



Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Kampen mot barnlösheten

- Kvinnors upplevelser av infertilitet

En studie av självbiografier

Ida Alatalo och Karin Andersson
Handledare: Marita Eriksson

Examensarbete, 15 hp
Kandidatnivå
VT 2014

Abstract

Titel	Kampen mot barnlösheten. Kvinnors upplevelser av infertilitet. En studie av självbiografier. The struggle against childlessness. Women's experiences of infertility. A study of autobiographies.
Författare	Ida Alatalo och Karin Andersson
Institution	Högskolan Väst, institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp.
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp.
Termin/år	VT 2014
Antal sidor:	16

Background: Fertility problems in women often cause mental stress. Feelings that women describe during the infertility investigation is jealousy, sorrow, guilt, pain, and anxiety. These women need support and encouragement from the nurse during the investigation. Therefore it is important that nurses understand the women's experiences. Previous studies on women's experiences of infertility are based on interviews. Therefore, this study will focus on women's own stories about their experiences during infertility investigation.

Aim: The aim of the study was to describe women's experiences of infertility during the time the investigation is in progress.

Method: The study was based on narratives, which in this case means an analysis of biographies. Three autobiographies were analyzed according to Dahlborg-Lyckhages (2006) description of analysis of narratives.

Results: Four themes and seven subthemes emerged from the analysis. The results show that women's experiences are characterized by being inadequate, feeling guilt, envy, and the nurse's attitudes that can give sense of desperation or hope. The women's experiences affect their everyday lives and their emotions make them isolate themselves.

Conclusion: Motherhood is a central part of the woman's life and identity, to be infertile is perceived as to major pressure that may result in mental stress. To reduce the infertile women's suffering and mental stress it is important that the nurse shows empathy and understanding.

Keywords: autobiography, experiences, infertility, investigation, woman

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Infertilitet och utredning	1
Behandlingsalternativ	2
Tidigare forskning om kvinnors upplevelser av infertilitet	2
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar	3
Sjuksköterskans roll under infertilitetsutredningen	4
PROBLEMFORMULERING	4
SYFTE	5
METOD	5
Urval och datainsamling	5
Analys	5
RESULTAT	6
Att inte räcka till	6
Förlorat min kvinnliga identitet	6
Det oåtkomliga målet	7
Skuld	7
Mitt egna fel	7
Avund	8
Hatet som plågar mig	8
Jag vill inte vara missunnsam	8
Mellan förtvivlan och hopp	9
Utlämnad till oss själva	9
Äntligen någon som visade förståelse	9
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11

KONKLUSION SAMT PRAKTISKA IMPLIKATIONER	13
REFERENSER	14

BILAGOR

- I Översikt av de analyserade självbiografierna
- II Analysmatrix över meningsbärande enheter, subteman och teman

INLEDNING

Idag lider omkring 10-15 % av alla par i Sverige av infertilitet (Giwerzman, 2014). Socialstyrelsen rapporterar liknande siffror redan för fem år sedan (Socialstyrelsen, 2009). Infertilitet definieras som ett års aktivt försök till graviditet utan resultat (Bratt, 2013). Orsaker kan vara sjukdom i äggstockar och livmoder samt nedsatt funktion i dessa organ (WHO, 2013). Att som kvinna inte kunna bli gravid kan upplevas som maktlöshet, känsla av okvinnlighet, skuld och skam (Cunningham & Cunningham, 2013; Loke, Yu & Hayter, 2012). Känslorna som upplevs i samband med infertilitetsutredningen kan utlösa en krissituation hos kvinnan, då kvinnor och kvinnlighet ofta förknippas med graviditet och barnafödande. Kvinnor som inte kan bli gravida kan uppleva en känsla av sorg, sänkt självkänsla och övergivenhet (Cullberg, 2006). Det finns få studier som behandlar sjuksköterskans roll under infertilitetsutredning. Kvinnor beskriver hur de behöver sjuksköterskans förståelse, stöd och uppmuntran igenom utredningen (Omu & Omu, 2010). Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) ska sjuksköterskan ge stöd samt uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelser och lidande. Detta för att möjliggöra optimal delaktighet i vårdandet och så långt som möjligt tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, såväl fysiska, psykiska, sociala och kulturella. Allmänsjuksköterskan kan möta kvinnor med infertilitetsproblematik i olika sammanhang. Det är viktigt att sjuksköterskan har förståelse för kvinnors upplevelser av infertilitet. Detta för att kunna bemöta och stödja kvinnorna på ett adekvat sätt i sin omvårdnad. Denna studie kommer därför att fokusera på kvinnors upplevelser av infertilitet.

BAKGRUND

Infertilitet och utredning

Infertilitet direkt översatt betyder 'ofruktbarhet', vilket innebär oförmåga att bli gravid. Diagnosen infertilitet ges av läkare då individen haft regelbundet oskyddat samlag i ett års tid med avsikt att bli gravid utan resultat (Bratt, 2013).

Infertilitet är ett vanligt problem i Sverige och i likhet med övriga Västeuropa och Nordamerika är ungefär 10-15 % av alla par drabbade (Socialstyrelsen, 2009). Orsaker till infertilitet hos kvinnor kan vara könsjukdomar som kan ge skador på äggledare samt livmoder och därmed reduceras deras funktion samt fertilitet. Nedsatt funktion av ägglossning är bland de vanligaste orsakerna till barnlöshet. Detta kan resultera i minskad fertilitet och påverkas av ålder, fetma och undernäring (Hillensjö & Nilsson, 2005; Socialstyrelsen, 2009; WHO, 2013). Övervikt och undernäring kan orsaka utebliven ägglossning och hormonella rubbningar vilket minskar chansen till graviditet.

Fertilitetsutredningen har tre mål: ge svar på orsaken till barnlöshet, klargöra vilka chanser paret har att bli gravid och lägga upp en behandlingsplan. Utredningen börjar med en noggrann anamnes och frågor som rör sexlivet, livsstil, hälsa, tidigare könssjukdomar, rökning, alkoholvanor och sjukdomar (Bratt, 2013). Efter anamnesen görs en kontroll i form av blodprover för att klargöra om ett hormonellt fel är orsaken till barnlösheten. Vid fortsatt utredning görs ultraljud där kontroll av äggledare och livmoder görs för att få svar på det eventuella problemet (Hamberger & Hovatta, 2002; Hillensjö & Nilsson, 2005).

Fertilitetsutredningen tar minst en månad, men kan också dra ut på tiden. Utredningen kan upplevas krävande och psykiskt påfrestande för kvinnan och i 20 % av fallen finns ingen

förklaring till infertiliteten (Bratt, 2013; Socialstyrelsen, 2009). Under utredningen är det vanligt att kvinnan känner stress, förnedring, genans och skam (Helström, 2010; Loke et al., 2012). Kvinnorna återfår hoppet om graviditet när de tillsammans med vårdpersonalen lägger upp en behandlingsplan anpassat efter deras orsak till tillståndet (Bratt, 2013).

Behandlingsalternativ

Fertilitetsutredningen leder ofta till att orsaken till tillståndet upptäcks. Även om orsaken till barnlösheten inte återfinns kan paret få hjälp. Idag finns fem olika möjligheter till behandling av infertilitet beroende på orsaken till tillståndet, hormonbehandling, intrauterin insemination, provrörsbefruktning, mikroinjektionsteknik och fertilitetsfrämjande operationer (Bratt, 2013).

Hormonstimulerande behandling kan ges i tablett eller injektionsform till kvinnan. Behandlingen främjar ägglossningen och mognaden hos ägget. Efter behandlingen ska paret ha samlag vid planerad ägglossning, kvinnan kan använda sig av urinsticka för att få exakt svar när ägglossningen sker (Bratt, 2013). Vid intrauterin insemination startar behandlingen först med hormonstimulering. Skillnaden mellan behandlingarna är att vid tid för ägglossning sprutar läkaren in mannens renade spermier direkt in i kvinnans livmoder (Bratt, 2013). Ett annat behandlingsalternativ är provrörsbefruktning. Även här startar behandlingen med hormonstimulerande och då mognar flera av kvinnans ägg i äggstockarna. När äggen mognat plockas de ut och mannens sädesceller tillsätts i ett provrör. I två till tre dagar förvaras cellerna i ett uppvärmt skåp där befruktningen och tillväxt sker. Om befruktningen fungerat förs cellerna in i kvinnans livmoder (Bratt, 2013). Ett annat behandlingsalternativ är mikroinjektionsteknik. Denna behandling är i stort sett densamma som provrörsbefruktning. Skillnaden mellan behandlingarna är att vid mikroinjektionsteknik så injiceras sädescellen direkt in i det uttagna ägget istället för att befruktningen sker av sig själv i ett provrör (Bratt, 2013). Vid fertilitetsfrämjande operationer är avsikten med operation hos kvinnan att öppna upp eventuella ärrbildningar runt äggledarna, eller ta bort muskelknutor som kan vara ett hinder för befruktningen (Bratt, 2013).

Tidigare forskning om kvinnors upplevelser av infertilitet

I tidigare forskning beskriver kvinnor sina upplevelser av infertilitet som stress, ångest misslyckande, okvinnlighet, maktlöshet och utanförskap (Behoodi-Moghadam, Salsali, Eftekhar-Ardabilly, Vaismoradi & Ramezanzadeh, 2013). Kvinnorna har svårt att se sin framtid utan barn och infertiliteten ses som en plåga som de behöver leva med resten av livet (Behoodi-Moghadam et al., 2013).

Kvinnor som inte kan bli gravida och därmed inte kan följa det biologiska kallet, kan uppleva sorg och sänkt självkänsla då kvinnor och kvinnlighet ofta förknippas med graviditet och barnafödande (Cullberg, 2006). Flertalet av kvinnorna med infertilitetsproblem upplevde en stor sorg och beskriver hur de gråtit sig till sömns varje natt under utredningen (McCarthy, 2008). Infertilitet sänker kvinnornas självkänsla och självförtroende och att söka efter en ny identitet upplevs krävande och påverkar vardagen (McCarthy, 2008). Kvinnor beskriver hur moderskap är centralt för deras kvinnliga identitet. När de inte kan bli gravida ser de sig själva som okvinnliga och misslyckade, därav kommer ångest, stress och en känsla av isolering från det 'fertila samhället' (Behoodi-Moghadam et al., 2013; Cunningham & Cunningham, 2013; Fledderjohann, 2012). Barn är ett centralt samtalsämne och kvinnor upplever det plågsamt och som en känsla av isolering då de inte kan delta i samtalen (Akizuki & Kai, 2008; Behoodi-Moghadam et al., 2013; Loke et al., 2012). Kvinnorna upplever brist på sympati och

förståelse från umgängeskretsen och detta resulterar i att de vill isolera sig (Fledderjohann, 2012).

Under infertilitetsutredningen upplever hälften eller fler av kvinnorna psykisk stress och påfrestning. Detta kan påverka deras dagliga liv då känslor av utanförskap, tomhet, tristess och avundsjuka på andra kvinnor är vanliga. Med risk för att känna utanförskap behåller kvinnorna sin infertilitet hemlig. När vänner och bekanta inte vet om problemet får kvinnorna ofta frågor om när de tänkt skaffa barn. Sådana frågor kan orsaka en del av den psykiska stressen genom att behöva förklara sig (Cunningham & Cunningham, 2013; Fledderjohann, 2012; Möller & Bjursten, 2005). Stressen kvinnor upplever i samband med infertilitet försämrar deras psykiska hälsa och kan resultera i förvärrad ångest och sömnproblematik (McCarthy, 2008).

I tidigare forskning framkommer det också att kvinnornas upplevelser präglas av avundsjuka på gravida kvinnor (Cunningham & Cunningham, 2013; Fledderjohann, 2012; Loke et al., 2012; McCarthy, 2008; Omu & Omu, 2010). Avundsjukan som infinner sig när de möter gravida skapar känslor som frustration, ilska och sorg. Kvinnorna önskar att de kan vara glada för de gravida kvinnornas skull och känner stor skam när de inte klarar av det (Cunningham & Cunningham, 2013; Fledderjohann, 2012; Loke et al., 2012; McCarthy, 2008; Omu & Omu, 2010).

Flera studier visar på att det finns ett samband mellan infertilitet och depression (Fledderjohann, 2012; Loke et al., 2012; McCarthy, 2008; Omu & Omu, 2010). Känslor som hjälplöshet, trötthet, vrede, sömnlöshet, irritation och viktökning kan vara symtom på en depression. De känslor som uppstår vid ofrivillig barnlöshet vilket också är symtom på depression kan resultera i ännu en faktor som kan försvåra graviditeten (Bratt, 2013).

Kvinnor förklarar hur graviditet och barnafödande är en central del av att vara kvinna. När de själva inte kan bli gravida upplever de känslomässiga reaktioner så som ångest, misslyckande, ilska och frustration (Omu & Omu, 2010). Idag planerar de flesta kvinnor när de ska skaffa barn. Det är en självklarhet för de flesta att kunna bli gravid om de bara vill. När månaderna och åren går utan resultat blir besvikelsen och chocken stor (Bratt, 2013). Barnlöshet kan upplevas som skamligt och sjukligt. Sjukvården finns för att hjälpa, stödja och finna orsaken till problemet (Sundstöm, 2005).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, 2§a) ska vården bedrivas så att patientens behov av trygghet och kontinuitet tillgodoses. Vården ska främja god kontakt mellan patienten och vårdpersonalen. Personcentrerad vård handlar om att synliggöra hela personen samt tillgodose sociala, existentiella och psykiska behov i samma utsträckning som fysiska. Personcentrerad vård innebär även att respektera och förstå personens upplevelse och tolkning av sin unika situation (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2010). Patienter ska bemötas med kunskap och empati. Ett bra bemötande är avgörande för patientens upplevelse av sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskan behöver lyssna på patienter och försöka förstå deras upplevelser och hur det påverkar deras vardag (SSF, 2014). Sjuksköterskan ska ha förmågan att kommunicera med patienten på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan ska även ha förmågan att föra en dialog med patienter för att ge stöd och främja en god vårdrelation under hela vårdtiden (Socialstyrelsen, 2005).

Enligt Orem (1995) ska sjuksköterskan ge både fysiskt och psykiskt stöd till patienten. Genom att upprätthålla kontinuerligt stöd kan sjuksköterskan undvika känsla av misslyckande hos patienten. Stöd är en viktig omvårdnadsåtgärd när patienten upplever ohälsa. När sjuksköterskan ger stöd är det viktigt att det är patienten som styr och kontrollerar handlingen i situationen. För att kunna bedöma patientens behov av stöd behöver sjuksköterskan förståelse och kunskap om situationen. Stöd behöver inte alltid innebära verbal kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten. Icke verbal kommunikation så som ögonkontakt, beröring eller genom att lyssna och visa empati kan vara en lika god omvårdnadsåtgärd som verbal kommunikation (Orem, 1995).

Sjuksköterskans roll under infertilitetsutredning

Tidigare forskning och annan litteratur om infertilitet tydliggör hur viktig sjuksköterskans förståelse och stöd är för kvinnorna under infertilitetsutredning (McCarthy, 2008; Omu & Omu, 2010; Sundström, 2005). När infertilitet uppkommer i en relation är det viktigt att sjuksköterskan inkluderar såväl mannen som kvinnan under utredningen. Det är viktigt att båda kommer till tals och får chans att ta ställning till olika behandlingsalternativ samt får prata om sina känslor (Sundström, 2005). Traditionellt ansågs infertilitet som ett problem enbart för kvinnan och mannen sågs som en spermieleverantör. Idag har sjukvården en annan syn på situationen och det är en självklarhet att båda individerna i relationen är delaktiga under utredningen (Möller & Bjursten, 2005). Barnlöshet är en existentiell kris och inriktningen för sjuksköterskan är att ge ett så bra stöd som möjligt under hela utredningen (Sundström, 2005). Kvinnor upplever ofta att sjuksköterskan inte värnar om deras psykiska hälsa utan endast fokuserade på olika behandlingsalternativ. När kvinnors psykiska hälsa inte uppmärksammades upplevde de sig osynliga och ensamma (McCarthy, 2008). Kvinnor beskriver att de upplever brist på förståelse och känslomässigt stöd från sjuksköterskorna under utredningen. De har förhoppningar om att sjuksköterskan ska fungera som ett känslomässigt stöd som lyssnar, uppmuntrar, är lugnande och empatisk (Omu & Omu, 2010).

Empati kommer från det grekiska ordet `empathia', vilket betyder känsla eller lidande (Holm, 2008). Innebörden av ordet empati betyder hjälpsamhet, tillmötesgående, medkänsla och att sätta sig in i hur individen har det i en situation. För att tillämpa empati i vardagen krävs en kunskap och insikt i andra människors upplevelser och känslor för den specifika situationen (Holm, 2008). Sjuksköterskans empati och kommunikation är viktig för kvinnan under fertilitetsutredningen då kvinnan ofta vill sitta ned och samtala om problemet och om hennes känslor (Möller & Bjursten, 2005; Omu & Omu, 2010). För att sjuksköterskan ska kunna ge stöd och empati krävs en förståelse för kvinnornas upplevelse av infertiliteten (Omu & Omu, 2010).

PROBLEMFÖRMULERING

Att som kvinna inte kunna bli med barn kan ge upphov till psykisk ohälsa då många kvinnor känner sig misslyckade och maktlösa i situationen. Det framkommer i genomgången litteratur att kvinnor som intervjuats under infertilitetsutredning upplever att sjuksköterskan har bristande förståelse för deras upplevelser och känslor. Det framkommer även att kvinnorna vill att sjuksköterskan i sin omvårdnad ska fungera som ett känslomässigt stöd, uppmuntrande, lugnande och ha förståelse. Om sjuksköterskan misslyckas genom att inte ge stöd eller ha förståelse kan kvinnornas psykiska ohälsa förvärras ytterligare. Det krävs att sjuksköterskan har förståelse för kvinnors upplevelser av infertilitet, för att kunna bemöta och

stödja kvinnorna på ett adekvat sätt i sin omvårdnad. Eftersom tidigare studier bygger på intervjuer så kommer denna studie fokusera på kvinnors egna berättelser om sina upplevelser under infertilitetsutredningen.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av infertilitet under den tid utredningen pågår.

METOD

För att få en ny dimension av kvinnors upplevelser valdes självbiografier. Detta för att kunna beskriva kvinnors upplevelser och få en helhetsbild av deras livsvärld. En kvalitativ analys av narrativer i form av självbiografier valdes till studien. Kvalitativ analys av narrativer är en bra metod för att visa eller beskriva upplevelser och erfarenheter utifrån individens personliga perspektiv (Dahlborg-Lyckhage, 2006). Tidigare studier har använt sig av intervjuer som datainsamlingsmetod för att beskriva kvinnors upplevelser. Självbiografistudie är en bra metod för att ta del av individers upplevelser och känslor i vardagliga livet vilket kan vara svårt att få fram via intervjuer (Dahlborg-Lyckhage, 2006). Syftet med studien var att beskriva upplevelser därför ansågs metoden vara lämplig.

Urval och datainsamling

Sökningen gjordes i Libris biblioteksdatabas med sökorden "barnlöshet biografi" vilket gav 9 träffar och sökorden "Infertility -- personal narratives" gav 6 träffar. Inklusionskriterierna för självbiografierna var att de skulle vara skrivna från 2003 och framåt, belysa kvinnors känslor och upplevelse av infertilitet, skrivna på svenska, vara ifrån Europa och utgå från ett patientperspektiv. Exklusionskriterierna var sjukdomar relaterat till barnlöshet och att de handlade om adoption. Sju självbiografier kunde väljas ut och vid närmare granskning var fyra av självbiografierna inte ur ett patientperspektiv och exkluderades därför. Tre självbiografier kvarstod och valdes ut till analysen (bilaga I).

Analys

Datamaterialet analyserades enligt en metod för narrativer beskriven av Dahlborg-Lyckhage, 2006. Steg ett i analys av narrativer är att se textens helhet. Det är viktigt att ha en öppenhet för texten och att inte låta sig styras av färdiga kategorier eller teorier. Att ha förutfattade meningar kan påverka analysen (Dahlborg-Lyckhage 2006). De tre valda självbiografierna lästes enskilt av båda författarna. Under bearbetning av materialet markerades sidor i självbiografierna där kvinnornas upplevelser beskrevs. Meningsbärande delar urskiljdes genom en ständig dialog med texterna och de delar som svarade mot studiens syfte urskiljdes. För att få en god överblick skrevs de meningsbärande delarna i en analysmatrix (bilaga II). Delarna jämfördes med varandra och grupperades därefter utifrån likheter och skillnader. Nyckelord kunde plockas ut ur de meningsbärande delarna och skrevs ner på färgade lappar. De färgade lapparna kunde därefter flyttas fram och tillbaka mellan olika högar utifrån likheter och skillnader. Nyckelord och meningsbärande delar jämfördes genom att skifta perspektiv mellan helhet och delar för att säkerställa att de stämde överens. Under diskussion kom båda författarna överens om sju subteman som beskrev kvinnornas upplevelser.

Subtemana skrevs ner på färgade lappar och klistrades fast på en vägg för att få en bra överblick. Genom att flytta lapparna fram och tillbaka kunde slutligen fyra teman åskådliggöras. För att möjliggöra verifiering av tolkningen av innebörden i subtemana valdes belysande citat ut ur självbiografierna. Delarna behandlades återigen som en helhet vilket utgör resultatet som svarar på syftet i studien.

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet växte fyra teman och sju subteman fram som speglar kvinnornas upplevelser under infertilitetsutredningen, se tabell 1.

TEMAN	SUBTEMAN
Att inte räcka till	- Förlorat min kvinnliga identitet - Det oåtkomliga målet
Skuld	- Mitt egna fel
Avund	- Hatet som plågar mig - Jag vill inte vara missunnsam
Mellan förtvivlan och hopp	- Utlämnad till oss själva - Äntligen någon som visade förståelse

Tabell 1. Översikt av teman och subteman

Att inte räcka till

Kvinnornas upplevelser präglades av känslan att inte räcka till. När det biologiska kallet svikit dem kände de sig okvinnliga och maktlösa. Att inte kunna bli gravid på naturlig väg upplevdes av kvinnorna som att de förlorat en del av sig själva och sin identitet. När de inte hade någon kontroll över situationen eller kunde påverka den upplevdes deras barnlängtan som ett oåtkomligt mål.

Förlorat min kvinnliga identitet

Kvinnorna upplevde att deras identiteter förändrats från det att de kände sig kvinnliga och fruktbara till okvinnliga och infertila. Att förlora identiteten gav en negativ påverkan i sociala sammanhang, arbetet och familjelivet. De kände inte längre igen sig själva, vilket skrämde dem. Kvinnorna upplevde sig inte bekväma i den nya identiteten, men visste inte hur de skulle vinna tillbaka sitt gamla jag. De var rädda för att familj och vänner skulle döma dem för deras nya känslor och handlingar som den nya identiteten medförde.

”Jag upplevde ett helvete. Jag hade helt förlorat känslan av hur det var att fungera som en normal kvinna” (Fransson, 2009, s. 329).

Kvinnorna beskrev sig själva som okvinnliga när de inte kunnat bli gravida. Okvinnligheten upplevdes som att en del av deras identitet gått förlorad. Upplevelsen av förlorad kvinnlighet ledde till känslan av att inte längre kunna bära klänning. Klänning upplevdes som något typiskt kvinnligt och genom att ha förlorat kvinnligheten gav det känslan att inte längre förtjäna att klä sig i klänning.

”Utan att vi märkt något var vi plötsligt mitt i sommaren. Värmen hade blåst in över landet och i vår rabatt blommade det för fullt. Min själ var dock fortfarande tung och kall som en blöt lovikkavante. Jag kunde inte finna energin igen. Jag kände mig stympad som människa, som kvinna” (Holmgren, 2004, s. 20).

Det oåtkomliga målet

Under utredningen upplevde kvinnorna känslan av maktlöshet. Att deras barnlängtan var ett oåtkomligt mål och hur mycket de än kämpande, nådde de aldrig målet. Kvinnorna upplevde att barnlösheten höll dem fångade och visste nästa steg. Ovissheten om nästa steg fick kvinnorna att känna sig svaga och maktlösa. Att vara helt maktlös och vetskapen om att aldrig kunna nå målet upplevdes som påfrestande för kvinnorna. Att inte längre ha någon kontroll över sitt liv och vetskapen om att ingen skulle komma till undsättning förvärrade situationen ytterligare.

”Jag hade ingen makt över mitt egna liv från den stunden. Det som jag så innerligt drömt om hade flyttats en hylla upp, och fastän jag stod på tå, så kunde jag inte nå det” (Holmgren, 2004, s. 20).

”- Hur går det med barnalstrandet, frågade hon. - Jag trodde jag stod vid mållinjen, men någon flyttade linjen, svarade jag torrt” (Fransson, 2009, s. 291).

”Men nu tar ilskan mig ingen vart, nu räcker det inte bara att vara ihärdig. Jag vill något som tydligen inte går. Och det är inte vad som helst, det handlar om fortplantning, livets essens, livet självt” (Uyterlinde, 2003, s. 50).

Skuld

Kvinnorna beskrev skuld som en stark känsla under utredningen. När paret inte kunde bli gravida lade kvinnorna skulden på sig själva. Skulden resulterade i en stor sorg för kvinnorna som var svårhanterlig eftersom de upplevde att infertiliteten var deras egna fel.

Mitt egna fel

Kvinnorna klandrade sig själva för att inte kunna följa det biologiska kallet. Kvinnorna frågade sig själva vad de gjort för fel, varför de förtjänade detta och vad de begått för något grymt brott eftersom de inte kunde bli gravida. Frågor från omgivningen angående kvinnornas planer om graviditet gjorde att de skuldbelade sig själva ytterligare. Frågorna förvärrade inte bara skulden utan påminde dem om den stora sorgen som fanns inom dem. När kvinnorna skuldbelade sig själva växte även sorgen inom dem. Sorgen över att vara infertil blev en stor del av vardagen. Att klandra sig själv och att gråta sig till sömns varje kväll blev en vana som resulterade i en stor utmattning.

”Jag kände mig obeskrivligt ledsen och på något märkligt sätt djupt sårad. Gång på gång frågade jag mig själv vad jag gjort för fel. Varför hade inte jag förärats med gåvan att på naturlig väg skapa mina barn?” (Holmgren, 2004, s. 19).

”För mig var det solklart vem av oss som var den felande länken... Jag kom ihåg min äggledarinflammation och var övertygad om att den ställt till med problem” (Fransson, 2009, s. 43).

”Fanns det någon djupare mening med det här? Var jag inte nog bra som människa för att få bli mamma? Vad hade jag gjort för fel?!” (Holmgren, 2004, s. 20).

Avund

Kvinnornas upplevelser av att se andra gravida speglas av hat och missunnsamhet. Hatet och smärtan kvinnorna upplevde när de mötte en gravid kvinna gjorde att de ville socialt isolera sig. Trots att de skulle vilja kunna vara glada för att andra lyckats bli gravida, klarade de inte av att dölja sin avundsjuka för dem. Känslan av att aldrig själv bli gravid eller att få höra sina barn skrika och skratta gav en stor tomhetskänsla hos kvinnorna.

Hatet som plågar mig

Ilskan kvinnorna upplevde av att inte kunna bli gravida var så stark att det skapade ett hat mot gravida kvinnor. Ilskan och hatet låg och kokade under ytan hela tiden och kvinnorna upplevde att de inte längre hade någon kontroll över sina handlingar och känslor.

”Hon ser min ilska blick och drar ned tröjan över den putande magen i en skyddande reflex. Jag känner mig som den onda fen vid deras blivande barns vagga. Jag måste bort härifrån” (Uyterlinde, 2003, s. 113).

Känslan av att vara fylld med hat och vrede mot gravida var det värsta med situationen. Vreden låg så nära ytan att den när som helst kunde explodera i ett vulkanutbrott. Rädslan att inte kunna behärska sina känslor och handlingar mot gravida resulterade i att vilja isolera sig ytterligare. De vågade inte berätta för familj eller vänner om sina känslor mot gravida. De var rädda att de inte skulle förstå och förakta dem för deras upplevelser. Fortplantning upplevs som livets essens och att inte kunna bli gravid gjorde att hatet och ilskan mot gravida tar över alla tankar.

”Mina tankar som följde skrämde mig. Jag ville skrika åt henne, slå henne hårt i magen och gapskratta åt det... Jag hatade henne i det ögonblicket och ville aldrig se henne igen” (Holmgren, 2004, s. 51-52).

Jag vill inte vara missunnsam

Kvinnorna upplevde avundsjuka mot gravida. De beskrev känslan av att möta gravida som ett hån mot dem själva. Kvinnorna ville så gärna vara glada för andras växande magar, men de klarade inte av att dölja sin avundsjuka. Värst upplevdes det när väninnor blivit gravida. Att inte kunna glädjas åt deras lycka skapade ett avstånd i relationen mellan kvinnan och den gravida. Även om de visste att missunnsamheten av väninnans graviditet kunde förstöra deras relation så kunde inte avundsjukan undvikas. Avundsjukan kunde gå så långt att de vägrade att se eller ta på väninnans mage. Kvinnorna förstod att det inte var den gravida väninnans fel att de inte kunde bli gravida, men ändå kunde de inte förneka smärtan och missunnsamheten.

”Jag borde ringa henne och förklara. Tala om att jag inte missunnade henne att få barn att jag inte klandrade henne... Men var det sanningen då?” (Holmgren, 2004, s. 77).

Mellan förtvivlan och hopp

Kvinnorna upplevde sjuksköterskan som någon som antingen gav dem förtvivlan och hopp. När sjuksköterskan visade förståelse och tog sig tid för kvinnorna gav detta dem hopp om situationen. När kvinnorna inte blev sedda eller lyssnade på av sjuksköterskan upplevdes det som en förtvivlan och att de blivit utlämnade åt sig själva.

Utlämnad till oss själva

När kvinnorna upplevde att sjuksköterskan inte hade förståelse för deras situation så gav det en känsla av att vara utlämnad och frustrerad. När sjuksköterskan inte under hela utredningen frågade hur de tog sig igenom vardagen med sin barnlängtan blev det en besvikelse för kvinnorna.

”Ingen vårdpersonal inom barnlöshetsinstitutionerna hade någonsin ställt frågan om hur vi lyckades med att ta oss igenom våra dagar, veckor och år av längtan efter barn. Vi var totalt utlämnade åt oss själva med vårt problem” (Fransson, 2009, s. 109).

Sjuksköterskornas brist på förståelse resulterade i att kvinnorna tappade förtroende för vården och deras utredning. Att inte bli sedd eller lyssnad på gjorde att kvinnorna upplevde att vården överlämnat allt ansvar till dem själva och frustrationen mot vårdpersonalen tog bort all deras tillit till vården. Att vara utlämnad i en så sårbar situation gav känslan av att vara maktlös och att livet skulle rasa samman. Kvinnorna upplevde att sjuksköterskan inte förstod deras maktlösa situation och det skapade en ilska mot sjukvården.

”Jag ville skrika hårt i luren, så att det smärtade i hennes öra. Kanske skulle hon då förstå lite av vad det innebar att befinna sig i denna maktlösa position” (Holmgren, 2004, s. 37).

Äntligen någon som visade förståelse

Kvinnorna upplevde att när sjuksköterskan hade förståelse och insikt i deras situation behövde känslorna varken förklaras eller döljas. Känslan av att få vara svag utan att bli ifrågasatt gav kvinnorna en trygghet till sjuksköterskan och vården. Kvinnornas hopp om barn återvanns när sjuksköterskan tog sig tid, lyssnade och visade empati.

”Ingrid sa att chanserna att lyckas för vår del var stor, och att siffrorna för vår åldersgrupp var väldigt fina. Kanske var det sanningen eller bara ett sätt att gro lite hopp i oss, i vilket fall som helst lyckades det” (Holmgren, 2004, s. 28).

Att få prata ut om sina inre känslor till en förstående sjuksköterska minskade den psykiska påfrestningen. Att sjuksköterskan inte pratade bort kvinnans maktlöshet med goda råd utan delade den, resulterade i att kvinnan kände stöd och tillit till sjuksköterskan. Kvinnorna upplevde sig själva som irriterande och tjatiga när de ringde mottagningen varje vecka för att ställa frågor och få eventuella svar. När sjuksköterskan väl tog sig tid och visade empati för kvinnorna minskade känslorna av att vara enerverande och sjuksköterskan blev kvinnornas trygghet.

”Läget var helt oförändrat. Förutom en detalj. Denna gången hade jag en ängel i andra änden av telefonlinjen. Till denna Karin nådde min desperata röst fram. Hon hörde att min angelägenhet inte handlade om att jag var otålig, att detta inte var vilken undersökning som helst. Hon hörde att det handlade om hela min existens och hon var den enda som kunde rädda mig. Och det gjorde hon” (Holmgren, 2004, s. 18)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vid kvantitativ ansats vill forskaren bevisa, hitta samband och förklara fenomenet. Vid kvalitativ ansats vill forskaren istället beskriva upplevelser, känslor och erfarenheter hos individer. Syftet med studien var att beskriva upplevelser och därför ansågs en kvalitativ ansats lämplig. Analys av kvalitativa artiklar valdes bort då en ny dimension av kvinnornas upplevelser ville lyftas fram. Vid intervju är risken större att inte få fram de vardagliga upplevelserna och mycket information kan förloras om fel frågor ställs (Dahlborg-Lyckhage, 2006). Vid intervjuer är det forskaren som valt ut vilka upplevelser som ska beröras. I narrativer är det istället författarna själva som väljer vilka upplevelser de tycker är viktiga att lyfta fram (Skott, 2012). För att få fram personernas subjektiva vardagliga livsvärld valdes analys av narrativer. Narrativer utgör en livsberättelse om hur individen upplever vardagen och sin livssituation. Genom att följa individen i det vardagliga livet och under en längre tidperiod blir deras tankar och känslor djupare beskrivna (Dahlborg-Lyckhage, 2006).

Analysen gjordes enligt Dahlborg-Lyckhages (2006) beskrivning av analys för narrativer. Skott (2012) beskriver även analys av narrativer. Dahlborgs-Lyckhages (2006) analys upplevdes som tydligare att följa, därför valdes den analysmetoden. Från en skriven berättelse är utgångspunkten individens livsvärld och hur individen lever sitt vardagliga liv. Fördelen med analys av narrativer är att kunna ta del av deras situation och hur det påverkar deras vardag. Risken med analys av narrativer är att budskapet kan ligga latent i texten och det kan vara svårt att lyfta fram nyckelord ur de meningsbärande enheterna (Dahlborg-Lyckhage, 2006).

Libris biblioteksdata valdes till sökning av litteraturen, då det är en nationell samkatalog och därmed fås ett större urval av självbiografier än sökning på ett enskilt bibliotek. De tre självbiografierna som valdes ut för analys var skrivna mellan 2003-2009 (bilaga D). Inklusionskriteriet för böckernas tidintervall var från 2003 och framåt. Från början var kriteriet från 2004 för att kunna se tillbaka 10 år i tiden. Sökningen gav för få antal träffar på böcker i det tidsspannet. Därför ändrades tidintervallet till 2003 och framåt för att få större utbud av böcker. Ett av inklusionskriterierna var att självbiografierna skulle vara ifrån Europa då det upplevdes att kulturskillnader från andra världsdelar kunde påverka resultaten. Två av självbiografierna var skrivna av kvinnor som lever i Sverige och den tredje självbiografien av en kvinna som lever i Holland. Det framkom inga skillnader på kvinnors upplevelser mellan Sverige och Holland, utan alla kvinnorna upplevde liknande känslor. Att böckerna skulle vara skrivna av kvinnor och spegla deras egna upplevelser var ett av inklusionskriterierna, därför valdes mannens orsaker till infertilitet och behandlingar bort i bakgrunden eftersom det inte svarade mot syftet i studien. I alla självbiografierna beskrevs både upplevelser under utredning och behandling. Inga meningsbärande enheter användes från de kapitel som handlade om kvinnornas upplevelser under behandling då det inte svarade mot syftet i studien.

Självbiografierna lästes enskilt av båda författarna till denna studie. Meningsbärande enheter markerades för att sedan skrivas in i en analysmatrix (bilaga II). Detta för att stärka trovärdigheten till studien. Citat har lyfts ur självbiografierna för att öka trovärdigheten i resultatet. Att plocka ut citat är viktigt för att fånga innebörden av temana och öka trovärdigheten (Dahlborg-Lyckhage, 2006). Genom att hålla sig nära texten och se helheten utan egna tolkningar under analysen skapades tillit till resultatet. Inga etiska godkännanden behövdes för studien. Självbiografierna finns tillgängliga för allmänheten och böckernas författare har själva valt att publicera dem. Det går inte att dra några generella slutsatser då studien är genomförd med tre självbiografier som underlag och psykisk ohälsa skiljer sig åt från individ till individ. Resultatet är ändå ett viktigt bidrag och kan ge sjuksköterskor ökade kunskaper om problematiken. Beträffande eventuell överförbarhet av resultaten till andra grupper, kontexter eller situationer är enbart läsaren som kan avgöra. Möjligheter finns i den mån det går att anta att kvinnornas upplevelser inte är unika utan kan gälla andra kvinnor med samma problematik.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av infertilitet under den tid utredningen pågår. Resultatet visar att kvinnorna under utredningen upplever känslor som att inte räkna till, skuld, avund och att vara mellan förtvivlan och hopp.

I resultatet framkommer att upplevelsen av att inte räkna till innefattar en känsla av att förlora sin identitet. Kvinnorna beskriver sig själva som okvinnliga och att ha förlorat en del av sin identitet i samband med infertiliteten. I tidigare forskning om kvinnors upplevelse av infertilitet ifrån Asien och Afrika framkommer det att samhället är en bidragande orsak till att kvinnorna känner sig okvinnliga. Detta genom att samhällets syn på kvinnan är att hon ska föra släkten vidare (Akizuki & Kai, 2008; Behoodi-Moghadam et al., 2013; Fledderjohann, 2012; Loke et al., 2012; Omu & Omu, 2010). Synen på att alla kvinnor ska och vill ha barn har förändrats, framför allt i Europa och Nordamerika. Det är inte längre ovanligt att kvinnor väljer karriären före att skaffa barn. Detta kan förklara varför kvinnorna i självbiografierna inte beskriver hur samhället påverkar deras förlorade identitet. Att kvinnorna inte känner sig tillräckligt kvinnliga att bära klänning skulle kunna bero på hur heteronormativiteten styr samhällets krav på vad som är typiskt kvinnligt. Det ingår i heteronormativiteten att placera människor i stereotyper. Detta handlar om att ta fasta på några få egenskaper hos en människa och sedan placera in den i ett fack, exempelvis den typiska kvinnan. Den typiska kvinnan enligt samhällets stereotyp ska bära klänning, använda högklackade skor, bry sig om sitt utseende, sköta hushållet, skaffa barn och vara omhändertagande (Lev, 2010). När kvinnorna inte längre känner sig kvinnliga och därmed inte passar in i stereotypen, anser de sig inte längre vara värda att använda sig av klänning. Samhället i Sverige går framåt och stereotypen av vad som är typiskt kvinnligt håller på att förändras då många kvinnor väljer karriären framför att bilda familj. Skulle samhällets och heteronormativitetens krav och föreställningar på kvinnan förändras kanske kvinnornas upplevelser av att vara okvinnliga och att inte räkna till minskas.

I resultatet blir det tydligt att kvinnorna upplever avund som en stor del av vardagen. De upplever hat och avundsjuka när de möter gravida kvinnor. De vill inte vara missunn samma mot de gravida, men hatet och avundsjukan tar över deras tankar och känslor. Kvinnorna upplever en enorm ilska som växer sig så stor att det bildar ett hat mot gravida. Hatet tar över kvinnornas liv och gör att de kan frivilligt isolera sig från sociala sammanhang. Rädslan för att inte kunna behärska sina känslor och handlingar när de möter gravida skapade ett avstånd

till släkt och vänner. När kvinnorna känner att de misslyckats är det inte ovanligt att ilskan mot sig själv går ut över andra som har lyckats bli gravida, ett resultat som även tidigare studier funnit (Cunningham & Cunningham, 2013; Fledderjohann, 2012; Omu & Omu, 2010). Att inte kunna glädjas åt väninnors graviditeter upplever kvinnorna som ett stort problem i vardagen. De vill inte vara avundsjuka men när de ser de växande magarna hos väninnorna kan inte känslorna undvikas. Kvinnorna vill så gärna vara i samma situation att avundsjukan leder till att de känner missunnsamhet gentemot sina väninnor. När kvinnor upplever att de inte kan vara glada för gravida känner de stor skam och frustration. Känslorna som gravida magar framkallar hos kvinnorna bidrar till att de tappar kontakten med vänner och familj, vilket flera studier även funnit tidigare (Cunningham & Cunningham, 2013; Fledderjohann, 2012; McCarthy, 2008). Kvinnorna vågar inte berätta för familj och vänner om deras tankar och känslor angående gravida. De är rädda att familj och vänner inte ska förstå och döma dem och väljer därför själva att ta avstånd från sociala sammanhang. De upplever att avståndet som missunnsamheten resulterar i förändrar deras relation och de känner att det stöd som familj och vänner tidigare gett dem försvunnit. När kvinnorna inte längre har stöd ifrån familj och vänner är det viktigt för deras psykiska hälsa att få stöd och förståelse från annat håll. Kvinnor kan finna stöd i att höra om andras upplevelser som är i samma situation, eller att få prata om sina känslor med sjukvårdspersonal som inte dömer dem (Hinton, Kurinczuk, & Ziebland, 2010). Det bör därför finnas tillgängligt för kvinnor under fertilitetsutredning att få kontakt med andra kvinnor i samma situation. Om kvinnorna kunde hitta stöd hos andra än sin familj och vänner skulle kanske deras känsla av att vara isolerad minskas. Sjuksköterskan bör även ge kvinnorna möjlighet att samtala om sina upplevelser då sjuksköterskan kanske är den enda som inte dömer dem. Känsla av avundsjuka och hat mot gravida är specifika för infertila kvinnor och det kan därför vara viktigt att sjuksköterskan visar empati och ger emotionellt stöd till just dessa kvinnor. Sjuksköterskan bör även ge dem möjlighet att samtala om sina känslor utan att bli dömda. Det kan vara viktigt med adekvat stöd, då kvinnorna i samband med infertilitet ofta upplever att de förlorat allt stöd från familj och vänner, då de är rädda för att bli dömda.

Upplevelsen av mötet med sjuksköterskan under utredningen resulterade antingen i förtvivlan eller hopp hos kvinnorna. Förtvivlan uppstod när sjuksköterskan inte hade tid och inte brydde sig om kvinnornas psykiska hälsa eller inte hade förståelse för deras upplevelser. Kvinnorna upplever sig utlämnade åt sig själva när sjuksköterskan inte tar sig tid för dem. När sjuksköterskan inte har förståelse för kvinnornas utsatta situation upplever kvinnorna en förtvivlan, stor besvikelse och tappar förtroendet för sjukvården. När kvinnorna upplever att sjuksköterskan inte värnar om deras psykiska hälsa känner de sig osynliga och ensamma, vilket är i linje med en studie av McCarthy (2008). Kvinnorna har förhoppningar om att sjuksköterskan ska ge dem stöd och vara empatisk. När detta brister upplever kvinnorna stor förtvivlan, besvikelse och maktlöshet något som även Omu och Omu (2010) fann. För att kvinnorna inte ska känna sig utlämnade åt sig själva är det därför viktigt att sjuksköterskan visar empati och låter kvinnorna vara i centrum under utredningen. Enligt Orems (1995) omvårdnadsteori är det viktigt att det är patienten som styr och kontrollerar handlingen i situationen när sjuksköterskan ger stöd, detta för att patienten inte ska känna sig utlämnad och maktlös. När sjuksköterskan informerar om olika behandlingsalternativ kan det vara viktigt visa en öppenhet gentemot kvinnan. Om kvinnan får möjlighet att ställa frågor och ta känslomässig ställning till de olika behandlingarna kan detta öka kvinnans känsla av att vara delaktig och därmed skapa ökad tillit till sjukvården. I en studie av Tuominen, Åstedt-Kurki och Halme (2007) framkommer det att kvinnorna ofta upplever att vårdpersonalen ställer slutna frågor till dem och att de inte får chansen att berätta om sina känslor. Detta leder till att kvinnorna känner sig bortprioriterade av vården, som ibland kan vara deras enda stöd. Därför

bör sjuksköterskan tänka på att ställa öppna frågor till kvinnorna, så att de får chansen att samtala om vad som är viktigt för dem. Genom att lyssna och visa empati för kvinnans situation kan kanske sjuksköterskan få dem att känna sig sedda och inte som en i mängden.

KONKLUSION SAMT PRAKTISKA IMPLIKATIONER

Denna studie har gett kunskap om kvinnors upplevelse av infertilitet under utredningen. Upplevelserna präglas av att inte räcka till, skuld, avund och att vara mellan förtvivlan och hopp, där det sistnämnda är ett resultat av sjuksköterskans förhållningssätt. Moderskap är en central del av kvinnans liv och identitet, att vara infertil upplevs som en stor påfrestning som kan resultera i en psykisk ohälsa hos den infertila kvinnan. I resultatet framkommer att kvinnor kan uppleva brist på förståelse och empati från sjuksköterskan, vilket resulterar i ökat psykiskt lidande. Men det framkommer även att när sjuksköterskan visar omtänksamhet för kvinnorna upplever de en stor lättnad. Detta sker genom att kvinnorna kan prata om sina känslor och tankar med en sjuksköterska som inte dömer och som visar empati för dem.

Infertilitet är ett globalt problem för kvinnor, oberoende av kultur, religion och socioekonomisk status. Samhällets och kulturens syn på infertilitet speglas i kvinnornas upplevelser. Det finns få studier som behandlar europeiska kvinnors upplevelser av infertilitet. Nya studier av europeiska kvinnors upplevelser behövs då upplevelser från andra kontinenter inte går att överföra på grund av kulturskillnader. Under utredningen träffar sjuksköterskan både mannen och kvinnan, det kan därför även vara viktigt att sjuksköterskan har förståelse för mannens upplevelser. Studier av mannens upplevelser behövs för att kunna ge adekvat stöd till hela paret under utredningen. För att lindra kvinnornas psykiska ohälsa de upplever i samband med infertiliteten behövs en ökad kunskap hos vårdpersonalen. För att som sjuksköterska kunna ge stöd och visa empati krävs en förståelse för kvinnornas upplevelser av infertiliteten. Denna studie bidrar till att vårdpersonal kan få ökad kunskap och förståelse för kvinnors upplevelser av infertilitet under den tid utredningen pågår. Genom ökad kunskap och förståelse kan sjuksköterskan på ett mer adekvat sätt stödja kvinnorna genom deras kamp mot barnlösheten.

REFERENSER

Akizuki, Y., & Kai, I. (2008). Infertile Japanese women's perception of positive and negative social interactions within their social networks. *Human Reproduction*, 23(12), 2737-43. doi: 10.1093/humrep/den326

Behboodi-Moghadam, Z., Salsali, M., Eftekhar-Ardabilly, H., Vaismoradi, M., & Ramezanzadeh, F. (2013). Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study. *Japan Journal Of Nursing Science*, 10(1), 41-46. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00208.x

Bratt, A. (2013). *Vänta på barn: fertilitetshandboken*. Stockholm: Bonnier Fakta.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

Cunningham, N., & Cunningham, T. (2013). Women's experiences of infertility - towards a relational model of care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23/24), 3428-3437. doi:10.1111/jocn.12338

Dahlborg-Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss.139-148). Lund: Studentlitteratur.

Fledderjohann, JJ. (2012). Zero is no good for me: implications of infertility in Ghana. *Human Reproduction*, 27(5), 1383-90. doi: 10.1093/humrep/des035

*Fransson, R. (2009). *Älskling, vi blir inte med barn*. Norhagen: Anomar förlag.

Giwerzman, A. (2014). Manlig infertilitet – ett glömt område. *Vetenskap & hälsa*. <http://www.vetenskaphalsa.se/manlig-infertilitet-ett-glomt-omrade/>

Hamberger, L., & Hovatta, O. (2002). Svårt att få barn. I O. Hovatta & B. Landgren. (Red.). *Kvinna: din hälsa din kropp ditt välbefinnande*. (ss. 185-193). Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Helström, L. (2010). Gynekologiska tillstånd och sexuell funktion. I P.O. Lundberg & L. Löfgren-Mårtenson (Red.). *Sexologi* (ss.328-343). Liber: Stockholm.

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

Hinton, L., Kurinczuk, J., & Ziebland, S. (2010). Infertility; isolation and the Internet: A qualitative interview study. *Patient Education & Counseling*, 81(3), 436-441. doi:10.1016/j.pec.2010.09.023

Holm, U. (2008). *Empati: att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och Kultur.

*Holmgren, Å. (2004). *Barn av glas*. Borlänge: Björnen.

Lev, A. (2010). How queer!---The development of gender identity and sexual orientation in LGBTQ-headed families. *Family Process*, 49(3), 268-290. doi:10.1111/j.1545-5300.2010.01323.x

Loke, A., Yu, P., & Hayter, M. (2012). Experiences of sub-fertility among Chinese couples in Hong Kong: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3/4), 504-512. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03632.x

McCarthy, M. (2008). Women's lived experience of infertility after unsuccessful medical intervention. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 53(4), 319-324

Möller, A., & Bjursten, K. (2005). Patienten i centrum. I J. Hreinsson. L. Hamberger. & T. Hardarson (Red.). *Infertilitet- utredning och behandling genom assisterad befruktning* (ss. 169-180). Lund: Studentlitteratur.

Omu, F., & Omu, A. (2010). Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. *BMC Nursing* 2010;9:5. doi:10.1186/1472-6955-9-5

Orem, D. (1995). *Nursing- concepts of practice*. Orlando: Mosby inc.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 15 April från : http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Skott, C. (2012). Berättelser – narrativ analys och tolkning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 237-248). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sundstöm, K. (2005). Att föda barn i 20:e århundradet. I B. Sjögren (Red.). *Psykosocial obstetrik: Kropp och själ och barnafödande*.(ss. 15-30). Lund: Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2014). *Omvårdnad och god vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2010). *Personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Tuominen, A., Åstedt-Kurki, P., & Halme, N. (2007). "Just, that somebody is listening to..."infertile families experiences of social support [Finnish]. *Hoitotiede*, 19(4), 212-222.

*Uyterlinde, J. (2003). *Ägglossning*. Stockholm: Norstedts förlag AB.

WHO (2013). *Meeting to Develop a Global Consensus on: Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity*. Schweiz: World Health Organization.

Översikt av de analyserade självbiografierna

FÖRFATTARE (ÅR)	TITEL	HANDLING
Holmgren Åsa (2004)	<i>Barn av glas</i>	I självbiografen får man följa författarens liv och känslor under infertilitetsutredning och behandling. Författaren berättar öppet om sina känslor som en bergochdalbana.
Uyterlinde Judith (2003)	<i>Ägglossning</i>	Självbiografen Ägglossning är en berättelse om den holländska författarens ofrivilliga barnlöshet. Författaren beskriver både de medicinska behandlingar som de svårhanterliga känslorna som infertilitet orsakar.
Fransson Ramona (2009)	<i>Älskling, vi blir inte med barn</i>	I boken får man följa författaren genom tre olika förhållanden där barnlösheten var problemet i samtliga. Boken är en självbiografi i skönlitterär form. Författaren berättar om de fysiska smärtor och psykiska lidanden som infertiliteten medför.

Analysmatrix över meningsbärande enheter, subteman och teman

MENINGSBÄRANDE ENHETER	NYCKELORD	SUBTEMA	TEMA
Jag vill inte vara trångsynt, svartsjuk och full av självömkan (Uyterlinde, 2003, s. 52)	Trångsynt Svartsjuk Självömkan	Jag vill inte vara missunnsam	Avund
Jag borde ringa henne och förklara. Tala om att jag inte missunnade henne att få barn att jag inte klandrade henne... Men var det sanningen då? (Holmgren, 2004, s. 77)	Missunnande Klandrande	Jag vill inte vara missunnsam	Avund
För mig var det solklart vem av oss som var den felande länken... Jag kom ihåg min äggledarinflammation och var övertygad om att den ställt till med problem. (Fransson, 2009, s. 43)	Felande länk	Mitt egna fel	Skuld

Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se

