyckelord. Sökningen resulterade i flertalet träffar. Vid osystematiska sökningar i databaserna användes även sökorden grief och male-factor infertility. Under den osystematiska sökningen användes även databasen PubMed som resulterade i två artiklar.

Urval

Inklusionskriterierna som ingick i studien var män och kvinnor drabbade av ofrivillig barnlöshet oavsett orsak. Män och kvinnor som genomgick eller hade genomgått en utredning och behandling för sin ofrivilliga barnlöshet. Artiklar som behandlade både primär och sekundär barnlöshet. Artiklarna skulle vara Peer Reviewed och skrivna på svenska eller engelska. De skulle uppfylla kraven för att få kallas vetenskapliga artiklar.

Exklusionskriterier var män och kvinnor som levde ensamma. Män och kvinnor som var ofrivilligt barnlösa men som valde att adoptera utan att först genomgå en utredning och behandling. Artiklar skrivna på andra språk än svenska och engelska samt individer som var barnlösa av egen vilja. Inledningsvis var artiklar från 2002 och framåt intressanta. Det utökades till 1987 då den äldsta artikeln som hittades var från det årtalet.

I databasen Psykinfo användes bara avgränsningen Peer Reviewed för att få så många träffar som möjligt. I Cinahl och Academic Search Elite användes både Peer Reviewed och årtalet 2002 som avgränsningar. Sökningarna avslutades då inga nya artiklar kom fram. Av den systematiska sökningen lästes 34 antal artiklar varav sju valdes till studien.

Fyra artiklar som ingick i studien framkom vid osystematisk sökning där årtalet utökades. Sökningarna resulterade i fyra kvalitativa och sju kvantitativa artiklar. Totalt utgjorde elva artiklar underlaget för studien, se bilaga II. Artiklar som exkluderades svarade inte på studiens syfte.

Analys

Analysen av artiklarna gjordes utifrån Fribergs (2006) beskrivning av en litteraturöversikt där analysen bör ske i tre steg. Första steget var att läsa igenom artiklarna flera gånger för att förstå vad de handlade om. Andra steget var att identifiera likheter och skillnader i artiklarnas resultat innehåll där nya teman och kategorier framkom. Tredje och sista steget innebar en sammanställning av resultaten där teman och subteman från steg två sammanställdes (Friberg, 2006).

De valda artiklarna lästes av var och en för att vi på så sätt var och en skulle bilda oss en egen uppfattning. Allt i artiklarnas resultatdel som svarade på studiens syfte klipptes ut och lades tillsammans i ett kuvert. När alla artiklar hade bearbetats sammanställdes urklippen till kategorier som lades i olika kuvert beroende på vad de handlade om. För att se vilket urklipp som tillhörde vilken artikel numrerades artiklarna med siffror som sedan skrevs på urklippet. I detta andra steget framkom likheter och skillnader. Inget bortfall förekom under analysen. För att i tredje steget bilda teman lades de kategorierna tillsammans som handlade om liknande saker. I sammanställningen framkom fyra huvudteman.

Resultat

När artiklarna analyserades framkom fyra huvudteman som alla belyste individers upplevelser av ofrivillig barnlöshet under utredning och behandling. Inom varje huvudtema framkom det subteman där resultatet presenteras i ordningen parens upplevelser, kvinnornas upplevelser och männens upplevelser. Nedan är en tabell som visar huvudtema samt subteman.

Tabell 1

Huvudtema	Subtema
Upplevelser i samband med den förändrade livsvärlden	Barn är livets mening
	Att få ära och föda ett eget barn
	Barnlösheten blev en central del av livet där allt annat läggs åt sidan
Upplevelser av den psykiska påfrestningen vid ofrivillig barnlöshet	Barnlösheten orsakade känslor av sorg och maktlöshet
	En smärtsam erfarenhet
	Stressen av att bilda en biologisk familj
	Perioder av depression och negativa känslor
	Känslor av skuld och skam
Upplevelser av relationer och det sociala livet	Den förändrade relationen
	Förändrat sexuellt samliv
	Betydelsen av kommunikation mellan paren
	Att byta erfarenheter
	Stöd från sin partner
	Vikten av stöd och förståelse från omgivningen
	Utanförskap och isolering bland vänner och bekanta

	Avundsjuka och avståndstagande
Upplevelser relaterat till behandlingen	Ett pausat liv
	Att pendla mellan hopp och besvikelse
	Förlust och förlorad kontroll
	Kroppens förändringar
	Information och bemötande från vårdpersonalen

Upplevelser i samband med den förändrade livsvärlden

Individerna upplevde en förändrad livsvärld när den ofrivilliga barnlösheten blev ett faktum redan under utredningen. Funderingar kring livets mening och andra existentiella frågor blev centrala och fokus lades på utredningar och behandlingar vilket gjorde att karriärer och andra planer i livet lades åt sidan. Funderingar kring betydelsen av ett biologiskt barn och vikten av en graviditet blev framträdande. Individerna i studierna ansåg att barn var meningen med livet och många av paren blev chockade när de fick sin infertilitetsdiagnos och började ifrågasätta livets mening.

Barn är livets mening

Individerna ansåg att barn var meningen med livet.

En del par trodde att de skulle kunna få barn när de väl bestämt sig för bilda familj men när deras förväntningar inte överrensstämde med verkligheten började paren ifrågasätta livets mening vilket ledde till många känslor (Glover, McLellan, & Weaver, 2009). Paren uttryckte att infertiliteten kom som en överraskning då de tyckte att de levde ett hälsosamt liv (Imeson, & McMurray, 1996). Meningen med livet ansågs vara att reproducera och försäkra familjen fortsatta existens (Johansson, & Berg, 2005). Reproduktionen sågs som en naturlig process och en del av livet. När livsplanerna inte blev som individerna tänkt ifrågasattes meningen

med livet och var engagemanget låg (Glover et al., 2009). Upplevelsen av att behöva kompromissa för sin livsstil under utredning och behandling motiverades med att ett barn skulle ge mening och syfte med livet. Paren upplevde att livet hade ändrats och att behandlingen kom först, allting annat kom i andra hand (Imeson & McMurray, 1996). Infertiliteten hade ändrat deras liv, där individerna kände sig tvingade att försöka med alla möjliga vägar för att uppnå ett föräldraskap (Imeson & McMurray, 1996). Paren hade klara och detaljerade livsplaner åren framöver, vilket gjorde att fertilitetsproblemen orsakade stor upprördhet (Glover et al., 2009).

Att få ett barn var det huvudsakliga fokuset i livet och det upplevdes viktigare för kvinnorna att få barn än för männen (Holter, Anderheim, Bergh & Möller, 2006 ; Hjelmstedt, Andersson, Skoog-Svanberg, Bergh, Boivin & Collins, 1999). Kvinnor beskrev hur fertiliteten var den mest centrala och viktigaste delen av livet och hur tankarna kring det tog upp en stor plats i deras existens (Glover et al., 2009).

Männen beskrev att barn ger en mening med livet och att allt handlar om att få ett barn (Imeson, & McMurray, 1996 ; Glover et al., 2009). De hade också en särskild benägenhet att tro på ödet i livet. Fler män än kvinnor som aldrig tänkt på att skaffa barn tidigare upplevde sig mindre påverkade av infertilitetsproblematiken. De par som accepterade situationen kunde undvika de extremt negativa känslorna som uppstod (Glover et al., 2009).

Att få bära och föda ett eget barn

Individerna ansåg det viktigt att försöka få ett biologiskt barn. Det var först om behandlingarna inte lyckades som individerna kunde överväga andra alternativ.

För många av paren var det viktigt att de själva stod för barnets biologiska ursprung. Strävan efter ett biologiskt barn bidrog till personliga kostnader som individerna accepterade. Även om alla par frivilligt valde att genomgå behandling upplevde paren att de inte fanns något alternativ. Alternativet var att inte få ett biologiskt barn vilket ansågs otänkbart (Glover et al., 2009).

Kvinnorna reflekterade över vad som skulle hända om den medicinska behandlingen misslyckades och de var i större utsträckning än männen beredda på att utforska alternativen till ett biologiskt föräldraskap (Glover et al., 2009).

Graviditeten ansågs vara en viktig upplevelse.

Känslor av ilska och bitterhet kom över paren då de inte kunde åstadkomma något så naturligt och normalt som en graviditet (Glover et al., 2009). Graviditeten sågs som en bekräftelse av relationen individen levde i (Johansson, & Berg, 2005). För kvinnor var den gravida processen och förlossningen viktiga element i upplevelsen att bli mamma. Kvinnorna ansåg att graviditeten var viktig i upplevelsen av att bli förälder (Glover et al., 2009).

Barnlösheten blev en central del av livet där allt annat läggs åt sidan

Studierna visar på att individerna påverkades starkt av sin barnlöshet.

Inför utsikten av barnlöshet började paren utvärdera hur viktigt föräldraskapet var för dem (Glover et al., 2009).

Kvinnorna upplevde att hela deras existens var fylld av barnlösheten med fokus på ägglossning och menstruation, vilket gjorde att allting annat kom i andra hand. De menade att barnlösheten blev en central del i livet (Johansson, & Berg, 2005). Kvinnorna upplevde att de hade förändrats som människor på grund av barnlösheten (Imeson & McMurray, 1996). Kvinnorna anklagade sina män när de inte uttryckte lika starka känslor kring barnlösheten (Malik & Coulson, 2007). Det fanns överlag en starkare barnlängtan hos kvinnorna än hos männen vilket gjorde att kvinnorna blev mer känslomässigt påverkade av barnlösheten än vad männen blev (Holter et al., 2006)

Paren upplevde att de mognat av sina upplevelser kring barnlösheten (Imeson & McMurray, 1996). Både kvinnor och män upplevde att de utvecklats personligen på grund av sin infertilitet (Hjelmstedt et al., 1999). Individerna upplevde att de nått en personlig mognad på grund av den ofrivilliga barnlösheten (Glover et al., 2009).

Deltagarna satte karriär och andra planer åt sidan till förmån för behandlingar.

Paren uttryckte villighet att ändra eller överge livsstil, karriärer eller semestrar till förmån för behandling eller graviditet. Karriären blev satt åt sidan. Följder för beslut om karriären försvårades av ovissheten av en graviditet. En del par var tvungna att ta lån för att genomgå behandling vilket betydde att de måste betalas tillbaka även om behandlingen inte resulterar i en graviditet. Korta planer som exempelvis semestrar men även framtidsplaner blev påverkande av infertilitetsbehandlingen, likaså kostnaderna kring behandlingen (Imeson & McMurray, 1996).

Upplevelser av den psykiska påfrestningen vid ofrivillig barnlöshet

Den psykiska påfrestningen tog sitt uttryck i känslan av sorg, smärta, stress, perioder av depression och negativa känslor så som otillräcklighet, avundsjuka, ilska, ångest, skuld, skam och maktlöshet. Individerna uttryckte att infertilitetsproblemen orsakade upprördhet som tog sitt uttryck i känslor av bitterhet och orättvisa (Glover et al., 2009).

Barnlösheten orsakade känslor av sorg och maktlöshet

Individerna upplevde känslor av maktlöshet. Känslor av maktlöshet som ett resultat av påtvingade ändringar, genomsyrade många aspekter av individernas liv.

En del par upplevde maktlöshet (Imeson & McMurray, 1996). Av de kvinnor som inte blev gravida upplevde kvinnorna och männen starkare känslor av maktlöshet (Holter et al., 2006)

Individerna i studierna uttryckte känslor av sorg som de sammanfattande som en slags livssorg.

Sorgen visade sig öka med åldern. Protestanter tycktes anpassa sig bättre till infertilitet än vad människor i övriga religioner gjorde. Sorg och smärta var det som blev den huvudsakliga

verkan av infertilitet (McEwan, Costello & Taylor, 1987). Paren använde sig av uttrycket sorg som ett uttryck för kärnan i de sammanlagda känslorna. De upplevde en sorg över att vara barnlösa och inte ha förmågan att kunna föra sitt släkte vidare. En sorg över att inte kunna bekräfta sin relation med sin partner genom föräldraskapet samt att de inte bara skulle hantera sin egen sorg utan även andras besvikelser vid ett misslyckat behandlingsförsök vilket upplevdes både stressande och betungande (Johansson, & Berg, 2005 ; Imeson & McMurray, 1996). Paren berättade om hur omgivningen ofta reagerade när de berättade om sin sorg, de svarade då med att börja prata om sin egen sorg. Att prata öppet om sin sorg bidrog till att nya kontakter skapades (Imeson & McMurray, 1996).

De kvinnor som inte fått en diagnos var mer plågade än kvinnor som hade en diagnos (McEwan et al., 1987). Kvinnor upplevde större sorg än männen och samtidigt som de var bättre på att använda sig av hanteringstrategier (McEwan et al., 1987 ; Morrow, Thoreson & Penney, 1995). Kvinnorna beskrev att de kände sig känslomässigt kalla och tomma med en ständig närvarande sorg och smärta över sin situation (Malik & Coulson, 2007). Upplevelsen av att omgivningen blev mer besvikna än kvinnorna själva när de fick reda på att en behandling misslyckats, bidrog till att kvinnorna själva antog den stöttande och tröstande rollen (Imeson & McMurray, 1996). Kvinnorna beskrev att de blev förkrossade när den första behandlingen inte lyckades (Glover et al., 2009). När ett ägg blivit befruktat upplevdes det som ett foster och när menstruationsblödningen kom kändes det som ett missfall (Johansson, & Berg, 2005).

Männen beskrev en sorg för vad deras partner behövde genomlida (Imeson & McMurray, 1996).

En smärtsam erfarenhet

Känslor av smärta var vanligt förekommande.

De Par som inte förstod orsaken till sin infertilitet tyckte att ovissheten i situationen var smärtsam (Imeson & McMurray, 1996).

Kvinnorna beskrev känslor av tomhet och erfarenheten av barnlösheten som en smärta (Johansson, & Berg, 2005). De rapporterades vara mer känslomässigt missanpassade än männen (Morrow et al., 1995).

Männen upplevde barnlösheten förödande och det kom som en chock när de fick diagnosen infertilitet. De menade på att känslor av otillräcklighet och ilska uppkom. Ilska för det faktum att de inte var fullständiga och hela på grund av att förlorad reproduktionsförmåga. Känslorna av ilska och otillräcklighet upplevdes som värst (Imeson & McMurray, 1996).

Stressen av att bilda en biologisk familj

Stress förekom bland deltagarna och främst i samband med behandlingarna. När en behandling var initierad upplevdes självförtroende, upplevd hälsa och stress som minskade och stressen blev istället associerat med skapandet av en biologisk familj. Stress associerades med behandlingsprocessen. Stressen tycktes öka ju längre behandlingen pågick där självförtroende och kön spelade en avgörande roll i hur stressen upplevdes.

Par upplevde att stressen var relaterad till skapandet av en biologisk familj, partners stödjande roll samt betydelsen av ett barn (Schneider & Forthofer, 2005).

Kvinnor upplevde den biologiska klockan som stressande (Hjelmstedt et al., 1999). Stress associerades med faktorer relaterade till behandlingen, antal behandlingar och relationen till den aktuella läkaren (Schneider & Forthofer, 2005).

Männen upplevde det stressande att förlora kontrollen över sin reproduktion (Hjelmstedt et al., 1999). De ansåg att en negativ inställning ökade stressen (Schneider & Forthofer, 2005). Männen upplevde att självförtroende, antal test och förväntad kostnad för framtida behandlingar var associerat med stress (Schneider & Forthofer, 2005).

Perioder av depression

Individerna upplevde att de påverkades känslomässigt och upplevde sig deprimerade i perioder.

Paren beskrev att de hade förändrats känslomässigt. De uttryckte olika känslor däribland sorg, depression, otillräcklighet, avundsjuka, skuld och ilska (Imeson & McMurray, 1996). De reagerade olika beroende på vilken situation de befann sig i. Reaktionerna tog sig uttryck i acceptering eller bitterhet (Glover et al. 2009). Paren som lyckats uppnå en graviditet kände mer framgång, belåtenhet, lycka och glädje än de som inte lyckats bli gravida. (Holter et al., 2006).

Kvinnorna upplevde starkare känslomässiga reaktioner än männen (Hjelmstedt et al., 1999 ; Yi-Ling & Bih-Jaw, 2002). Acceptering, ansvar och undvikande hade ett starkt samband hos infertila kvinnor. De kvinnor som var mer känslomässigt påverkade hade ett större behov av att konfrontera, behärska och ta sig an ansvaret för sin infertilitet. De hade även svårigheter att se situationen ur en positiv vinkel (Yi-Ling & Bih-Jaw, 2002). Kvinnorna upplevde humörsvängningar relaterat till infertiliteten vilket visade sig i perioder av depression (Hjelmstedt et al., 1999). De upplevde sig ha mer känslor av ilska, ångest, depression och maktlöshet (Holter et al., 2006). Kvinnorna upplevde sig deprimerade i perioder och kände ilska och vissa hade självmordstankar (Imeson & McMurray, 1996). De kände mer skuld, ilska, frustration, isolering samt depression. Kvinnorna upplevde känslor av mindre framgång, belåtenhet, lycka och glädje efter än före behandlingen (Holter et al., 2006).

Männen kände sig mindre deprimerade och visade mindre ångest och hade en bättre självkontroll än vad kvinnorna hade. Det fanns inga skillnader mellan männen och kvinnorna angående välmåendet, huvudsaklig hälsa eller vitalitet (Holter et al., 2006).

Känslor av skuld och skam

Individerna kände skuld och skam både för sig själva och inför andra.

Paren upplevde att infertilitetsdiagnosen kunde medföra en känsla av skam (Hammarberg, Baker, & Fisher, 2010). De upplevde både ett undvikande och ett känslomässigt stöd från omgivningen. De tenderade att skuldbelägga sig själva (Morrow et al., 1995). Upplevelsen av skuld och avundsjuka uppdagades först när infertiliteten var diagnostiserad och känd (Imeson & McMurray, 1996).

Kvinnorna upplevde att de bar ansvaret för infertiliteten. Fler kvinnor än män kände sig skyldiga till sin infertilitet (Malik & Coulson, 2007). Ett exempel som visar på upplevelsen av skuld och skam var när en kvinna berättade att hennes familj och särskilt hennes syster hade svårt att acceptera situationen och den ofrivilliga barnlösheten. Systemen tyckte att det var genant att prata om kvinnans svårigheter att bli gravid. Mannens familj var mer oroad för att infertilitet skulle komma ut till resten av omgivningen, de fick rådet att inte prata högt om sitt problem. Kvinnan beskrev att hennes svärmor skyllde infertiliteten enbart på henne, och menade att om kvinnan slutade arbeta skulle hon bli gravid.

Upplevelser av relationer och det sociala livet

Upplevelser av relationer och det sociala livet i samband med ofrivillig barnlöshet visade sig genom ifrågasättande av partnerskap, förmågan av tillit och att kunna kämpa tillsammans, positivt eller negativt påverkat partnerskap, ökad intimitet, upplevelsen av det sexuella samlivet, kommunikation mellan paren, kommunikation med andra par med liknande upplevelser, stöd från partnern, omgivningen och familjen, behovet av integritet, upplevelsen av utanförskap, isolering, avundsjuka, avståndstagande samt brist på tid för att hålla kontakt med familj och vänner.

Den förändrade relationen

Majoriteten av individerna tyckte att den ofrivilliga barnlösheten hade påverkat deras relation till sin partner.

Paren menade på att den ofrivilliga barnlösheten förändrat deras relation (Imeson & McMurray, 1996). De började ifrågasätta sin relation på grund av den ofrivilliga barnlösheten. Tankar kring ett barnlöst liv tillsammans med sin partner uppstod och funderingar kring om relationen skulle bli hållbar eller ej. Tillit och förmågan att kämpa tillsammans var styrkan i förhållandena (Glover et al., 2009). Den partnern som var infertil kom med förslaget att den andra partnern kunde lämna relationen och få barn tillsammans med någon annan (Glover et al., 2009). Paren menade att den ofrivilliga barnlösheten stärkt bandet till partnern och bidragit till att relationen blivit starkare med en större intimitet. Paren upplevde även att relationen blev bättre under behandlingen (Imeson & McMurray, 1996 ; Hjelmstedt et al., 1999). I de förhållanden där infertiliteten berodde på en manlig orsak påverkades relationen negativt (Hammarberg et al., 2010). Mer än hälften av männen och kvinnorna tyckte at förhållandet inte förändrats på grund av infertiliteten (Hjelmstedt et al., 1999).

Kvinnorna som inte blivit gravida under behandlingen svarade att relationen blivit till det sämre (Holter et al., 2006).

Männen kände i större utsträckning än kvinnorna att barnlösheten hade skapat problem i äktenskapet både före och efter behandlingen. Männen upplevde även att relationen blivit sämre efter en lyckad behandling (Holter et al., 2006). Män som tyckte att infertiliteten påverkat relationen negativt var missnöjda med sin situation och upplevde att kvinnan blivit mindre kärleksfull och omhändertagande och istället mer dominant och kritisk (Hammarberg et al., 2010).

Förändrat sexuellt samliv

Det sexuella samlivet påverkades negativt av utredning och behandlingarna kring den ofrivilliga barnlösheten.

Paren beskrev en minskad sexuell tillfredsställelse. Majoriteten beskrev den som oförändrad och en del tyckte att den förbättrats (Hammarberg et al., 2010).

Enligt både männen och kvinnorna hade relationen försämrats på grund av sexuella och äktenskapliga problem (Hjelmstedt et al., 1999). Relation påverkades negativt av olika faktorer, bland annat klagade många på att den sexuella relationen till sin partner blivit rutin och dominerades av scheman och tider, vilket upplevdes enformigt och monotont. Sex blev mekaniskt och dess huvudsakliga syfte var att uppnå en graviditet, istället för att vara en spontan kärleksfull handling (Imeson & McMurray, 1996).

För männen var den största förändringen sexuella, känslomässiga och sociala anpassningar (McEwan et al., 1987).

Betydelsen av kommunikation mellan paren

Individerna upplevde både en förbättrad och i vissa fall försämrad kommunikation till följd av den ofrivilliga barnlösheten.

För en del par blev konflikter vanligare. En del par skyllde infertiliteten på sin partner, för andra par förbättrades kommunikationen på grund av vad de gått igenom (Imeson & McMurray, 1996). Mest förekommande vara att paren stod enade i sin relation där de höll med varandra och var samstämmiga. Kommunikationen emellan paren tycktes nödvändig för beslutsfattning angående stöd. Graden av kommunikation paren emellan varierade avsevärt. En del par hade flera diskussioner vad som skulle ske härnäst och utforskade tillsammans alternativa vägar. En del par pratade inte om sin infertilitet och barnlöshet samtidigt som de var medvetna om att de undvek ämnet (Glover et al., 2009). Paren upplevde inte att de hade svårare att prata med varandra efter att barnlösheten blivit ett problem. Majoriteten av paren spenderade mycket tid med att prata med varandra (Holter et al., 2006).

Att byta erfarenheter

Individerna upplevde att det var till stor hjälp att prata om behandlingen med andra par i samma situation.

Olika strategier användes av paren emellan för att stödja varandra (Imeson & McMurray, 1996). Det var oftare kvinnorna som initierade till diskussioner och hade ett större behov av att prata om saker kring infertiliteten. Det visade sig att det fanns könsskillnader i detta behov (Glover et al., 2009).

Männen berättade att genom samtal mådde de mycket bättre (Malik & Coulson, 2007). Männen ansåg att de ville tänka innan de diskuterade och pratade om sin barnlöshet medan kvinnorna använde sig av diskussion för att hjälpa dem att tänka (Glover et al., 2009). Männen poängterade hur viktigt det var för dem att interagera med andra individer som förstod deras känslor (Malik & Coulson, 2007).

Stöd från sin partner

Stöd från partnern visade sig vara viktigt för att kunna bearbeta situationen.

Paren värderade stödet från sin partner högst (Hammarberg et al., 2010). Upplevelsen var att de kunde förstå och stötta varandra (Holter et al., 2006).

Kvinnorna kände att deras partner var den viktigaste källan till stöd (McEwan et al., 1987). Kvinnorna ville ha männen med sig på behandlingarna (Imeson & McMurray, 1996). IVF-behandlingarna ledde till att några kvinnor tog avstånd från sina partners vilket gjorde att männen kände sig hjälplösa i sin förmåga att stötta.

Männen upplevde att deras roll var att stötta sin partner då behandlingen inte var så krävande för deras del (Malik & Coulson, 2007 ; Imeson & McMurray, 1996). De upplevde svårigheter att säga rätt saker till sin partner på grund av humörsvängningarna kvinnorna drabbades av

under behandlingen (Imeson, & McMurray, 1996). De hade en känsla av hjälplöshet när de försökte stötta sin partner (Malik & Coulson, 2007). Det var viktigt för männen att vara med under behandlingarna kvinnorna gick igenom för att hjälpa sin partner (Imeson & McMurray, 1996). Männen kände att de behövde vara starka för sin partner och inte visa hur känslomässigt påverkade de egentligen var. De beskrev hur de fick trycka undan sina egna känslor för partners skull (Mali, & Coulson, 2007).

Vikten av stöd och förståelse från omgivningen

Stödet från familjen kunde vara varierande enligt deltagarna i studierna, vilket kunde orsaka besvikelse. Att förlita sig på andra fick olika konsekvenser för individerna och paren.

En del par fick stöd från omgivningen och familjen, medan andra par upptäckte att det kunde skapa känslor av press på dem själva (Glover et al., 2009). Familjemedlemmarna tycktes ofta vara oförstående och gav sina egna förklaringar till situationen. Paren upplevde att omgivningen inte förstod vad de gick igenom (Imeson & McMurray, 1996). Både män och kvinnor ansåg vänner som den vanligaste källan av stöd (Hjelmstedt et al., 1999). Vårdpersonalen upplevdes som ett stöd av många. Det var få individer som vände sig till någon infertilitetsstödgrupp (Hammarberg et al., 2010).

En del kvinnor pratade inte med andra om sin infertilitet eftersom de tyckte att det var en privat ensak. Andra kvinnor trodde inte att omgivningen skulle förstå barnlösheten (Johansson, & Berg, 2005). Kvinnorna besatt en större självkontroll samtidigt som de reagerade undvikande i sammanhang där känslomässig smärta uppstod. De sökte även socialt stöd i större utsträckning än vad männen gjorde (Yi-Ling & Bih-Jaw, 2002).

Männen upptäckte att kvinnliga familjemedlemmar erbjöd sitt stöd men att det hade varit värdefullt och nödvändigt med ett manligt perspektiv ibland. Männen beskrev vänner och familj som underbara men att de aldrig kommer att förstå såvida de inte upplevt situationen själva (Malik & Coulson, 2007). Fler av männen än kvinnorna hade svårt att förlita sig på omgivningen angående sin barnlöshet (Hjelmstedt et al., 1999). Mindre än hälften av männen anförtrodde sig åt vänner och familj (Hammarberg et al., 2010).

Paren i studierna höll på sin integritet och valde vilka de anförtrodde sig åt. När de pratade med utomstående om sin ofrivilliga barnlöshet satte de själva upp gränser för hur mycket de skulle avslöja. Många av paren upplevde det svårt att prata med utomstående om sin situation, dels på grund av att en del inte verkade förstå deras känslor, eller så var ämnet svårt att ta upp i en konversation. I en del fall där paren anförtrodde sig till omgivningen genererade det i olustkänslor vid sociala sammanhang, då omgivningen verkade censurera bort problemet i konversationen vilket upplevdes kränkande av den drabbade individen (Glover et al., 2009).

Männen var mindre villiga att prata öppet om infertilitetsproblemen med andra (Glover et al., 2009).

Utanförskap och isolering bland vänner och bekanta

Upplevelsen av utanförskap och isolering var tydlig bland deltagarna.

Paren upplevde att de var tvungna att anpassa sig både känslomässigt och socialt till sin omgivning (McEwan et al., 1987). De upplevde en press från omgivningen att skaffa barn. Vid varje misslyckat IVF försök kände de sig isolerade från vänner och familj med barn. Paren berättade om känslor av social isolering på grund av infertiliteten och de svårigheter som uppstod när de var tvungna att hantera opassande svar från andra människor. De kände sig isolerade och utanför när vänner och familj undvek att berätta om sin graviditet och upplevelserna runt om kring.

Kvinnorna beskrev att de drog sig undan från vänner och familj. Kvinnorna insåg att de kunde förlora de vännerna som redan hade barn, då de medvetet isolerade sig från dem. De upplevde att arbetskamraterna undvek att berätta om graviditeter (Imeson & McMurray, 1996). Kvinnorna uttryckte en känsla av utanförskap och att de inte blev invigda i det sociala sammanhanget där vänner med barn umgicks. De upplevde att föräldraskapet var den gemensamma grunden för en vänskapsrelation. Kvinnorna upplevde att vänner som hade barn gled ifrån dem. Det upplevdes svårt att påbörja en vänskapsrelation med de som redan hade barn. Kvinnorna upplevde även att det var svårt att bli vän med andra kvinnor på kliniken.

Det fanns kvinnor som upplevde ett hat mot gravida kvinnor, en slags bitterhet som de egentligen inte ville känna (Imeson & McMurray, 1996).

På grund av omgivningens förväntningar på ett barn upplevde männen en känsla av otillräcklighet genom att inte kunna bidra till en graviditet (Hjelmstedt et al., 1999).

Kvinnorna lade fokus på utredning och behandling.

Brist på tid gjorde att kvinnorna inte prioriterade kontakten med familj och vänner. Kvinnorna menade på att de hade för lite tid och att det inte var viktigt att hålla kontakten med vänner och familj. Den tid som blev över ägnades åt arbetet. Kvinnorna menade på att tiden gick åt till utredning och behandling, vilket helt enkelt bidrog till att de glömde bort sin omgivning eftersom de var så känslomässigt fokuserade (Johansson, & Berg, 2005).

Avundsjuka och avståndstagande

Känslor av avundsjuka och avståndstagande var vanligt förekommande hos individerna.

En del par berättade att de kände avundsjuka gentemot personer som hade barn (Imeson, & McMurray, 1996 ; Hjelmstedt et al., 1999). De upplevde olika känslor när vänner och familj blev gravida. De flesta par kände sig arga och avståndstagande gentemot personer med barn, som brast i sitt föräldraskap. Paren uttryckte en frustration i detta eftersom de tyckte att barnen förtjänade bättre och bedömde själva att de skulle bli bra föräldrar (Glover et al., 2009).

Kvinnorna tycktes känna mer avundsjuka och undvek gravida kvinnor och små barn. Kvinnorna beskrev att de inte träffade sina väninnor som var gravida. De menade på att de inte orkade och att de påverkades djupt (Imeson & McMurray, 1996).

Männen kände mindre avundsjuka och avståndstagande gentemot personer med barn. De kände sig inte lika känslomässigt påverkade av att se gravida kvinnor och små barn som många av kvinnorna gjorde (Glover et al., 2009).

Upplevelser relaterat till behandlingen

Under temat Upplevelser relaterat till behandlingen framkom att individerna upplevde en emotionell belastning där tiden kretsade runt behandlingen. Hopp och besvikelse blev för deltagarna en stor del av livet. Känslan av förlust och förlorad kontroll uppenbarades då deltagarna startade och genomgick behandling. Fysiska symtom relaterat till behandlingen beskrivs liksom brist på information och stöd från vårdpersonal.

Ett pausat liv

Individerna upplevde alla en emotionell belastning.

Paren beskrev att deras liv var pausat i väntan på behandling (Glover et al., 2009).

Männen beskrev att livet kretsade mycket kring behandlingen vilket bidrog till att alla semesterdagar gick åt, och det blev därmed ingen tid över till annat (Imeson & McMurray, 1996).

Kvinnorna som var djupt påverkade av sin situation underskattade sina chanser till en graviditet. Känslomässigt påverkade och sköra kvinnor såg mer negativt på sin prognos än vad den egentligen var (McEwan et al., 1987). De beskrev att de blivit fråntagen en viktig del av sig själva (Johansson, & Berg, 2005). De pratade om svårigheterna kring behandlingen och upplevde detta som ett hot (Glover et al., 2009). Kvinnorna beskrev en förändring i hur de uppfattade sig själva och sin kropp. De beskrev även ett förändrat känslomässigt välmående. En del kvinnor upplevde det hemskt att behöva utsätta sig för detta och ibland upplevde de sig som galna (Imeson & McMurray, 1996). De beskrev hur de kastades in i den ena behandlingen efter den andra utan att hinna andas emellan, emotionellt beskrev kvinnorna det som det värsta de någonsin varit med om (Glover et al., 2009). Medan en del kvinnor upplevde en stor tillfredställelse när de gick igenom en IVF-behandling (Johansson, & Berg, 2005). Kvinnorna var villiga att uthärda detta obehag om det inte visade sig vara helt meningslöst (Imeson & McMurray, 1996). Kvinnorna som hade lyckats med sin behandling och var gravida upplevde mindre ilska och frustration efter behandlingen, det gjorde även männen (Holter et al., 2006).

En man upplevde vägen som lång och ensam men belöningen när barnet väl kommer suddar ut alla månader av smärta och hjärtesorg. Männan uttryckte att det glöms bort hur mycket behandlingen påverkar dem (Malik & Coulson, 2007).

Att pendla mellan hopp och besvikelse

Hopp och besvikelse var känslor som var gemensamt för alla deltagare i studierna.

Processen beskrivs av individerna som en känslomässig berg och dalbana av hopp och besvikelse.

Paren beskrev att infertilitetsbehandlingen startade en resa av både hopp och besvikelser. Hoppet byggdes upp varje månad för att sedan raseras när menstruationen kom. Självförtroende och hopp upplevde deltagarna i början av utredningen (Morrow et al., 1995). De flesta par berättade att de inte var beredda på att få en infertilitetsdiagnos. Paren stod även inför utmaningen att hantera den ändlösa cykeln av hopp, förväntningar och besvikelser, som utredningen och behandlingen skapade. De upplevde situationen som väldigt skör, och var därför rädda för att förstöra något. De var rädda för att tänka att allt skulle ordna sig, eftersom alla var medvetna om riskerna, vilket gjorde att paren förberedde sig på det värsta (Malik & Coulson, 2007). Paren menade på att det kändes som att gå runt i cirklar, där de inte visste hur eller när det skulle sluta (Imeson & McMurray, 1996).

Kvinnorna beskrev att de vid tiden för ägglossning kändes som en chans till en graviditet, men när menstruationsblödningen kom förstärktes känslorna kring barnlösheten. De beskrev upplevelsen av att jaga en dröm som aldrig skulle bli sann. Rädslan av att vakna upp fyra år senare och känna att tiden slösats bort på att försöka uppnå en graviditet upplevdes skrämmande (Imeson & McMurray, 1996). Kvinnorna beskrev ett konstant hopp om en graviditet och att få föda ett barn. De upplevde att infertiliteten inte var definitiv och att det fanns en chans till en graviditet och så småningom ett barn. Hoppet om en graviditet minskade med tiden, det var inte förrän kvinnorna kom in klimakteriet som de kunde acceptera att de inte kunde åstadkomma en graviditet (Johansson, & Berg, 2005).

Männen beskrev att de var självsäkra när behandlingen startade och att de trodde att de skulle bli pappor inom en månad (Imeson & McMurray, 1996). Männerna beskrev ofta känslor av hopp och optimism samtidigt som de upplevde en känsla av skräck för att misslyckas. De beskrev att så mycket som de hoppades på att behandlingen skulle lyckas hade de aldrig hoppats på någonting tidigare. Männerna hade en tendens att lägga locket på för att skydda sig själva vid ett misslyckat försök (Malik & Coulson, 2007). Majoriteten av männen var optimistiska för utgången av behandlingen, något som retade upp kvinnorna. (Glover et al., 2009). Männerna upplevde att de inte vågade hoppas för mycket, men att de inte kunde hjälpa att de gjorde det. De beskrev behandlingen som att gripa efter halmstrå (Malik & Coulson, 2007). Män som tidigare hade varit med om misslyckade försök beskrev att det var svårare gången därpå, eftersom de varit säkra på att det senaste försöket skulle lyckas (McEwan et al., 1987). Det fanns män som medvetet tryckte undan hoppet om ett positivt resultat för att skydda sig själva från den smärtan ett misslyckat behandlingsförsök skulle medföra (Malik & Coulson, 2007).

Förlust och förlorad kontroll

Att tappa kontrollen och känslan av förlust var känslor som individerna upplevde.

Paren upplevde känslor av förlorad kontroll till följd av utredningen och behandlingen. När paren hade fått sin infertilitetsdiagnos ansågs IVF-behandlingen vara lösningen på problemet, men detta visade sig ofta inte vara fallet. Paren beskrev att IVF-behandlingen medförde känslor av förlorad kontroll då de inte visste vad resultatet skulle bli (Glover et al., 2009). De kände sig djupt oroade över att ha tappat kontrollen över så många aspekter i sina liv (Imeson & McMurray, 1996). För många var det enda sättet att återfå kontrollen efter ett misslyckat försök att genomgå behandlingen igen (Glover et al., 2009)

Männen upplevde att det kände en förlust vid varje misslyckad behandling och det kändes som ett djupt hugg i hjärtat. De upplevde att de bara skulle skaka av sig förlusten och inte visa några känslor (Malik & Coulson, 2007). Männerna beskrev känslor av förlust när de förlorat kontrollen över sin reproduktions förmåga (Hjelmstedt et al., 1999). En man kände att han

från starten tappade kontrollen över det som skulle vara en naturlig händelse (Imeson & McMurray, 1996).

Kroppens förändringar

Behandlingen och utredningens fysiska symtom och dess konsekvenser för både kvinnan och mannen.

Fler kvinnor än män upplevde symtom av behandlingen (McEwan et al., 1987). Kvinnorna beskrev att de fick finnar, ökade i vikt samtidigt som de hade smärtsamma sammandragningar till följd av behandlingen och detta utan att vara gravida. De upplevde smärta under en lång period när de skulle ta injektionerna. Läkemedlen som användes under behandling gjorde kvinnan mer känslös och gav svåra humörsvängningar (Imeson & McMurray, 1996).

Männen beskrev att de var extra känsliga för fysiska förändringar hos sin partner, förändringar som fick männens tankar att skena iväg. De hade svårt att avgöra om det var på grund av den hormonella behandlingen eller en begynnande graviditet som var orsaken. De upplevde att deras partners symtom var bortom förståelse för både dem själva och vårdpersonalen. Vilket bidrog till att både känslor av hjälplöshet och frustration ökade (Imeson & McMurray, 1996). Männen upplevde även brist på kontroll över sin partners oförklarliga symtom (Malik & Coulson, 2007). De menar på att det utan tvekan är jobbigare för kvinnan som måste genomgå alla behandlingar (Imeson & McMurray, 1996). Männen uttryckte att det glöms bort hur mycket behandlingen påverkar dem. De upplevde det jobbigt att blotta sig särskilt när det gällde att lämna spermieprov. Männen trodde att bara de som själva varit med om samma sak skulle förstå hur det kändes. Att lämna spermieprov upplevdes onaturligt och jobbigt när det skulle ske på beställning (Malik & Coulson, 2007).

Information och bemötande från vårdpersonalen

Parens kommentarer kring vården och dess personal var uteslutande negativ, detta i avseende av bristande information och sättet de blev bemötta på.

De par som hade en högre social position var mindre nöjda med kvaliteten av informationen och behandlingen (Hammarberg et al., 2010). Paren upplevde en maktlöshet gentemot vården och dess personal. Känslor som förstärktes av att de var i en beroende position av systemet. En del par upplevde det viktigt att på egen hand söka information och kunskap inom området, för att kunna diskutera olika alternativ med läkare och vårdpersonal. De upplevde att de fick större respekt av vårdpersonalen på grund av sina kunskaper i området. Ett annat par berättade en något annorlunda upplevelse än de andra paren. De kände sig maktlösa initialt men med tiden fick de mer kontroll och deras kunskaper kring behandlingen ökade.

Kvinnorna berättade att personalen hade sagt till dem att det bara var att ringa om det uppstod några problem, de hade försökt vid flera tillfällen men aldrig kommit fram. Det fanns kvinnor som beskrev att de varit väldigt rädda eftersom de inte förstått hur behandlingen skulle gå till. Kvinnorna hade flertalet tillfällen frågat och velat veta men bara fått klappar på axeln samtidigt som personalen sagt att de inte skulle oroa sig. De upplevde att personalen inte ville berätta och det skapade stora problem för kvinnorna under resterande behandling (Imeson & McMurray, 1996). En del kvinnor upplevde att läkarna behandlade dem som ett köttstycke. De menade på att läkarna använde sig av opassande kommentarer och att de glömde av att det var en människa de undersökte/behandlade. Kvinnorna upplevde att läkarna jobbade enligt löpbandprincipen och att det inom fem minuter skulle komma en ny patient. Några kvinnor berättade om när de hade fått en intramuskulär injektion i samband med behandlingen. När de bröt ihop och började gråta hade vårdpersonalen kommenterat det med att det bara var nålen som stack men i själva verket var det inte därför de grät. Det fanns kvinnor som upplevde en irritation över att utredningen och behandlingen var så riktade mot kvinnorna. Dessa kvinnor hade genomgått flertal jobbiga undersökningar innan deras män övervägdes vara orsaken till barnlösheten (Imeson & McMurray, 1996).

Männen upplevde en ökad ångest på grund av den bristande medicinska informationen. De beskrev att de blev både arga och frustrerade när vårdpersonalen inte förklarade hur behandlingen gick till och vad som hände, de antog att männen redan hade kunskaper om det (Malik & Coulson, 2007). Männen menade på att den bästa informationen hade de fått via skriftlig information och genom diskussion med vårdpersonal. Män ur en högre social klass uppskattade och använde sig av internet för att söka rätt på information gällande utredning

och behandling. Män i en lägre social klass uppskattade samtal med personalen mer (Hammarberg et al., 2010).

Diskussion

Metoddiskussion

Som tidigare har beskrivits var vald metod en litteraturöversikt. Enligt Friberg (2006) ger en litteraturöversikt en överblick över tidigare forskning och anses vara en bra metod för att samla fakta. En annan metod som övervägdes var att analysera självbiografier. Nackdelen med en självbiografistudie kan vara att urvalet blir mycket mindre och att studien omfattar färre personer. Resultatet blir då mindre generaliserbart och får inte så stor trovärdighet jämfört med en litteraturöversikt där urvalet kan innefatta flera hundra personer som har deltagit i de utvalda studierna. Enligt Östlundh (2006) anses validiteten vara god då studien endast innefattar publicerade artiklar som svarar på syftet. För att få med så mycket information som möjligt innefattade studien både kvalitativa och kvantitativa artiklar trots att syftet var att beskriva upplevelser. Enligt Friberg (2006) kan både kvalitativa och kvantitativa artiklar användas i en litteraturöversikt men att analysen av dessa inte blir lika ingående som vid en systematisk litteraturstudie där metasyntes och metaanalys används.

Sökorden som användes gav många träffar och i de sista sökningarna kom de allra "bästa" artiklarna fram. Eftersom många artiklar verkade bra och deras abstract överensstämde med studiens syfte valdes i första hand de artiklar som vi författare hade tillgång till. Studien hade kunnat vara större om även de artiklar skulle ha inkluderats. Ordkombinationerna i början var inte kreativa och gav inte lika många träffar som förväntat. I de osystematiska sökningarna fungerade det bättre då även PubMed användes som databas och resulterade i ytterligare två artiklar som ingick i studien.

De fyra teman som framkom i analysen kändes redan från början självklara i analysarbetet men att det var lite svårare att formulera de till upplevelser så även med de subteman som framkom.

Begränsningarna var svåra då vi som författare till en början endast ville ha forskning från Sverige. Det blev snart uppenbart att det inte höll och utökades till att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska och icke beroende på nationalitet. Det var också svårt att inte ha en förutfattad mening i början av studien, vilket är något som vi verkligen har jobbat på genom att hela tiden nollställa tidigare kunskaper och se på problemet ur en ny vinkel. Vi har försökt att vara öppensinnade och självkritiska under hela studiens gång vilket vi anser har resulterat i en intressant och ny kunskap om kvinnor och mäns upplevelse av ofrivillig barnlöshet.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva kvinnor och mäns upplevelser av ofrivillig barnlöshet under utredning och behandling. Diskussionen kommer att föras utifrån det mest framträdande i resultatet som vi fann vara: Upplevelsen av en förändrad livsvärld och Behovet av stöd. Vi sedan kommer att diskutera utifrån de teoretiska perspektiven Livsvärld, kris, lidande och hälsa.

Upplevelsen av en förändrad livsvärld

Utifrån studiernas resultat kunde vi se att de flesta deltagare hade en uppfattning av att de skulle kunna få barn bara de bestämde sig för när och hur. Den uppfattningen tror vi är vanlig i dagens samhälle där våra liv är inrutade och bör följa ett visst mönster. För många deltagare kom det som en chock att de inte kunde åstadkomma en graviditet på egen hand. Det var inte lika självklart som att lägga in en order via internet, där leveransdatumet redan var i kryssat. Det gjorde att livsvärlden som den sett ut förändrades och livet tog en annan vändning än vad som var planerat. Wiklund (2003) menar på att livsvärlden är den upplevda världen, den verklighet människan lever i. För sjuksköterskan innebär det att ett visat intresse för individens egen livshistoria och berättelse bör finnas, då det ger en ökad förståelse för individens upplevda värld. Den förändrade livsvärlden innebär att individen drabbad av ofrivillig barnlöshet ger sig ut på sitt livs lopp som de inte vet hur eller när det slutar. Antingen kommer de i mål lyckliga och hela med ett barn i famnen eller så haltar de i mål

med en bruten fot och skrubbsår på knäna utan barnet de kämpat så hårt för att få. Att drabbas av ofrivilligt barnlöshet och infertilitet ger en förändrad livsvärld och ett lidande med en påverkan på hälsan, oavsett om den är primär eller sekundär.

Att inte kunna få ett eget barn och den förändrade livsvärlden det innebär gör att individen hamnar i en kris. En kris som i många fall kan uppstå både under utredningen och behandlingen. Det är inte alltid som krisen tar sitt uttryck i psykiska besvär. Enligt Cullberg (2006) kan kroppen reagera på olika sätt av den stress som skapas på grund av en kris. Det kan innebära fysiska påfrestningar så som hjärklappning, oregelbunden hjärtrytm, huvudvärk, förstoppning, diarré, menstruationsrubbingar, sömnrubbingar och mer eller mindre konstant känsla av olust. Detta är bara några exempel på hur en kris kan te sig fysiologiskt och alla individer upplever krisen olika. Det innebär att allmänsjuksköterskan kan möta individer som är drabbade av ofrivillig barnlöshet och befinner sig i en kris men där det tar sig uttryck i fysiska besvär. Det gör det viktigt för all sjukvårdspersonal men framförallt sjuksköterskan att lyssna till individens upplevda livsvärld för att förstå orsaken till problemet så att individen ska få de rätta vårdkontaktarna.

Som allmänsjuksköterska är det viktigt att ha en djupare kunskap och förståelse om människans psyke och hur människan hanterar och reagerar i olika situationer. I sjuksköterskeutbildningen blir det viktigt med psykologi och psykiatri för att få en ökad förståelse av detta. Oavsett vilken sjukdom som drabbar individen tar den sig uttryck i både fysiskt och psykiskt symtom. Vår upplevelse är att de psykiska symtomen inte tas på lika stort allvar som de fysiska symtomen bland vårdpersonalen. Men faktum kvarstår att det skapar ett lika stort lidande för individen om inte ett större då de psykiska symtomen kan vara svåra att beskriva. Det finns oftast inte en konkret och självklar åtgärd för att förbättra individens välmående och förbättra upplevelsen av hälsa. Hälsa som enligt WHO (2012) innebär att individen känner ett tillstånd av fullständig fysisk, psykisk och socialt välbefinnande. Ahmadi (2008) menar att hälsa fokuserar på människans allmänna tillstånd. Vilket för individerna i studien innebär att fullständig hälsa inte kan möjliggöras då allmäntillståndet påverkas av barnlösheten. Att se individen och dess frånvaro av hälsa är viktigt för sjuksköterskan för att på så sätt kunna optimera och bidra till att individen får rätt vård.

Att ofrivillig barnlöshet och infertilitet är oerhört psykiskt, socialt och fysiskt påfrestande kan vi fastslå utifrån det resultatet vi fått. Det sätter i vissa fall djupa spår i individen och påverkar hela dess livsvärld. Den ofrivilliga barnlösheten omkullkastar individens hela värld och skapar ett lidande. Vad grundar sig lidandet i? Kan lidandet vara ett resultat av att inte kunna bidra till den mänskliga överlevnaden? Eller kanske på grund av omgivningens förväntningar. Eller är det av egoistiska skäl vi skaffar barn? Och hur blir de för individerna som aldrig får ett barn? Kommer de bära med sig vad Eriksson (1993) kallar ett livslidande resten av livet eller hittar de andra vägar som fyller tomrummet över barnet som aldrig kom. Lidande mattas säkert av med tiden men det försvinner nog aldrig helt. Är det inte det lilla barnet som saknas, är det den upproriska tonåringen, den giftasvuxna dottern eller barnbarnet. Enligt Dahlberg et al (2005) är lidandet starkt förknippat med livssituationen, som för deltagarna i studien upptas av den ofrivilliga barnlösheten.

Individerna lider av att inte kunna bekräfta sin relation med ett föräldraskap utan att involvera vården. Eventuellt blir det ett vårdlidande där individen upplever att de ständigt måste blotta sig under undersökningar och behandlingar i strävan för att få ett barn. Det uppstår även ett socialt utanförskap som kan vara både medvetet och omedvetet orsakat, vilket i sig skapar ett lidande. Människor i de drabbades närhet kanske undviker ämnet i tron om att de inte vill uppröra eller påminna.

Men resultatet visar på att de drabbade ständigt lever med tankarna på sin barnlöshet, vilket gör att det istället kan upplevas som ett stöd att fråga och visa intresse för hur individen mår och hur utredning och behandling fortskrider

Resultatet har visat på hur viktigt det är med rätt stöd för individer som är drabbade av ofrivillig barnlöshet och den kris det innebär. Enligt Cullberg (2006) blir krisen en del av livet och inte något som ska eller kommer att glömmas bort. Cullberg (2006) menar att en så kallad nyorienteringsfas bara kan uppstå då individen har kunnat försona sig med det som skett och händelsen har bearbetats. Många par finner stöd i varandra. Vi tror att de psykiska upplevelserna behöver bearbetas tillsammans med vårdpersonal, kuratorer och psykologer som är insatta i hur ofrivillig barnlöshet kan påverka individen. Behovet av stöd är

naturligtvis individuellt. Utifrån det resultatet vi kommit fram till tror vi att många individer har ett större behov av stöd än vad som erbjuds. Att ha tillgång till stödgrupper och kuratorer på nära håll som initieras av sjukvården kan vara ett sätt att stötta individerna på. Utifrån resultatet kan vi se att kvinnorna har lättare att utagera och visa sina känslor i samband med den förändrade livsvärlden. Under den akuta fasen som enligt Cullberg innebär att det är ett inre kaos hos individen blir det tydligt att männen upplever att de får hålla inne med sina känslor och tankar för att kunna vara ett stöd för sin partner. Det kan kanske vara så att reaktionen kommer först när behandlingen är avslutad och kvinnan är gravid. Eller så kommer reaktionen först när barnet föds eller när kvinnan är inne i en lugnare fas och inte själv är lika påverkad. På grund av att männen, enligt resultatet har en tendens att tränga undan sina upplevelser för sin partners skull är det viktigt att vården sörjer för att mannens behov av samtalsstöd och information blir tillgodosedda. Kvinnorna tenderar att ha lättare för att ventilera med sin partner och sin omgivning vilket gör att hon bearbetar sin reaktion under utredningen och behandlingen på ett annat sätt än vad männen tillåter sig att göra. Det kan tänkas att kvinnorna är mer benägna att visa sig känslomässigt sårbara och bearbetar sina upplevelser mer effektivt i ett socialt sammanhang än vad männen gör. Stödet från omgivningen har också betydelse då individerna ofta upplever ett utanförskap och en isolering från sin omgivning. Att våga fråga och visa intresse för vad individen genomgår kan upplevas stöttande och minskar eventuellt individens upplevelse av utanförskap och isolering.

Fortsatt forskning

Efter studiens resultat väcktes frågor för fortsatt forskning. Det blev tydligt att mannen ignorerade sina egna känslor under utredning och behandling för att istället lägga fokus på sin partner och vara ett stöd för henne. En intressant fortsatt forskningsfråga är, när tillåter sig männen att reagera på den ofrivilliga barnlösheten? Frågor som, hur mår de kvinnor som gått igenom en lyckad IVF behandling efter att barnet kommit? hur påverkas paren i sin relation när det biologiskt barnet kommit? hur upplever de individerna som förblev barnlösa sin situation idag? uppkom under studiens gång.

Konklusion

Att vara ofrivillig barnlös och infertil innebär en förändrad livsvärld där det blir en psykisk, fysisk och social påfrestning. Många individer drabbas av en livskris, och ifrågasätter bland annat meningen med livet och andra existentiella frågor. Krisen kan ta sitt uttryck på olika sätt, allt ifrån fysiska till psykiska besvär. Vi kan konstatera att stödet och informationen samt bemötandet från sjukvården som bristfällig, och att det skulle behövas större kunskap och stöttning kring individerna som genomgår utredning och behandling av ofrivillig barnlöshet. Det är viktigt för allmänsjuksköterskan att vara observant och ha en förståelse för hur den ofrivilliga barnlösheten påverkar individens livsvärld. För sjukvården innebär det ett ansvar att erbjuda ett individanpassat stöd.

Referenser

Ahmadi, F. (2008). *Kultur och hälsa*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Andersen N., A. (2005). Intrauterin insemination. I redaktörens J. Hreinsson, L. Hamberger & T. Hardarson (Red.), Boken Infertilitet: *Utredning och behandling genom assisterad befruktning* (s. 51-57). Stockholm: Studentlitteratur.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2., uppdaterade [och utök.]. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. (5. omarb. och utök. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Dahlberg, K. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda: med hjälp av handledning*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.

Eriksson, K. (red.) (1993). *Möten med lidanden: Encountering suffering*. [Åbo]: Åbo Akademi.

Friberg, Febe (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Glover, L., McLellan, A. & Weaver, M. (2009) What does having a fertility problem mean to couple. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401-418. Hämtad från databasen Cinahl.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Hammarberg, K., Baker, H.W.G. & Fisher, J.R.W. (2010) Men's experiences of infertility and infertility treatment 5 years after diagnosis of male factor infertility: a retrospective cohort study. *Human Reproduction*, 25(11), 2815-2820. Hämtad från databasen PubMed.

Hillensjö, T. & Nilsson, L. (2005). Utredning av det infertila paret. I redaktörens J. Hreinsson, L. Hamberger & T. Hardarson (Red.), Boken Infertilitet: *Utredning och behandling genom assisterad befruktning* (s. 37-42). Stockholm: Studentlitteratur.

Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J. & Collins, A. (1999) Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1999(78), 42-48.

Hreinsson, J., Hamberger, L. & Hardarson, T. (red.) (2005). *Infertilitet: utredning och behandling genom assisterad befruktning*. Stockholm: Studentlitteratur.

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. & Möller, A. (2006) First IVF treatment: short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21(12), 3295-3302. Hämtad från databasen PubMed.

Imeson, M. & McMurray, A. (1996) Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 1996(24), 1014-1022. Hämtad från databasen Cinahl.

Johansson, M. & Berg, M. (2005) Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci*, 2005(19), 58-63. Hämtad från databasen Cinahl.

Lundin, K. & Mikkelsen, A-L. (2005). Inseminering och fertilisering, in vitro-maturation (IVM). I redaktörens J. Hreinsson, L. Hamberger & T. Hardarson (Red.), Boken Infertilitet: *Utredning och behandling genom assisterad befruktning* (s. 89-99). Stockholm: Studentlitteratur.

Malik, S.H. & Coulson, N. (2007) The male experience of infertility: a thematic analysis of an online infertility support group bulletin board. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(1), 18-30. Hämtad från databasen Academic Search Elite.

McEwan, K.L., Costello, C.G. & Taylor, P.J. (1987) Adjustment to Infertility. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(2), 108-116. Hämtad från databasen Psykinfo.

Morrow, K.A., Thoreson, R.W. & Penney, L.L. (1995) Predictors of Psychological Distress Among Infertile Clinic Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 163-167. Hämtad från databasen Psykinfo.

Möller, A. & Bjuresten, K. (2005). Patienten i centrum. I redaktörens J. Hreinsson, L. Hamberger & T. Hardarson (Red.), Boken *Infertilitet: Utredning och behandling genom assisterad befruktning* (s. 169-174). Stockholm: Studentlitteratur.

Nationalencyklopedin (2012) *Sökord: Infertilitet*. Hämtad 2012-05-12
<http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/infertilitet>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Psykologiguiden (2012) *Natur och Kulturs Psykologilexikon: Sökord livskris*. Hämtad 2012-05-05 från <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=livskris>

Psykologiguiden (2012) *Natur och Kulturs Psykologilexikon: Sökord livsvärld*. Hämtad 2012-05-05 från <http://www.psykologiguiden.se/www/pages?Lookup=livsv%E4rld>

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

Segesten, K. (2006). Användbara texter. I redaktörens F. Friberg (Red.), Bokens *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37-38). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2004) *Assisterad befruktning 2001: Assisted reproduction Results of treatment 2001*. Hämtad 2012-03-19 från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17985/Bilaga_1a.pdf

Statens Medicinska Råd (2010) *Assisterad befruktning: 15 år senare*. Hämtad 2012-03-19 från <http://www.smer.se/Uploads/Files/84.pdf>

Sveriges Riksdag (2012) *Svensk författningssamling: Lag (1949:381) Föräldrabalk*. Hämtad 2012-09-09 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/

Sveriges Riksdag (2006) *Svensk författningssamling: Lag (2006:351) om genetisk integritet m.m.* Hämtad 2012-03-19 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2006351-om-genetisk-int_sfs-2006-351/#K1

Sveriges Riksdag (2006) *Svensk författningssamling: Lag (1984:1140) om insemination*. Hämtad 2012-03-19 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19841140-om-inseminatio_sfs-1984-1140/

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

World Health Organization (2012) *Health topics: Mental Health*. Hämtad 2012-05-12 från http://www.who.int/topics/mental_health/en/

World Health Organization (2012) *Health topics: Reproductive Health*. Hämtad 2012-05-05 från http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/

Yi-Ling, H. & Bih-Jaw, K. (2002) Evaluations of Emotional Reactions and Coping Behaviors as Well as Correlated Factors for Infertile Couples Receiving Assisted Reproductive Technologies. *Journal of Nursing Research*, 10(4), 291-301. Hämtad från databasen Cinahl.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I redaktörens F. Friberg (Red.), Bokens *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-67). Lund: Studentlitteratur.

Översikt av Systematisk litteratursökning

Avgränsningar: Peer Rewied

Academic Search Elite

Datum för sökningen 120329

Sök nr.	Sökord	Antal träffar	Lästa artiklar	Valda artiklar
1	Infertility	6540		
2	Experience* (abstract) AND Infertility	300		
3	Care* (all text) AND Infertility	1394		
4	Experience (abstract) AND Infertility AND Care* (all text)	93		
5	Nurs* (all text) AND Infertility	288	1	
6	Infertility*	407	2	1
7	Care* AND Infertility*	40	5	2

Avgränsningar: Peer Rewied

Psykinfo

Datum för sökningen 120419

Sök nr.	Sökord	Antal träffar	Lästa artiklar	Valda artiklar
1	Infertility and emotional feelings*	147	3	
2	Infertility and reactions*	130	2	
3	Infertility and social isolation*	58	2	
4	Infertility and emptiness*	4	2	
5	Infertility and chock	32		

Avgränsningar: Peer Rewied

Cinahl

Datum för sökningen 120419

Sök nr.	Sökord	Antal träffar	Lästa artiklar	Valda artiklar
1	Infertility and reactions*	3	2	1
2	Infertility and feelings*	7	2	1
3	Infertility and isolation*	6	3	1
4	Infertility and loss of control	3	1	
5	Infertility and grief	4	2	1
6	Infertility and anxiety	4	3	
7	Infertility and crisis	6	4	

Översikt över analyserade artiklar

Författare och Årtal	Artikelnamn	Syfte	Metod och Urval	Resultat
Glover, L., McLellan, A. & Weaver, S. M. 2009	What does having a fertility problem mean to couples?	Att undersöka meningen av fertilitetsproblemen hos par och se hur partners skiljde sig åt i bedömningen av deras fertilitetsproblem.	Semistructured interview schedule som följde Smith's riktlinjer. Tio par deltog. Kvalitativ ansats.	Uppfattningen av fertilitetsbehandlingen parallellt med pågående behandling skiljde sig i svaren och känslor av bitterhet och acceptans växte fram. Kommunikation spelade en viktig roll i upplevelsen av fortsatt infertilitet och ofrivillig barnlöshet.

<p>Hammarberg, K., Baker, H. W. G. & Fisher, J. R. W.</p> <p>2010</p>	<p>Men's experiences of infertility and infertility treatment 5 years after diagnosis of male factor infertility: a retrospective cohort study.</p>	<p>Att beskriva infertila mäns uppfattningar beträffande infertilitetens inverkan på deras intima relationer, upplevelsen av behandling och deras källor av information och stöd.</p>	<p>En tvärsnittsstudie med konsekutivt urval av män som diagnosticerades fem år tidigare. 112 deltog. Kvantitativ ansats.</p>	<p>Infertilitet orsakad av manlig faktor hade en negativ inverkan på den intima partnerrelationen hos 25% av männen. 32% rapporterade negativa effekter på deras sexuella tillfredsställelse. Belåtenheten av den medicinska vården och klinisk information var hög och inte påverkad av behandlingens resultat. Partnern och hälso- och sjukvårdspersonalen var de mest värdefulla stödet. Få män tyckte att stödgrupper var användbara och mindre än hälften förlitade sig i vänner.</p>
<p>Hjelmstedt, A., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J. & Collins, A.</p> <p>1999</p>	<p>Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking for IVF- and ICSI-treatment.</p>	<p>Att undersöka könsskillnader och likheter i psykologiska reaktioner relaterat till infertilitet, betydelsen av socialt stöd, effekten av infertiliteten på äktenskapet och coping strategier hos svenska par som söker IVF- eller ICSI-behandling.</p>	<p>Infertility Reaction Scale, Self-report questionnaire med öppna och slutna frågor och Miller behavioral Style Scale. 91 par deltog. Kvantitativ ansats.</p>	<p>Kvinnorna reagerade starkare av deras infertilitet än männen. Tre faktorer kom fram. Första var 'Mannens roll och den sociala pressen', andra var 'Det huvudsakliga fokuset i livet' och tredje 'Effekten på det sexuella livet'. Män hade signifikant svårare att anförtro sig till någon än vad kvinnorna hade. Informationssökningsstrategier hade signifikant korrelation med infertilitets sorg, detta endast bland män.</p>

<p>Holter. H., Anderheim. L., Bergh. C. & Möller. A.</p> <p>2006</p>	<p>First IVF treatment - short term impact on psychological well-being and the marital relationship.</p>	<p>Syftet var att värdera infertila pars kortfristiga känslomässiga reaktioner av deras första IVF behandling och relatera svaren till resultatet av IVF behandlingen.</p>	<p>Studien var en del av en prospektiv, longitudinellstudie där 117 par deltog. Kvantitativ ansats.</p>	<p>Kvinnor och mäns känslomässiga reaktioner relaterat till första IVF behandlingen var beroende på om en gravitet nåddes eller inte. De som misslyckades med att bli gravida skattade att deras emotionella välbefinnande blivit sämre. De som blev gravida skattade deras känslomässiga välbefinnande som bättre än innan behandlingen startat. Kvinnor rapporterade starkare känslomässiga reaktioner om deras infertilitet än deras män. Männen reagerade i samma känslomässiga mönster som sina fruar när gravitet inte uppnåddes. Majoriteten rapporterade att deras äktenskap förbättrats under behandlingen.</p>
<p>Imeson. M. & McMurray. A.</p> <p>1996</p>	<p>Couples' experiences of infertility: a phenomenological study.</p>	<p>Syftet var att fördjupa sig i pars upplevelse av att genomgå IVF- behandling.</p>	<p>Fenomenologiskt tillvägagångssätt. Sex par deltog. Kvalitativ ansats.</p>	<p>Förändrat liv, orkeslöshet, hopp och besvikelse cykeln och social isolering. Alla par som genomgår infertilitetsbehandling upplever livsförändringar, även förändringar i relationen. Det var förlorad kontroll i många aspekter av deras liv.</p>

Johansson. M. & Berg. M. 2004	Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment.	Att beskriva kvinnors upplevelser av barnlöshet två år efter avslutad IVF behandling.	Giorgi's metod baserad på Husserl's fenomenologi med ett livsvärldsperspektiv. Åtta kvinnor deltog. Kvalitativ ansats.	Barnlösheten blir ett centralt problem i livet. IVF blev en viktig del av livet. Kontakten med andra människor är inget viktigt problem. Hoppet om att nå en graviditet finns fortfarande. Sorg finns av att vara barnlös och inte kunna bekräfta relationen genom föräldraskap.
Malik, S.H. & Coulson. N. 2008	The male experience of infertility: a thematic analysis of an online infertility support group bulletin board.	Att undersöka kommunikationen i en infertilitetsstödgrupp anslagstavla på Internet för män för att erhålla mer förståelse av upplevelserna och behoven hos infertila män.	Induktiv tematisk analys. 728 meddelanden. Kvalitativ ansats.	Att stötta sin käresta var männens huvudroll. De upplever det som att de bara är åskådare i de flesta människornas ögon. Männen vill inte ge upp förhoppningarna men att det är svårt att inte låta bli.
McEwan. K. L., Costello. C. G. & Taylor. P. J. 1987	Adjustment to Infertility.	Undersöka de emotionella och sociala konsekvenserna av infertilitet.	The General health Questionnaire, Social Adjustment Scale-self report (SAS-SR), Derogatis swxual Function Inventory (DSFI) scales, två skalor. Quantity-Frequency Alcohol index (Q-FAI). 62 kvinnor och 45 män deltog. Kvantitativ ansats.	Ca 37% av kvinnorna och 1% av männen i infertila äktenskap visade på psykologiska störningar. Unga kvinnor och kvinnor som inte hade fått någon diagnos var mer sorgsna än patienter som hade fått en diagnos. Kvinnor som kände ansvar för infertiliteten visade mindre anpassning och detta var mest uppenbart då orsaken av infertiliteten inte var på grund av en manlig faktor. Kvinnor som trodde att deras chanser att få barn var lägre än den

				medicinska prognosen var mest sorgsna. Kvinnor som tillhörde den protestantiska tron visade bättre anpassning än kvinnor i andra religioner.
Morrow. K. A., Thoreson. R. W. & Penney. L. L. 1995	Predictors of psychological distress among infertility clinic patients.	Syftet var att undersöka prediktorer av psykologisk smärta hos infertila patienter.	The Global Severity Index (GSI) subscales of the symptom checklist, Ways of coping-Revised (WOC-R), The 18-item Multidimensional health Locus of Control scale (MHLC) varav tre underkategorier, Internal (I-MHLC), Chance (C-MHLC) och Powerful others (PO-MHLC). 206 personer deltog. Kvantitativ ansats.	Infertila män och kvinnor rapporterade större psykologisk smärta än normativa uppgifter från befolkningen. Undvikande strategier och att man lägger skulden på sig själv var de bästa prediktorerna på psykologisk smärta hos män och kvinnor. Ökad ålder och ofrivilligt barnlös var prediktorer hos män men inte hos kvinnor.
Schneider. M. G. & Forthofer. M. S. 2005	Associations of psychological factors with the stress of infertility treatment.	Att undersöka psykosociala faktorer som är tänka att vara associerade med stress på grund av infertilitets behandling.	Studien är baserad på sekundär analys av data från studien Marriage, Family and Life Quality som bestod av 128 personer. Datan var insamlad 1988, 1989 och 1990. Kvantitativ ansats.	Självförtroende och upplevd hälsa var associerat med stress vid studiens start. Biologisk familj var viktigt och omfattningen av makars stöd var associerat med stress vid 12 månaders uppföljningen och faktorer avseende infertilitets behandlingen associerades med stress vid 24 månaders uppföljningen. Självförtroendet var den enda psykosociala faktorn som associerades med ändrad stress på grund av behandlingen.

<p>Yi-Ling. H. & Bih-Jaw. K. 2002</p>	<p>Evaluations of Emotional Reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies.</p>	<p>Syftet var att undersöka följande mål hos infertila par som får infertilitets behandling: skillnader mellan makar i deras känslomässiga reaktioner och coping beteende.</p>	<p>Grundläggande data, Profile of Mood States (POMS), Ways of Coping Questionnaire av Folkman och Lazarus. 120 par deltog i studien. Kvantitativ ansats.</p>	<p>De känslomässiga reaktionerna infertila par får varierar i skillnader i utbildning, behandlingstid, hur många behandlingar som genomgått och hur många existerande barn de har sedan tidigare. De känslomässiga reaktionerna hos infertila män hade en signifikant positiv korrelation med faktorer som att konfrontera, acceptera ansvar och undvikande. Fruarna hade signifikant negativ korrelation med positiv omvärdering.</p>
---	--	--	--	--



Högskolan

Väst

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

461 86 Trollhättan

Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99