

”Jag kände mig som en halv kvinna”

- en kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet

Rebecca Kaján

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2021



EXAMENSARBETE

Författare: Rebecca Kaján
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa
Handledare: Anita Wikberg

Titel: "Jag kände mig som en halv kvinna"
- en kvalitativ intervjustudie om kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet

Datum 7.5.2021

Sidantal 32

Bilagor 3

Abstrakt

Syftet med denna kvalitativa intervjustudie var att lyfta fram upplevelser som ofrivilligt barnlösa kvinnor genomgår. Studien undersökte även hur kvinnorna har påverkats av ofrivilliga barnlösheten och hur de upplevt stöd under processen.

Studien utfördes genom att använda sig av semistrukturerade intervjuer som datainsamling och innehållet från intervjuerna följde analysprocessen för en kvalitativ innehållsanalys. Informanterna bestod av sex kvinnor i åldrarna 23-40 år och alla har ett eller flera barn idag. Intervjuerna utfördes under våren 2021. Erikssons, (1994) teori om lidande valdes som teoretisk utgångspunkt i denna studie.

I resultatet framkom att ofrivillig barnlöshet påverkar den psykiska hälsan. De centrala fynden i resultatet berörde kvinnornas känslor som frustration, avund, hopplöshet och ensamhet. Alla deltagare har ett eller flera barn idag. De var alla tacksamma över att de orkade kämpa sig till drömmen att bli mamma. Det känslomässiga stödet är nödvändigt för att bearbeta och hantera situationen på bästa sätt.

Språk: Svenska

Nyckelord: Ofrivillig barnlöshet, kvalitativ, intervjustudie, kvinnor, upplevelser

BACHELOR'S THESIS

Author: Rebecca Kaján
Degree Programme: Nurse, Vaasa
Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: "I felt like half a woman"
- a qualitative interview study about women's experiences with involuntary childlessness

Date 7.5.2021

Number of pages 32

Appendices 3

Abstract

The aim of this qualitative interview study was to highlight the experiences women with involuntary childlessness go through. The study also examined how women have been affected by involuntary childlessness and how they experienced support during the process.

The study was performed using semi-structured interviews to collect data and the content from the interviews followed the analysis process for a qualitative content analysis. The informants consisted of six women in the age of 23-40, all of whom have one or more children today. The interviews were conducted during spring 2021. Eriksson's, (1994) theory of suffering was chosen as the theoretical starting point in this study.

The results showed that involuntary infertility affects the mental health. The central findings in the results touched women's feelings such as frustration, envy, hopelessness, and loneliness. All participants have one or more children today. They were all grateful that they had the strength to fight for the dream to become mothers. The emotional support is necessary to process and handle the situation in the best way.

Language: Swedish

Key words: Involuntary childlessness, qualitative, interview study, women, experiences

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning	2
3	Bakgrund.....	2
3.1	Hälsa.....	2
3.2	Kvinnlig reproduktion	3
3.3	Definition av infertilitet	5
3.4	Kliniska undersökningar och behandlingar.....	5
3.5	Adoption	7
3.6	Familjevård.....	8
3.7	Stöd för kvinnor vid ofrivillig barnlöshet	8
4	Teoretisk utgångspunkt	9
5	Metod	12
5.1.1	Urval av informanter	12
5.1.2	Intervju	13
5.1.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	14
5.1.4	Etiska övervägande.....	15
6	Resultat.....	16
6.1	Tabell för kategorier och subkategorier	16
6.2	Upplevelser som ofrivilligt barnlös	17
6.2.1	Fertilitetsbehandlingar	17
6.2.2	Missfall.....	18
6.3	Påverkan på kvinnan	18
6.3.1	Relationer	18
6.3.2	Känslor	19
6.3.3	Arbetsförmåga.....	20
6.4	Stöd	21
6.4.1	Partner	21
6.4.2	Familj	21
6.4.3	Vänner	22
6.4.4	Sjukvård	22
7	Diskussion	24
7.1	Metoddiskussion.....	24
7.2	Resultatdiskussion	26
7.3	Slutsats.....	28
8	Källhänvisning.....	29

Bilageförteckning

Bilaga 1, Informationsbrev

Bilaga 2, Samtyckesblankett

Bilaga 3, Intervjufrågor

1 Inledning

I Finland upplever många par ofrivillig barnlöshet, uppskattningsvis vart femte par som är i fertil ålder och ca 19 % av finländska kvinnor rapporterar om ofrivillig barnlöshet någon gång i livet (Åucs, 2019; Kätilötyö, 2015). Åldern för när man försöker bli gravid har en stor inverkan på fertiliteten hos kvinnan och enligt statistik från Institutet för hälsa och välfärd stiger åldern hos förstföderskor med åren. År 2019 var åldern hos förstföderskor i medelsnitt 29,5 jämförelsevis med år 2010 då medelnsnittsåldern låg på 28,2 (THL, 2019).

Infertilitet är den epidemiologiska definitionen på att inte lyckats uppnå en graviditet efter 12 månaders regelbundet oskyddat samlag (WHO, u.å). Barnlösheten kan däremot vara frivillig och ofrivillig, vilket kan vara relevant att urskilja. Fertilitet beskrivs som förmågan att fortplanta sig, vilket kan påverkas eller rubbas av diverse faktorer. Stress, vikt, motion, kost, rökning och ålder är sannolika faktorer som kan komma att påverka fertiliteten. Kvinnans fertilitet når sin höjd vid 25 års ålder, vilket stegvis sjunker efter 35 års ålder. Kvinnan riskerar även missfall vid högre ålder och redan vid 40 år slutar procentuellt hälften av graviditeterna i missfall. Männens fertilitet sjunker däremot avsevärt långsammare i jämförelse med kvinnan. Fertiliteten kan vara nedsatt hos kvinnan respektive mannen, men även lämnas oförklarlig. Det dagliga livet kan komma att påverkas och kan leda till konsekvenser på det sociala livet. Känslor av sorg och frustration är inte ovanligt och de psykologiska samt sociala konsekvenserna som ofrivillig barnlöshet kan åstadkomma kan vara påtagliga för båda parten (1177, Vårdguiden, 2020; Svenska Yle, 2019; Lindgren m.fl., 2016).

Ofrivillig barnlöshet kan bidra till ökad stress för kvinnan, vilket kan resultera negativt på det psykologiska tillståndet. Enligt en studie gjord av Lakatos, et al. (2017) undersökte man hur infertila och fertila kvinnor påverkas psykiskt, samt bakomliggande faktorer för depressiva och ångestrelaterade symtom hos infertila kvinnor. Det framkom i resultatet att infertila kvinnor upplever sämre psykologisk status. Depression och ångest är ofta förknippat med infertilitet.

Förmågan att uppnå en graviditet kan för många tyckas vara självklar. Trots detta klassas infertilitet som ett hälsoproblem (Borgfeldt m.fl., 2019). Intresset för ämnet har uppkommit på senare år som sjukskötarestudent. Fokus kommer att läggas på den

ofrivilligt barnlösa kvinnan där syftet med mitt arbete är att uppmärksamma kvinnornas upplevelser kring ofrivilliga barnlösheten, hur ofrivilliga barnlösheten har påverkat kvinnorna, samt hur de upplevt stödet från omgivningen.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med studien är att lyfta fram upplevelser som ofrivilligt barnlösa kvinnor genomgår, hur kvinnorna har påverkats samt hur kvinnorna har upplevt stöd under processen. Ofrivillig barnlöshet kan för många vara en tidskrävande process som sätter spår i det psykiska måendet och därför har jag valt att genomföra individuella intervjuer som kunde bidra till att få en mer ingående förståelse från kvinnornas perspektiv. Genom detta kunde man även förhoppningsvis öka kunskap och förståelse om kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet.

Frågeställningarna i denna studie är:

1. Vilka upplevelser genomgår ofrivilligt barnlösa kvinnor?
2. Hur påverkas kvinnorna av ofrivilliga barnlösheten?
3. Hur upplever kvinnorna stödet under processen?

3 Bakgrund

I denna del av arbetet presenteras och förklaras ofrivillig barnlöshet mer ingående. Kapitlet kommer att ta upp olika kategorier vad beträffar kvinnlig infertilitet, för att läsaren skall få en bättre kunskap om ämnet. Jag väljer att ta upp definition av infertilitet, hälsa, kvinnlig reproduktion, olika undersökningar och behandlingar för kvinnor och slutligen kommer adoptionsmöjligheter och familjevård i Finland samt stöd för den ofrivilligt barnlösa kvinnan att presenteras. Kapitlet innehåller även tidigare vetenskapliga studier.

3.1 Hälsa

Reproduktiv hälsa definieras enligt WHO som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller svaghet, i alla frågor

som rör reproduktionssystemet och dess funktioner och processer”. Inom reproduktiva rättigheter ingår bland annat rätten till en legal och säker abort (WHO, 2006).

Sexuell hälsa definieras enligt WHO som ”ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande i relation till sexualitet”. Sexuell hälsa inkluderar en positiv inställning till sexualitet, sex, relationer och möjlighet till hälsosamma relationer. Sexuell hälsa kräver även en positiv och respektfull inställning inom sexualitet och sexuella förhållanden, för att kunna utesluta t.ex. diskriminering och våld. Sexuella rättigheter måste respekteras, skyddas och uppfyllas för att kunna uppnå en sexuell hälsa i bästa mån (WHO, 2006; Paananen m.fl., 2015).

3.2 Kvinnlig reproduktion

De kvinnliga reproduktionsorganen befinner sig i sin helhet i bäckenhålan, som omges av bäckenbenet. Bäckenhålan indelas i två olika delar, stora bäckenet och lilla bäckenet, där bäckeningången befinner sig mellan de två. Kvinnans könsorgan indelas till yttre och inre könsorgan. Kvinnans yttre könsorgan kallas för vulva. Hit räknas de stora och små blygdläpparna, klitoris, slidkransen och venusberget. Till de inre könsorganen räknas äggledarna, äggblåsor, äggstockar, livmoder, livmoderslemhinna, livmoderhals, livmodertapp och slidan (vagina). Den fertila åldern för en kvinna är på sin högsta nivå vid 22-26 års-ålder (Borgfeldt m.fl., 2019).

Kvinnans fertilitet påverkas av diverse faktorer. Genetiken och livsstilen är två faktorer som påverkar förmågan att uppnå eller upprätthålla en graviditet. Vikten, tobak- och alkoholanvändning, psykologisk stress, koffein och fysisk aktivitet kan påverka fertiliteten (Ofrivillig barnlöshet, 2010). Enligt en undersökning gjord av Piché, et al. (2018) var målet att se om livsstilsrelaterade faktorer hos män och kvinnor påverkar resultatet av assisterad befruktning, samt om par som söker fertilitetsbehandlingar uppvisar livsstilsrelaterade faktorer som kan påverka den reproduktiva hälsan. Sammanlagt inkluderades 28 par i analysen. I resultatet framkom det övervikt eller fetma hos den ena parten, regelbunden alkoholanvändning, kostvanor som behövde förbättras, dålig sömnkvalitet och ouppnådd rekommendation för den fysiska aktiviteten.

Kvinnan genomgår under livsperioden olika fysiologiska förändringar som börjar redan från barndomen med förpubertal ålder. Den förpubertala åldern börjar vid ca 6-års-ålder, med

hormonella förändringar i kroppen hos de båda biologiska könen. Hos flickor sker även utveckling av bröstet och tillväxt av livmodern och slidan vid ca 8-10 års-ålder (Borgfeldt m.fl., 2019).

Till följd av förpuberteten kommer puberteten, som för de flesta börjar mellan 8 och 14 år. Under denna period sker många förändringar, både fysiska, psykiska och mentala och varierar från person till person. Puberteten är en period som brukar sträcka ut sig på 4 år, då könsmodnaden utvecklas. Ett signifikant tecken på puberteten vad gäller det kvinnliga könet, är den första menstruationen, menarke, som vanligen sker mellan 11-13 års-ålder. Att menarke påbörjats och ägglossningen är i gång, innebär att kvinnan är könsmoden och den fysiska kroppen är under utveckling att bli vuxen. Menarke varierar från person till person, som tidigare nämnts, och är inte ovanligt om menarke börjar vid 16-17 årsålder (1177, Vårdguiden, 2018; Borgfeldt m.fl., 2019).

Menstruationscykeln delas in i fyra olika faser. Dessa är menstruation, follikelfasen, ovulering och lutealfasen. Menstruationscykeln blir vanligtvis mer och mer regelbunden med åren, från att man fått sin första menstruation och är normalt 21-35 dagar. Menstruationen pågår normalt 3-8 dagar och återkommer med 23-25 dagars intervall. Menstruationscykeln räknas från sin första dag i menstruationen, till den första dagen för nästa menstruation. Under menstruationen förs gammal och förtjockad livmoderslemhinna ut via slidan, om kvinnan inte är gravid. Den första dagen av menstruationen påbörjas follikelfasen och avslutas vid ovulationen (ägglossning). I denna fas produceras ett follikelstimulerande hormon, FSH, vilket påverkar tillväxten och produktionen av folliklarna (äggblåorna) och äggstockarna producerar östrogen för att kunna ta emot ett befruktat ägg att fästa sig vid livmoderslemhinnan (endometriet). Endometriet är känsligt för östrogen och prolifererar (växer till). Den ökade produktionen av FSH leder till utveckling av äggblåor i äggstockarna, som var för sig innehåller ett omoget ägg. I slutet av follikelfasen har ett moget ägg bildats, och därefter utlöses en produktion av luteiniserande hormonet (LH). Follikelfasen övergår till ovulation (ägglossning) när LH har påverkat follikeln att spricka. Ägget påbörjar sin resa mot livmodern, via äggledaren som fångar upp ägget. Under denna fas produceras hormonet progesteron och arbetar tillsammans med hormonet östrogen för att tjockna livmodern i förberedelse för ett befruktat ägg. Denna process tar cirka 3-5 dygn och om ägget förblir obefruktat dör det efter ungefär 24h. Menstruationscykeln sista fas, lutealfasen, är nu

påbörjad och äggfollikeln blir en gulkropp som producerar östrogen och progesteron. Endometriet bildar sekret för eventuell upptagning av befruktat ägg. Utan HCG (humant choriogonadotropin), som är ett placentahormon och utlöses från ett befruktat ägg, kan inte gulkroppshormonet leva vidare. Om ingen graviditet är påbörjad, påbörjas en ny menstruation (Borgfeldt m.fl., 2019; Endometriosföreningen, 2015; Paananen m.fl., 2015).

Vid 40-års ålder börjar de första tecknen på klimakteriet (övergångsåldern) och dessa är nedsatt fertilitet och menstruationsstörningar. Klimakteriet kan delas in i tre olika delar; premenopaus, perimenopaus och postmenopaus. Vid slutet av klimakteriet sker den sista menstruationen (menopaus). Detta konstateras då kvinnan inte har haft någon menstruation på ett år och brukar ske någon gång mellan 47 och 57 års ålder. Andra symtom på klimakteriet är svettningar och värmevallningar, som beror på de sjunkande östrogennivåerna och höga FSH-nivåer, hjärtklappning, huvudvärk och humörsvingningar. Östrogenbrist kan även leda till bl.a. torra slemhinnor i underlivet och smärta vid samlag (Borgfeldt m.fl., 2019).

3.3 Definition av infertilitet

Ofrivillig barnlöshet, infertilitet, påverkar många par runt om i världen och anses som ett vanligt hälsoproblem. Enligt WHO definieras infertilitet som "en sjukdom i reproduktionssystemet som definieras av misslyckandet med att uppnå en klinisk graviditet efter 12 månader eller mer av regelbundet oskyddat samlag" (WHO, u.å). Infertilitet kan indelas till primär och sekundär infertilitet. Vid primär infertilitet har kvinnan aldrig varit gravid och vid sekundär infertilitet har kvinnan varit gravid tidigare, men inte lyckats bli gravid igen. Subfertilitet är benämningen på när förmågan att bli gravid är nedsatt (Hamberger m.fl., 2005).

3.4 Kliniska undersökningar och behandlingar

Orsaker till infertilitet kan finnas både hos kvinnan och hos mannen, men oftast hittas orsaken till den nedsatta fertiliteten hos den ena parten. Trots undersökningar och utredningar hos både kvinnan och mannen, kan orsaken till infertiliteten fortfarande bestå oförklarlig. Vanligt förekommande orsaker som konstaterats hos kvinnan kan vara ovulationsstörningar, äggledarnas funktion, endometriosis samt livmoderns funktion. I de

kommande styckena kommer kvinnans orsaker, undersökningar och behandlingar för infertilitet att presenteras (Hälsobyn, 2018).

När kvinnan börjar sin process för infertilitetsutredning, diskuteras kvinnans bakgrundshistoria för att ytterligare utesluta olika sjukdomar eller andra fertilitetsnedsättande faktorer. Före utredningen påbörjas inlämnas en hälsodeklaration, där det ingår när kvinnan fått sin första menstruation, menstruationsanamnes (t.ex. menstruationens regelbundenhet, duration, blödning samt smärtor), tidigare graviditeter, tidigare infektioner, operationer och medicinering (Borgfeldt m.fl., 2019).

Provtagning hör till en del av undersökningen, där både mannen och kvinnan testas för bland annat hepatit B och C, HIV (humant immunbrist virus), HTLV 1 och 2 (humant T-lymfotrop virus) samt syfilis, vid planerad assisterad befruktning. Från kvinnan tas även prover från cervix (livmoderhalsen), tyreoidaprover och hypofysprover. Kvinnan genomgår även en gynekologisk undersökning, där bland annat livmodern och äggstockar undersöks genom palpation. För att undersöka hormonella rubbningar, kontrolleras SHBG (könshormonbindandeglobulin), eftersom detta kan påverka fertiliteten, samt ett vaginalt ultraljud. Laparoskopi görs inte rutinemässigt mera, men kan vara till nytta om en misstanke finns om t.ex. endometriosis eller oklara förändringar i äggstockarna (Borgfeldt m.fl., 2019; Hamberger m.fl., 2005).

I Finland är möjligheterna för infertilitetsbehandlingar många och prognosen att lyckas bli gravid är god. Heterosexuella par, kvinnliga par och även ensamstående kvinnor har rätt till olika fertilitetsbehandlingar. Den vanligaste behandlingen är assisterad befruktning, med antingen intrauterin insemination (IUI) eller provrörsbefruktning (in vitro-fertilisering; IVF). Enligt THL (2020) var antalet påbörjade assisterade befruktningar år 2018 och 2019 cirka 13 000. Vid assisterad befruktning hanteras könsceller i ett celllaboratorium och genom denna metod kan könscellerna användas. Vid IUI förs donerade eller partnerns spermier in i kvinnans livmoder och befruktningen sker inne i kroppen i samband med kvinnans naturliga menstruationscykel vid tiden för ägglossning eller med hjälp av lågdosinjektioner av FSH-injektioner. Chansen att bli gravid vid insemination är ca 20 procent per behandling och brukar inte rekommenderas åt kvinnor över 36 år. Vid IVF sker befruktningen utanför kroppen, genom att ägg plockas ut med hjälp av en ultraljudskontrollerad tunn nål. Vid denna metod kan egna könsceller användas, samt donerade spermier/ägg från ena parten.

IVF slutar i graviditet i cirka 30-40 procent av behandlingarna, och stiger till cirka 60-70 procent för upprepade behandlingar, beroende på orsaken för infertiliteten (Borgfeldt m.fl., 2019; Finska läkaresällskapet, 2018).

Komplikationer vid fertilitetsbehandlingar

En komplikation följd av en IVF-behandling kan vara ovariellt hyperstimuleringsyndrom (OHSS). Detta är även en allvarlig komplikation, och innebär att äggstockarna reagerar starkt på hormonbehandlingen och överstimuleras. Till följd bildas vätska i äggstockarna och de förstoras. Vätskan sprider sig utanför blodkärlen och bildar vätskeansamlingar i kroppen, särskilt i bukhålan. Vanliga symtom som kan uppkomma inkluderar buksmärta, illamående och kräkningar och kan även förvärras om kvinnan samtidigt är gravid (Paananen m.fl., 2015).

Milda symtom lindras ofta med rikligt vätskeintag, vila och analgetika (smärtlindrande läkemedel). Om syndromet är av allvarligare form, kräver tillståndet vård på sjukhus (Paananen m.fl., 2015).

3.5 Adoption

I Finland är det social- och hälsovårdsministeriet som har ansvar för planering, styrning och övervakning av adoptionsrådgivningen och internationella tjänster för adoption (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å). Adoption ska alltid främja barnets bästa. Barnets bästa ska även alltid vara prioritering när det gäller beslut och åtgärder som gäller adoption av ett barn som är minderårigt. Barnet har rätt till en säker och trygg familj och miljö. Adoption i Finland kräver olika kriterier, där bl.a. adoptionstillstånd är obligatoriskt både vid inhemska och utländska adoptioner, undantagsvis vid inhemska adoptioner om sökanden vill adoptera inom familjen eller t.ex. ett fosterbarn (Valvira, 2017).

För att adoptera inhemska eller utländska barn i Finland behöver en del kriterier uppfyllas. Gifta par och singlar som är över 25 år har rätt att adoptera, där ålderskillnaden mellan barnet som är minderårigt och den blivande föräldern inte får överstiga 45 år. De gifta paret kan bara adoptera ett barn tillsammans och gifta samkönade par har rätt att adoptera i Finland samt från utlandet, om landet adoptionen beviljas ifrån godkänner adoption till samkönade föräldrar (Suomi.fi, 2020).

Enligt adoptionslagen (2012/22) är det huvudsakliga syftet att främja barnets bästa där ett förälder-barn-förhållande fastställs mellan den som ska adopteras och adoptionssökanden (1§). Om barnet inte har möjlighet att växa upp i sin egen familj, ska uppmärksamheten fästas vid hur barnet bäst kan garanteras en varaktig familj, samt en harmonisk utveckling och välfärd (2§). Den adoptionssökande ska ha fyllt 25 år och den som söker om adoption får inte vara äldre än 50 år, om adoptivbarnet är minderårig (6§). Adoption går även att verkställa om personen som ska adopteras är myndig, om personen som är minderårig har vårdats och uppfostrats av den som ansöker om adoption (4§). I adoptionslagen betonas främjandet av barnets hälsa och välmående. Barnet har rätt till en säker och trygg miljö att växa upp i, samt beaktande av barnets önskemål och åsikter för en god vård och uppfostran (3§).

3.6 Familjevård

Familjevård för barn och ungdomar är en annan benämning på fosterföräldrar eller fosterfamiljer. I Finland är det social- och hälsovårdsministeriet som ansvarar för styrningen och utvecklingen gällande familjevård. Familjevård ger en möjlighet för barnlösa par att erbjuda hemliknande förhållanden och skapa en nära relation till barn som behöver kortvarig eller långvarig familjevård. Beroende på barnets livssituation kan vården ges under en del av dygnet men även dygnet runt. Familjevården ska ge barnet möjlighet för att skapa nära och långvariga relationer, säkra barnets trygghet, ge en känsla av gemenskap och bidra till barnets utveckling (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å; Perhehoitoliitto, u.å; THL, 2020)

Enligt familjevårdslagen (2015/263) ska familjevården ge möjlighet för vård under familjeliknande förhållanden (1§) och familjehemmet ska vara lämpligt för personen som vårdas, där hygien och sanitära förhållanden beaktas. Hemmet ska vara tryggt att bo i med lämpliga utrymmen och utrustningsnivåer (6§).

3.7 Stöd för kvinnor vid ofrivillig barnlöshet

Längtan efter ett barn hos ofrivilligt barnlösa kvinnor kan vara psykisk och fysiskt tungt och medföra konsekvenser på kvinnans välmående. Depression, ångest och oro är ofta förekommande konsekvenser hos kvinnor som upplever infertilitet, där många kan gå in i

en existentiell kris. Stöd kan fås från vänner, partnern, familj eller psykologiskt stöd från psykiatriker, psykolog eller psykoterapeut (Paananen, m.fl. 2015; Svensk förening för obstetrik och gynekologi m.fl., 2010).

Det känslomässiga stödet som parterna ger varandra är viktigt, såväl stödet från sjukvårdspersonal, familj och vänner. Periodvis varierar behovet av stödet, men kvinnan har rätt att uttrycka sina känslor och tankar (Hamberger m.fl., 2005).

Enligt en undersökning som gjordes av Ebrahimzadeh Zagami, et al. (2019) hade man som mål att undersöka behoven hos infertila par efter misslyckade behandlingar med assisterad befruktning. Studien gjordes med en kvalitativ metod och samlade in data genom semi-strukturerade intervjuer. Deltagarna som intervjuades hade ett åldersintervall på 21-46 år och de bestod av både män och kvinnor. I resultatet framkom det att behovet av psykologiskt stöd var nödvändigt och att stöd från en tredje part kunde vara till hjälp. Det framkom även vidare att kvinnorna upplevde ett större behov av hjälp än männen och att paren upplevde att informationen de fick var viktigt, som att veta orsaken till infertiliteten och behandlingsplan för framtiden. På grund av fertilitetsbehandlingarna upplevde även många otillräckligt ekonomiskt stöd, där flera uppgav till ekonomiska problem som följd av behandlingarna.

4 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt i studien har jag valt att utgå från Erikssons, (1994) teori om lidande. Ofrivillig barnlöshet kan ses som ett lidande, en längtan efter barn som är så stark och något man måste stå ut med. Känslor av hopplöshet, otillräcklighet, rädsla och förlust. Lidandet kan komma att förändras under olika perioder i processen och kan sätta spår i det psykiska måendet även senare på i livet.

Den lidande människan

I sin bok *Den lidande människan*, delar Eriksson in begreppet 'lidande' i olika kategorier, där själva lidandet kan med en begreppsanalys indelas i begrepp och fenomen. Innebörden av lidande, såsom vård och allmänna sammanhang har börjat försvinna, men förekommit alltmer frekvent i vårdvetenskaplig litteratur och skönlitteratur på senare år. Eriksson påvisar att lidande ofta förknippas med t.ex. smärta, ångest och sjukdom, och därför mist

sin betydelse inom vården och andra sammanhang. Däremot bär människan på rädsla, ångest och oro inför lidandet. Eftersom lidandet inte behöver betyda smärta, kan smärta och lidande inte ses som synonymer till varandra. De fyra delarna som lidandet bildar är det goda lidandet, den goda lusten, den onda lusten och det onda lidandet. Lidande och lust utgör den väsentliga delen i det mänskliga livet, en kamp mellan det goda och det onda, där lidandet är unikt för varje enskild människa. Lidande är alltid en kamp för människan som individuellt väljer att kämpa eller ge upp. Eriksson beskriver verbet 'lida' som att 'pinas', 'vändas', 'kämpa' 'utstå' och att 'försonas'. Enligt Erikssons semantiska analys kan begreppet 'lida' delas in i följande huvuddimensioner:

1. Någonting negativt eller ont, någonting som ansätter människan.
2. Någonting som människan måste leva med, något som hon utsätts för.
3. En kamp.
4. Någonting konstruktivt eller meningsbärande, en försoning.
5. Lida som uttryck för ett begär eller en brist.
6. Lida som medlidande, d.v.s. att lida med och för någon annan.

Människan har ett behov av att få förklaring till det hon går igenom och det oförklarliga ser människan ofta som svar på något existentiellt eller religiöst. Varför-frågan till lidandet kan vara ett konkret svar, men lika ofta kan det förbli obesvarat. Genom att förstå varför människan lider i relation med sin livssituation kan lidandet bli hanterbart (Eriksson, 1994).

Lidandet i vården

Att lindra det mänskliga lidandet har historiskt sett varit syfte med vårdandet och olika slag av vårdorganisationer. Lidandet i vården kan mötas i tre olika former.

Sjukdomslidanden är det lidande som människan upplever i samband med relationen till sjukdom eller behandling. Lidandet har länge varit förknippat med sjukdom och behandling. Sjukdom kan medföra smärta, men behöver inte nödvändigtvis associeras med sjukdom. Smärta-sjukdom relationen är dock central och när smärtan reduceras kan även lidandet lindras. Eriksson påvisar även att smärtan således kan indelas i den kroppsliga smärtan och den själsliga och andliga smärtan.

Den *kroppsliga smärtan* som förorsakas av sjukdom eller behandling, fokuseras ofta lokalt i kroppen och kan ge liv till lidandet. Människans uppmärksamhet fokuseras främst då på

det kroppsliga lidandet. Det *själsliga och andliga lidandet* är det psykiska lidandet människan upplever. Känslorna kan upplevas som skam eller skuld (Eriksson, 1994).

Vårdlidandet uppkommer främst i form av kränkning av patientens värdighet eller värde som människa. Utebliven vård, fördömelse och maktutövning beskriver även Eriksson som en form av vårdlidande. Det vårdlidande som människan upplever är individuellt och ter sig olika hos den enskilda människan. De övergripande kategorierna kan indelas i kränkning av patientens värdighet, fördömelse eller straff, maktutövning och utebliven vård (Eriksson, 1994).

Lidandet som människan står inför omfattar hela livssituationen. Den tredje formen av lidandet i vården är livslidandet. Livslidandet innefattar allt vad som innebär att leva och hur människan är kring andra människor. Människans livssituation kan förändras totalt. Att känna att man ska dö utan vetskap när, rädsla och förtvivlan hör alla till hur livslidandet kan utspela sig (Eriksson, 1994).

Medlidande

Att lida med någon annan, dvs medlidande, har inte samma betydelse som att lida. Eriksson antyder att medlidandet inte har någon mening förrän medlidandet utförs i handling. Det krävs mod för att vara delaktig i medlidandet. Mod till att ta ansvar eller offra någonting från sig själv. Medlidandet kan tyda på en känslighet för andras smärta, som kan ge beredskap att lindra eller kämpa för den andres lidande. Skillnaden mellan medlidande och själva upplevelsen av sitt eget lidande kan ibland vara svår att skilja åt (Eriksson, 1994).

Lindra lidandet

Människan strävar alltid efter att försöka lindra lidandet, oavsett hur människan upplever lidandet eller vad hon tror kan förorsaka lidandet. Eriksson beskriver lidandet som en kamp för människan att befria sig ifrån, och som en kamp om försoning med lidandet. Lidandet kan bidra till en känsla av hopplöshet och därför kan hoppet för människan vara utgångspunkten för att lindra lidandet (Eriksson, 1994).

Vad människan själv kan göra för att lindra lidandet beskriver Eriksson som ett val mellan att kämpa eller att ge upp och gå in i den tomma ensamheten. För att lidandet skall kunna bli ett medel för växt och utveckling, behöver människan själv bejaka sitt lidande.

Människan behöver hitta ett hopp om att livet har en mening trots sitt eget lidande. Eriksson beskriver lidandet som en upplevelse av ett tomrum, där människan behöver hitta en upplevelse som kan fylla ut tomheten, en helig upplevelse. Ett möte med naturen eller en annan människa är något Eriksson avser som en helig upplevelse för den lidande människan, ett hopp om utfyllnad av tomheten och en mening till livet (Eriksson, 1994).

5 Metod

Jag har valt att göra en kvalitativ intervjustudie med en induktiv metod. När man väljer att utföra en studie med en kvalitativ metod, vill man undersöka personers erfarenheter och upplevelser av ett fenomen (Henricson, 2017 s.111). I denna studie anser jag denna metod som lämplig för ändamålet.

I studien använde jag mig av en semistrukturerad intervju som datainsamlingsmetod, för att få svar på personers upplevelser, åsikter, erfarenheter, känslor och kunskap (Henricson, 2017 s. 144).

5.1.1 Urval av informanter

I en kvalitativ intervjustudie är ett mindre antal informanter att föredra, för att personer med olika upplevelser och erfarenheter av fenomenet kan ge en mer detaljerad beskrivning av fenomenet (Henricson, 2017 s.115).

Jag sökte frivilliga informanter med erfarenhet av ofrivillig barnlöshet via sociala medier, Facebook, var jag gick med i en privat grupp vid namn "Mammor & gravida i Österbotten". I den privata gruppen gjorde jag ett inlägg, där jag kort presenterade mig själv, vem jag söker och presenterade syftet med studien. Frivilliga deltagare från den privata gruppen kontaktade sedan mig via e-postmeddelande eller Facebook chatten. Jag fick även kontakt med frivilliga deltagare genom bekanta och bekantas bekanta. Totalt valde sex frivilliga informanter att ställa upp i intervjun, där alla fick ett informationsbrev (bilaga 1), skriva på ett samtycke (bilaga 2) samt läsa igenom intervjufrågorna på förhand (bilaga 3).

Studien kretsar kring kvinnor som har erfarenhet av ofrivillig barnlöshet, därför är det kvinnor jag valde att intervjua. Åldern på deltagarna var mellan 23 år och 40 år, varav alla har ett eller flera barn. Ett flertal av informanterna hade även genomgått någon typ av

fertilitetsbehandling. I studien valde jag att använda mig av fiktiva namn för informanterna. Namnen som valdes är Julia, Ida, Lina, Sandra, Emma och Hanna. För att skydda anonymiteten väljer jag att inte ge ut vidare information om informanterna.

Före intervjuerna påbörjades gjordes en provintervju av vänner, för att kontrollera att frågorna var lämpliga, att den tekniska utrustningen för inspelning fungerade och hur länge intervjutillfället skulle räcka. Efter provintervjuerna omformulerades några frågor, som hade uppfattats otydliga. Jag valde även att lämna bort några frågor som var irrelevanta för just denna studie (Henricson, 2017 s. 149). Informanterna valde själv tid och plats när intervjun skulle ske. Intervjuerna utfördes via videosamtal, hemma hos deltagarna, samt skriftligt via textmeddelande på grund av privata skäl. Alla deltagare gav muntligt eller skriftligt samtycke till att intervjun fick bandas in.

5.1.2 Intervju

I studien valde jag en kvalitativ forskningsintervju som datainsamlingsmetod. Intervju är lämpligt att använda sig av när man vill ge deltagarna möjlighet att beskriva och berätta om det som är i fokus. Intervjuer ger även möjlighet för deltagaren att med egna ord dela med sig av sin erfarenhet av t.ex. en situation. Syftet med studien och frågeställningarna återspeglar varandra för att föra ett mönster genom intervjun (Ericson, 2017 s.143).

Intervjun gjordes som en semistrukturerad intervju. Denna metod var lämplig då intervjun innehåller öppna frågor, inte följer en viss struktur och följdfrågor förekom, t.ex. "Hur menar du?" eller "Vad kände du?". Intervjuaren anpassar sig till vad deltagaren berättar under intervjuns gång (Henricson, 2017 s.147-148).

Bakgrunden till min studie gjordes innan jag utförde intervjuerna för att vara påläst om ämnet. Frågorna till intervjun planerades utifrån frågeställningarna i min studie. Intervjuerna genomfördes ostörda och enskilda, där bara jag och deltagaren kunde höra intervjun. Somliga intervjuer påbörjades med en kort presentation av mig själv, till de som redan var bekanta sedan tidigare krävdes ingen vidare presentation. Inledande frågor till intervjun var några få bakgrundsfrågor som t.ex. ålder och om de har barn. Vidare in på intervjun frågades om upplevelser och känslor som ofrivilligt barnlös, påverkan på det privata livet och relationer, samt stöd från omgivningen. Avslutningsvis frågades om motivation, andra upplevelser som ofrivilligt barnlös och om deltagaren ville bidra med tips

eller råd till andra som genomgår liknande situationer. Intervjuerna räckte cirka 30-60 minuter, men efter frågorna hade besvarats hade vi en pratstund med flera av deltagarna. Vi pratade om varför jag valt att skriva om just detta ämne och flera uppskattade även att detta ämne uppmärksammas.

Intervjuarens roll är att tillgodose att intervjun blir så bra som möjligt. Som intervjuare är samspelet till deltagaren viktigt. Att lyssna på vad deltagaren har att berätta, utan att avbryta, kan vara till fördel under analysmetoden. När jag som intervjuare kan lyssna på deltagaren kan samtidigt fokus vara på att iaktta ansiktsuttryck, tonfall och skratt (Henricson, 2017 s.151).

5.1.3 Kvalitativ innehållsanalys

I denna intervjustudie var det lämpligt att göra en kvalitativ innehållsanalys, där stora mängder data hanteras och intervjuer analyseras. Kvalitativ innehållsanalys används främst för att analysera materialet, där fokus ligger i att tolka och granska olika texter. Utskrifter av intervjuer är början på analysen, där skribenten hittar likheter och olikheter bland svaren och skapar teman och kategorier (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

Denna studie analyserades med en induktiv metod, där man drar slutsatser efter deltagarnas egna svar på sina upplevelser. Analysprocessen följer olika steg under processen. Data insamlades i detta arbete genom intervjuer som bandades in och transkriberades. Efter transkriberingen läste jag igenom intervjuerna noggrant för att få en uppfattning om helheten och identifierar viktiga detaljer. Under denna del kan minnesanteckningar tilläggas för att notera relevanta citat eller nya tankar, man tar alltså ut viktig och intressant information. Från det transkriberade materialet bildas meningsenheter, koder, subkategorier, kategorier och teman i större domäner, som följer frågeställningarna i studien (Denscombe, 2018).

Då analysen påbörjades följde jag de olika stegen enligt analysprocessen ovan. När datainsamlingen var färdig transkriberades allt inspelat material på datorn. Intervjuerna numrerades och sedan läste jag noggrant igenom intervjuerna upprepade gånger för att få en helhetsbild av svaren jag fått. Efter att jag flera gånger läst igenom materialet, tog jag fasta på upprepningar, relevanta citat och det som svarade på frågeställningarna och gjorde minnesanteckningar på datorn. Jag samlade alla minnesanteckningar på ett dokument och

läste ytterligare igenom materialet. Detta gjordes för att bilda meningsenheter. Ur dessa bildades koder för meningsenheterna, som består av ett eller ett fåtal ord. Koderna bildade i sin tur subkategorier till följd av kategorier (Henricson, 2017).

5.1.4 Etiska överväganden

I examensarbetet är det väldigt viktigt att ha kunskap om och följa de etiska principerna. I studien är det viktigt att informanterna är medvetna om att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta medverkan utan förklaring. Samtycke kan ges muntligt eller skriftligt, men deltagarna gör även samtycke genom att medverka i intervjun samt genom att besvara frågorna (Forskningsetiska delegationen, 2009).

Före intervjuerna gavs information om studiens syfte och frågeställningar, som fanns med i informationsbrevet som deltagarna fick läsa igenom före intervjun påbörjades. I informationsbrevet fanns även information om respondentens kontaktuppgifter, studiens tema, genomförandet av materialinsamlingen, hur materialet bevaras och används under och efter genomförandet av examensarbetet, samt att deltagandet är frivilligt. En samtyckesblankett och intervjufrågor skickades även ut på förhand. De deltagare som valde att ställa upp i intervjun kommer förbli anonyma och uppgifter kommer vara konfidentiella för att skydda den personliga integriteten (Forskningsetiska delegationen, 2009).

Ofrivillig barnlöshet kunde upplevas som ett känsligt ämne och därför var jag noga med att deltagarna var medvetna om att de inte behövde svara på det som kunde kännas obekvämt. Samma frågor kan ge olika reaktioner hos olika människor och deltagarna har rätt att bemötas med respekt oavsett deras känsloupplevelse (Forskningsetiska delegationen, 2009).

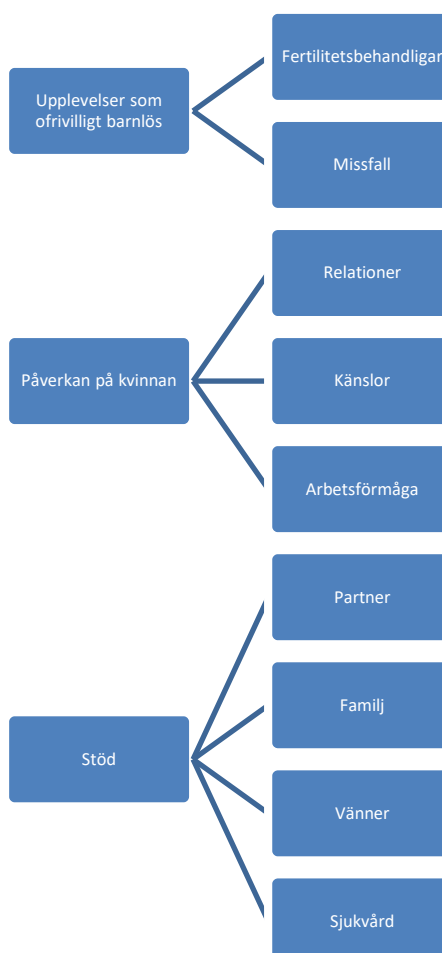
6 Resultat

I detta kapitel kommer intervjuens resultat att redovisas. Intervjuerna transkriberades och därefter analyserades materialet med hjälp av en kvalitativ innehålls analys. Intervjuerna gjordes med sex kvinnor, som alla upplevt ofrivillig barnlöshet. Kvinnornas ålder varierade mellan 23-40 år. Varje intervju var unik för sig, där kunde man se likheter bland deltagarnas svar, men även olikheter.

Resultatredovisningen innehåller tre kategorier med tillhörande subkategorier. Kategorierna är planerade enligt studien frågeställningar. De tre huvudkategorierna som presenteras är: 1) *upplevelser* 2) *påverkan på kvinnan* 3) *stöd*.

På följande sida presenteras kategorierna och subkategorierna och hur de blivit strukturerade enligt innehållsanalysen. Kategorierna och subkategorierna i grafiken nedanför är indelade i en tabell.

6.1 Tabell för kategorier och subkategorier



6.2 Upplevelser som ofrivilligt barnlös

Frågorna som informanterna svarade på handlade främst om upplevelser de ville dela med sig av i allmänhet, om de genomgått fertilitetsbehandlingar och vad som gav dem motivation under processen. Det framkom även följdfrågor om det var relevant. Till denna kategori valdes följande subkategorier utgående från intervjuerna: fertilitetsbehandlingar och missfall.

6.2.1 Fertilitetsbehandlingar

Fyra av informanterna hade genomgått fertilitetsbehandling. Någon hade gjort enstaka behandlingar och andra hade gjort flera. Informanterna hade gjort behandlingar kommunalt och två av dem hade sedan sökt sig till privata fertilitets kliniker. Flera upplevde tiden då undersökningarna och behandlingarna pågick som en väldigt lång process, som även var väldigt påfrestande. Några kände sig väldigt ensamma och uppgivna under utredningarna och behandlingarna och andra kände sig, trots den långa väntetiden, väldigt hoppfulla. Det framkom i intervjuerna att man hade en stark längtan efter barn vilket motiverade dem att kämpa. Två informanter berättade även att i samband med behandlingarna fick ovariellt hyperstimuleringsyndrom, vilket hade gjort dem väldigt sjuka.

”Men då jag började med behandlingarna så tog det ganska mycket tid och energi” (Lina)

”Vi gjorde ju IVF en gång och var på en äggplockning och en insättning, så vi behövde inte kämpa så länge med IVF, och det är jag lycklig och glad över, eftersom det inte är en så rolig process heller” (Emma)

”Jag kanske fick lite stor dos hormoner då med andra, så fick jag såndär hyperstimulering och blev väldigt sjuk och så fick jag en infektion i samband med äggplocket. Det var inte så jättetrevligt” (Lina)

”Det som min man brukar säga är att skulle det inte vara för min envishet och vilja, så skulle vi inte ha några barn alls idag” (Hanna)

6.2.2 Missfall

Tre informanter hade fått ett eller flera missfall till följd av en misslyckad fertilitetsbehandling. Några berättade att perioden efter missfallet var psykiskt tung och väldigt påfrestande, där en informant även blivit deprimerad till följd av missfallet. En eller flera hade även sökt hjälp till psykolog. Några upplevde känslor som chock och oro tiden efteråt, eftersom tankar på missfall inte fanns med i bilden.

"...och så var jag och prata med en psykolog efter att jag hade fått missfall" (Emma)

"Så jag var nog lite orolig där i början, speciellt med missfall i bakgrunden" (Emma)

"...men sen slutade ju det i missfall och det tog nog jättehårt, för jag hade inte alls tänkt i dom banorna" (Hanna)

"Det fanns inte alls i min tankevärld att det skulle sluta i missfall efteråt, då man redan hade sett att hjärtat slog, så det tog nog hårt på" (Hanna)

6.3 Påverkan på kvinnan

Frågorna jag valde ut för intervjun handlade om vilka känslor de upplevt, om känslorna ändrats med tiden, hur den ofrivilliga barnlösheten påverkat kvinnornas sociala respektive emotionella liv och hur relationer påverkats. Ofrivilliga barnlösheten har påverkat kvinnorna olika, men utgående från informanternas svar fanns även likheter. Subkategorierna är: relationer, känslor och arbetsförmåga.

6.3.1 Relationer

Avundsjuka för andra vänners graviditeter var något som framkom hos flera informanter. Tre eller flera informanter upplevde svårigheter att umgås med vänner eller familjemedlemmar som var gravida eller hade små barn. Att umgås i större sociala sammanhang uppkom även från flera intervjuer. Två informanter upplevde att det var jobbigt att få höra om vänners graviditeter eller att få t.ex. ett julkort med bilder på barn, men det påverkade inte relationen till vännerna. Från en intervju kom det även fram att hon avbröt kontakt med några bekanta, eftersom hon upplevde att hon inte klarade av att umgås med dem. Från vännerna fanns det förståelse när hon berättade om orsaken.

”Det blev jobbigt att umgås med människor som hade barn och det var jobbigt att umgås i stora folksamlingar” (Ida)

”Det blev ju förstås jobbigt då kompisar blev gravida, i början var det jobbigt. Men det blev nog aldrig att jag inte umgicks av mina kompisar” (Lina)

”På den tiden då vi kämpade som mest så då var det jättejobbigt att få ett julkort med barn” (Sandra)

”I början var det nog jätte tungt och jobbigt, just med kompisar som fick barn eller familjemedlemmar som blev gravida och fick barn, det jättetungt de där första åren. Det var till och med så pass tungt att jag inte ville vara nära någon som hade riktigt små barn”

Relationen till partnern hade påverkats varierande. En del upplevde att relationen hade blivit ännu djupare och att det fanns förståelse för varandra. Hos andra framkom det brist på kommunikation och att frustrations känslor kunde påverka förhållandet negativt.

”Jag skulle säga att relationen till min man har blivit ännu bättre och ännu djupare” (Julia)

”Jag och min man har kommit mycket närmare när vi försökte bli gravida” (Ida)

”Alltså, dendär förståelsen att man blir besviken varje månad, att han inte känner det på samma sätt. Då kände jag att det kanske var svårt med kommunikationen” (Sandra)

”...samlivet blev lite en mekanisk grej” (Lina)

6.3.2 Känslor

De frågor informanterna svarade på tillhörande denna subkategori handlade om vilka känslor de upplevde och om känslorna ändrades med tiden. Utgående från intervjuerna framkom det känslor som besvikelse och skam över sin egen kropp, chock, frustration, uppgivenhet, hoppfullhet, oro, hopplöshet, otillräcklig, ensamhet och nedstämdhet. Två eller flera informanter berättade även att de periodvis var deprimerade och att livet stannade upp, vilket i sin tur påverkade deras arbete. Flera informanter kände att det blev lättare att hantera med tiden. När de fick barn förändrades känslorna och de kände sig tacksamma idag. Några informanter upplevde att oron sitter kvar än idag och lämnat kvar spår i tankarna.

"I början kom det som en väldigt stor chock, för att jag alltid har sett mig själv som väldigt fertil" (Julia)

"Fast jag inte tänkt på de sakerna tidigare så kändes det som att min kvinnlighet försvann och jag kände mig som en halv kvinna" (Julia)

"Jag kände mig otillräcklig och det kändes orättvist att andra hade så enkelt att bli gravid samt besviken över sin kropp" (Ida)

..."varje månad så kändes det som att det tog över mitt liv och det kändes som att allting annat blev som på 'standby'" (Emma)

"Sedan överlag kändes det nog som att det ändå på nåt sätt gick att hålla uppe hoppet och det blev på ett sätt lättare med tiden" (Emma)

Det som alla informanter hade gemensamt var målbilden; att få bilda en familj och att bli mamma. Trots att flera kände sig hopplösa under perioder, fanns ändå var kämpaglöden kvar. En informant berättade även att kampen fortsatte tills andra alternativ för att bli gravid inte fanns kvar.

"Jag tappade aldrig hoppet och jag ville kämpa tills jag inte hade några alternativ kvar" (Emma)

"Vi skulle inte ha barn idag, om vi skulle ha gett upp efter tre eller fyra försök. Fast det blir kämpigt, så 'ta tjuren vid hornen och kämpa vidare'" (Hanna)

6.3.3 Arbetsförmåga

Några informanter hade perioder som var tyngre vilket påverkade arbetsförmågan. Under vissa perioder var det väldigt psykiskt påfrestande och de behövde sjukskriva sig från sitt arbete.

"Jag var nog sjukskriven från jobbet i kortare perioder, just för att jag inte orkade inte helt enkelt, det var så tungt och tog så hårt psykiskt att jätte gärna vilja ha barn men inte kunna få det och märka då att våra behandlingar inte fungerar överhuvudtaget" (Hanna)

"...jag var borta från jobbet för att jag mådde som så dåligt, att jag klara som int av det" (Emma)

6.4 Stöd

Frågorna som jag ställde handlade om hur de upplevde stödet från omgivningen och om de varit bekväma med att prata om svårigheterna att skaffa barn eller bli gravid. Intervjudeltagarna har många betonat hur viktigt stödet är och att genom att våga öppna upp sig om sina problem, öppnas nya dörrar till möjligheten att få det stöd och den hjälp man behöver. Flera upplevde även att de led i tysthet, kämpade i ensamhet och var rädda för kommentarer och fördomar som kunde uppkomma. Deltagarna har delat med sig om hur de själva upplevde stödet. De berättade om stödet från partnern, familj, vänner och från vården. Därför valde jag samtliga ämnen som subkategorier till denna huvudkategori.

6.4.1 Partner

Några informanter berättade om att partnern varit ett väldigt bra stöd under processen. Två deltagare upplevde det som en smärta eller erfarenhet de delade tillsammans med sin partner, som kunde vara svår att förstå för andra par som inte genomgått liknande situationer. Under tyngre perioder när de negativa känslorna kunde ta över, var stödet från partnern viktigt för att orka fortsätta kämpa. Två av informanterna upplevde svårigheter med kommunikationen och förståelsen, vilket resulterade i brist på stöd från partnern håll.

”Likadant med min partner, som vi båda gått igenom det här tillsammans och fått enormt mycket stöd av honom också” (Julia)

”...och min partner förstås, vi hjälpte nog varandra” (Lina)

”Jag kände väl att jag inte fått så mycket stöd från partnern och jag vet inte om vi hittat ett sätt att vara ett stöd för varandra” (Emma)

6.4.2 Familj

Hos några av de informanterna som valde att berätta om sina upplevelser av stöd från familjen framkom det att stödet varit viktigt och att de kunnat dela med sig av sina känslor och tankar utan att bli dömd. En informant berättade om svårigheter att berätta för sin mamma om sin kamp med att bli gravid, men efter att hon öppnat upp sig fick hon det stöd hon behövde. Det framkom även från en informant som berättade att hon upplevde svårigheter med att prata med sina eller partnerns föräldrar om infertiliteten, och i stället

fått stöd från sina vänner. Några betonade även hur viktigt det var för dem att vara öppna om problemen, vilket resulterade i att möjligheten till att få stöd utvidgades.

”Jag hade väldigt mycket stöd från min familj, vi står varandra väldigt nära och jag kunde berätta min känslor och tankar för dem utan att bli dömd” (Ida)

*”...familjen har alltid varit väldigt stöttande och för oss har det nog aldrig varit tabubelagt att prata om svårigheter att få barn och vi har varit väldigt öppna med allt vad vi gjort”
(Hanna)*

”...jag tycker det är svårt att diskutera sånt med den äldre generationen” (Sandra)

6.4.3 Vänner

Ett flertal av informanterna upplevde att de fick stöd från sina vänner. Vännerna kunde man dela tankar och känslor med. Flera hade även vänner som hade varit i samma situation, vilket gjorde att de förstod varandra och kunde få hjälp, stöd och förståelse från dem. En informant upplevde även stöd från sin körledare, som i samma stund befann sig i liknande situation och på så vis fann de stöd i varandra.

”De som jag har är mina nära vänner och de har jag kunnat prata med, vilket har varit ett enormt stöd” (Julia)

”...även om du har en partner som inte vill prata om det så är det jättebra om du har nå kompisar som man kan prata med” (Sandra)

”Från vännerna har stödet nog varit bra” (Sandra)

”Jag är med i en kör och sa det då till min körledare om att vi går igenom detta och jag inte vet om jag kan vara med den här terminen. Då sa hon att de också går igenom samma sak och då hade jag plötsligt stöd från en i en likadan situation och det kändes väldigt skönt” (Emma)

6.4.4 Sjukvård

Fem informanter hade varit i kontakt med sjukvården. Av dem hade fyra genomgått någon typ av fertilitetsbehandling och en informant hade varit i kö för fertilitetsbehandling som inte hann påbörjas. Stödet som dessa fem informanter upplevt från vården har varit

varierande, men flera av dem blivit bemötta med förståelse och respekt. Två eller flera informanter upplevde inga stora skillnader mellan den kommunala sidan och privata sidan vad gäller stöd. Hos några informanter framkom det att stödet var bristande när de tog kontakt med primärvården, men när de kom i kontakt med specialiserade sjukvården upplevde de stöd och förståelse. Två informanter berättar även att de skapat en god relation med sin dåvarande läkare, som än idag varar och de ibland kan stöta på varandra och växla några ord.

”Här i kommunen så tycker jag att jag inte vi fick nå bra svar på vad man kan göra och vad man själv kan göra, men då vi slapp sedan vidare till centralsjukhuset så då tyckte jag vi fick jätte bra stöd och jätte bra tips direkt från en läkare, vad vi kan själv göra och att vad som kan hjälpa” (Sandra)

”Stödet vi fick från kommunala sidan och privata klinikerna, så har nog varit överlag väldigt bra” (Hanna)

”Jaa, om man menar yttre parter som t.ex. gyn poli, så vet jag inte riktigt om jag fick så mycket stöd därifrån och det kändes som att de ändå lämnade oss ganska själva” (Emma)

”På sjukhuset var det också två läkare som har varit väldigt stöttande från första början, i och med att vi hållit på så länge, har vi nästan blivit familjebekanta, så om det ser mig på gatan så hälsar de på mig och kommer fram och frågar hur det är” (Hanna)

En informant upplevde även att hon och hennes man inte blev tagna på allvar när de tog kontakt med primärvården. De fick höra att de var för unga, vilket hade upplevts som tungt och jobbigt för henne. När hon senare kom i kontakt med specialister upplevde stöd och fick den hjälp hon behövde.

”Då vi hade försökt i ungefär ett år så började ju vi söka hjälp, men då fick vi bara höra att vi är så unga och att det inte borde vara något problem att fortsätta vidare. Det tyckte jag nog var jättejobbigt, då man försökte och försökte och när man sökte om hjälp så fick man bara höra att vi är så unga. Men sen då vi kom oss till centralsjukhuset och gynekologiska polikliniken så fick vi nog bra stöd” (Lina)

7 Diskussion

I detta kapitel kommer resultatet i studien att diskuteras och tolkas med ett kritiskt förhållningssätt. Kapitlet innehåller en metoddiskussion, resultatdiskussion samt en slutsats. I diskussionen lyfts resultatet, tidigare forskning, koppling till teoretisk utgångspunkt, olikheter och likheter i resultatet fram, samt påverkan på det kliniska omvårdnadsarbetet. Fokus i diskussionen är att se om metoden jag valde var lämplig för studien och om frågeställningarna uppnådde syftet (Henricson, 2017, ss. 211-212). Examensarbetet har genomförts med en kvalitativ metod och kommer därför använda mig av termerna trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Henricson, 2017, s.431).

7.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att ta reda på vilka upplevelser kvinnorna genomgått, hur de har påverkats av ofrivilliga barnlösheten och hur de upplevt stöd under processen. I metoddiskussionen kommer styrkor och svagheter att diskuteras av examensarbetet. I metoddiskussionen kommer även studien diskuteras självkritiskt och ses över med ett "helikopterperspektiv" för att bedöma helheten, samt vad som varit bra och mindre bra. Här ska även skribenten reflektera över hur studien som gjorts och vad som kan ha påverkat studiens slutresultat (Henricson, 2017, s. 412; Specialpedagogiska institutionen, 2016).

Jag valde redan från början att studien skulle genomföras med en kvalitativ metod och valde intervjuer som datainsamling för att få ett innehållsrikt material och större trovärdighet. Genom att på förhand få frivilliga deltagare försäkrade jag mig att tiden skulle räcka för att slutföra studien. Studiens tema kunde upplevas känsligt för många och ansåg då att genom intervjuer kan jag få möjlighet att diskutera ansikte mot ansikte med deltagarna.

På grund av den rådande pandemin valde jag och deltagarna att utföra intervjuerna via videosamtal. Endast en intervju utfördes i deltagarens hem. Eftersom ämnet kunde vara känsligt för många tror jag att intervjuerna kunde varit innehållsrikare genom en fysisk träff. Jag tror att fler fysiska träffar för intervjuerna kunde bidragit till att större möjligheter att tolka känslouttryck och kroppsspråk.

Målet var att hitta 4-5 deltagare som ville ställa upp för intervju, men slutligen blev antalet deltagare sex. Jag hittade lämpliga deltagare för studien och de bestod av olika åldrar. De flesta intervjuer blev väldigt innehållsrika och många deltagare var villiga att dela med sig detaljrika berättelser och upplevelser, vilket bidrog till att materialet för innehållsanalysen gav större tillförlitlighet. Flera deltagaren kunde ha bidragit till större trovärdighet, men jag ansåg att tidsperioden inte skulle räcka till.

Intervjufrågorna utgick ifrån frågeställningarna för att få ett sammanhang i studien och kategoriserades sedan i tre olika huvudkategorier. När innehållsanalysen påbörjades märkte jag dock att en del intervjufrågorna kunde ha tagits bort eller omformulerats. Flera följdfrågor kunde även ha ställts under intervjuens gång, eftersom en del frågor besvarades med antingen ja eller nej. Frågeställningarna kom att ändrats under tiden. Jag hade även tänkt undersöka kvinnors upplevelser av bemötande och behandling, men eftersom alla deltagare i studien inte haft kontakt med vården, beslöt jag mig därför att undersöka upplevelser av stöd under processen.

Målet var från början att intervjua kvinnor som än idag är ofrivillig barnlösa, men det var utmanande att hitta lämpliga deltagare för det kriteriet och valde därför att intervjua kvinnor som någon gång i livet varit ofrivilligt barnlös. Jag tror kvantiteten och kvaliteten på svaren kunde ytterligare ökat, med berättelser av kvinnor som fortfarande är ofrivilligt barnlösa.

Resultatet i analysen gav svar på likheter men även olikheter bland deltagarna och jag påverkades även av de intervjuer man genomförde. Detta var mitt första examensarbete som jag gjorde, vilket har varit en inlärningsprocess arbetet igenom. Under studiens gång kunde planeringen varit mer effektiv för att uppnå ett ännu bättre resultat. Jag upplevde utmaningar med att få ett sammanhang av resultatet i studien och lade fokus i stor mån på frågeställningarna. Studiens frågeställningar besvarades och eftersom studien gjordes med en kvalitativ metod, är varje upplevelse ändå intressant som lyfts fram i resultatet.

7.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel kommer resultatet som kommit fram att diskuteras och kopplas ihop med bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten jag valde för studien.

Syftet med denna studie var att undersöka vilka upplevelser ofrivilligt barnlösa kvinnor genomgår. Jag ville även få en inblick i hur ofrivilliga barnlösheten påverkat kvinnorna och hur de har upplevt stöd under processen. Jag valde detta ämne eftersom jag tror många kvinnor lider i tysthet och ämnet kan anses vara tabubelagt. Detta examensarbete kan förhoppningsvis bidra till ökad kunskap och förståelse om ämnet.

I examensarbetet valde jag följande frågeställningar: *Vilka upplevelser genomgår ofrivilligt barnlösa kvinnor? Hur påverkas kvinnorna av ofrivilliga barnlösheten? Hur upplever kvinnorna stödet under processen?* Samtliga frågeställningar besvarades i studien.

Tre informanter hade fått missfall efter en fertilitetsbehandling, vilket hade upplevts som psykiskt tungt och påfrestande. Flera medgav till känslor som chock och oro. Depression hade även varit en följd av missfallet för en av informanterna. Detta framkom även i en undersökning gjord av Hammarberg, et al., (2001) där man hade som mål att ta reda på vilka IVF-upplevelser kvinnor gått igenom och vilka känslor det fört med sig. Till följd av en misslyckad IVF-behandling kände sig kvinnorna nedstämda och oroliga. Symtom på depression var vanligt förekommande.

Arbetsförmågan kom att påverkas under vissa perioder hos flera informanter. Flera upplevde perioder som var väldigt psykiskt påfrestande och flera blev även deprimerade, vilket resulterade i sjukskrivning från arbetet. Detta förekom även i undersökningen gjord av Hammarberg, et al. (2001). Kvinnor som genomgick IVF-behandling kände att arbetet blev stört och karriären påverkades negativt.

Avundsjuka över vänners och familjemedlemmars graviditeter var något som förekom hos flera av informanterna. Flera upplevde svårigheter att umgås med spädbarn och socialt distanserade sig från vänner som hade barn i unga åldrar. I en studie gjord av Tiu, et al. (2018) undersökte man hur infertila kvinnors liv har påverkats och vilka sociala konsekvenser som de upplevt. Infertila kvinnor kände avundsjuka gentemot vänner som hade barn. De distanserade sig från vänner och barn eftersom det upplevdes som påfrestande när de själva inte hade barn.

Hopplöshet, besvikelse över sin egen kropp och frustration var några känslor som flera informanter hade upplevt. Detta kan speglas till Erikssons, (1994) teori där hon beskriver att lidandet kan bidra till en känsla av hopplöshet. Genom att finna hopp kan det vara utgångspunkten för att lindra lidandet.

Det kom fram i intervjuerna att flera kände hopplöshet periodvis, men kämpade sig igenom trots detta. Kampen var för att uppnå målet av processen; att bli mamma och bilda familj. Detta bekräftar Eriksson, (1994) där hon beskriver att människan kan välja att ge upp och gå in i en tom ensamhet eller fortsätta kämpa. För människan är lidandet en kamp att befria sig ifrån något och en kamp om försoning med lidandet.

Även om flera informanter upplevde sig nöjda med sjukvården och de stöd de hade fått, framkom även brister. Man kände att man inte blev tagen på allvar och stödet var bristande. Eriksson, (1994) påvisar att människan kan utsättas för vårdlidande, som hon upplever på sitt eget sätt. Vårdlidande är ett onödigt lidande för människan och handlar om vårdetik och god vård till patienten.

Stöd under processen upplevde många som nödvändigt och viktigt under tiden som ofrivilligt barnlös. Informanterna fick stöd från vänner, familj, sjukvården eller partnern. Man hade även tagit psykologisk hjälp. Enligt Hamberger m.fl., (2005) kan ofrivillig barnlöshet leda till en existentiell kris där behovet av känslomässigt och psykosocialt stöd kan vara till hjälp. Att stöda varandra i ett partnerskap betonas, samt vikten av att kunna uttrycka sina känslor, tankar och frågor.

Flera informanter berättade att de led i tysthet med en kamp i ensamheten. Man betonade hur viktigt det är att öppna upp om sina problem och att prata med de som man kan lita på, för att bli bemött med ett känslomässigt stöd. Eriksson, (1994) förklarar att lidandet kan omvandlas till något positivt, en positiv kraft. Den positiva kraften förutsätter att människan delar med sig av sina djupaste hemligheter, rädslor och tankar med en annan människa värdig hennes förtroende.

7.3 Slutsats

Vad som öppnade ögonen för mig var hur kampen om att bli gravid kan för så många pågå under flera år. Kampen kan även för många ske i ensamhet och tysthet. Utmaningar kan handla om att inte distraheras från fokuset på målbilden eller drömmen; att bilda familj och bli mamma.

Bland svaren som gällde stöd under processen fann jag likheter och olikheter bland svaren i fråga om varifrån stödet kom. Livet stannade upp och hamnade på paus och det känslomässiga stödet spelade stor roll. För många hade partners stöd en betydande roll. För andra delade man tankar och känslor med vänner eller familjemedlemmar. Jag tror man kunde satsa mera på stödverksamheter för ofrivilligt barnlösa kvinnor, för att förhoppningsvis höja livskvaliteten och tillvaron samt få stöd från andra med erfarenheter av ofrivillig barnlöshet.

Sjukvårdens och sjukvårdarens roll för kvinnan som genomgår fertilitetsbehandlingar är viktig. Vetenskapen utvecklas ständigt, vilket utvidgar möjligheterna till att uppnå och fullfölja en graviditet. Vidare borde forskning kunde vara hur man på bästa möjliga sätt kan bemöta och stöda en kvinna som genomgår fertilitetsbehandlingar, eftersom denna studie visar att brister förekommer.

Avslutningsvis kan man konstatera att ofrivillig barnlöshet påverkar många kvinnor runt om i världen och sätter spår i det psykiska och fysiska välmående. Det som man kan ta med sig från detta examensarbete är hur viktigt stödet för kvinnorna är, samt främjandet av kvinnornas välmående genom att erbjuda emotionell eller professionell hjälp som närstående kontra sjukvårdspersonal.

Jag tror vidare studier inom ofrivillig barnlöshet kan vara till nytta och fokusera på förebyggande åtgärder för psykiska ohälsa och hur viktigt stödet är för kvinnan och paret. Genom att prata mera om ämnet kan det bidra till att motverka tabun och öka kunskap och förståelse.

8 Källhänvisning

1177, Vårdguiden, 2020. *Ofrivillig barnlöshet*. [Online] <https://www.1177.se/barn--gravid/barnloshet/ofrivillig-barnloshet/> [Hämtat: 23.11.2020]

1177, Vårdguiden, 2017. *Mens*. [Online] <https://www.1177.se/liv--halsa/sa-fungerar-kroppen/mens/> [Hämtat: 20.11.2020]

Adoptionslagen 2012/22. (20.1). Hämtat från www.finlex.fi

Andelin, C., 12.10.2019. Åldern ökar risken för missfall – upptill hälften av alla graviditeter slutar i missfall om mamman är över 40. *Svenska Yle*. [Online] www.svenska.yle.fi [Hämtat:10.12.2020]

Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H. & Wangel, A. (2019). *Obstetrik och gynekologi: För sjuksköterskor* (Upplaga 5:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Denscombe, M. & Larson, P. (2018). *Forskningshandboken: För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (Upplaga 4:1.). Studentlitteratur AB.

Ebrahimzadeh Zagami, S., Latifnejad Roudsari, R., Janghorban, R., Mousavi Bazaz, S. M., Amirian, M., & Allan, H. T. (2019). Infertile Couples' Needs after Unsuccessful Fertility Treatment: a Qualitative Study. *Journal of caring sciences*, 8(2), 95–104.

Endometriosföreningen, 2015. *Menstruationscykeln*. [Online] <https://endometriosforeningen.com/wp-content/uploads/2018/08/2015-04-01-Menstruationscykeln.pdf> [Hämtat: 12.11.2020]

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan* (2. uppl.). Stockholm: Liber.

Familjevårdslag 2015/263. Hämtat från www.finlex.fi

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2., [rev.] uppl.). Studentlitteratur.

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

Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H.W.G. (2001) Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, vol 16(2), p.374-383.

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Hälsobyn, 2018. *Faktorer som påverkar fertiliteten*. [Online] <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/reproduktiv-h%C3%A4lsa/fertilitet/faktorer-som-p%C3%A5verkar-fertiliteten> [Hämtat: 12.11.2020]

Hälsobyn, 2018. *Orsaker till infertilitet*. [Online] <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/reproduktiv-h%C3%A4lsa/infertilitet-%E2%80%93-ofrivillig-barnl%C3%B6shet/orsaker-till-infertilitet> [Hämtat: 9.11.2020]

Institutet för hälsa och välfärd, 2020. *Assisterad befruktning 2018-2019*. [Online] <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/assisterad-befruktning> [Hämtat: 16.11.2020]

Institutet för hälsa och välfärd, 2020. *Familjevård*. [Online] <https://thl.fi/sv/web/handbok-om-funktionshinderservice/stod-och-service/familjevard> [Hämtat: 14.3.2021]

Institutet för hälsa och välfärd, 2019. *Syntymärkisterin ennakkotiedot*. [Online] https://thl.fi/documents/10531/2782837/Syntymarekisterin_ennakkotiedot_2019.pdf/ab25d7f-298d-23d1-cbcf-fd9a35ebc5b9?t=1593751461230 [Hämtat: 13.11.2020]

Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC women's health*, 17(1), 48.

Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A. (2016). *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (Upplaga 1:1.). Studentlitteratur AB.

Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., Rusanen, S. & Laajasalo, S. (2015). *Kättilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika* (6. uud. p.). Edita.

Perhehoitoliitto, (u.å). *Vad är familjevård?* [Online] https://www.perhehoitoliitto.fi/tietoa_perhehoidosta/mita_perhehoito_on [Hämtat: 12.3.2021]

Piché, M.-L., Bibineau, V., Robitaille, J., Lachance, É., & Ruchat, S.-M. (2018). Lifestyle-Related Factors Associated with Reproductive Health in Couples Seeking Fertility Treatments: Results of A Pilot Study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 12(1), 19-26.

Social- och hälsovårdsministeriet, (u.å). *Adoption*. [Online] <https://stm.fi/sv/adoption> [Hämtat: 21.11.2020]

Social- och hälsovårdsministeriet, (u.å). *Familjevård*. [Online] <https://stm.fi/sv/familjevård> [Hämtat 29.3.2021]

Specialpedagogiska institutet, 2016. *Metoddiskussion*. [Online] <https://www.specped.su.se/sj%C3%A4lvst%C3%A4ndigt-arbete/ uppsatsens-olika-delar/diskussion> [Hämtat 4.4.2021]

Suomi.fi, 2020. *Adoption*. [Online] <https://www.suomi.fi/medborgare/parforhallande-och-familj/fa-och-varda-barn/guide/infertilitetsbehandling-och-adoption/adoption> [Hämtat: 19.11.2020]

Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Gottlieb, C. & Fridström, M. (2010). *Ofrivillig barnlöshet*. Svensk förening för obstetrik och gynekologi.

Söderström-Anttila, V. & Laivuori, H., 2018. Etiska aspekter i samband med fertilitetsbehandlingar. *Finska läkaresällskapet*. Nr 1. Årg 178. https://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/Handlingar-lehti_118_06.pdf

Tenk, 2009. *Etiska principer* [Online] <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf> [Hämtat 5.4.2021]

Tiu, M., Hong, J., Y., Cheng, V. S., Kam, C. Y., & Ng, B. T. (2018) Lived experience of infertility among Hong Kong Chinese women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1), 1554023.

World health organization, (u.å). *Infertility definitions and terminology*. [Online] <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/fertility-care/infertility-definitions-and-terminology> [Hämtat: 15.11.2020]

World health organization (u.å). *Reproductive health in Western Pacific*. [Online] <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health> [Hämtat: 17.11.2020]

World health organization, 2006. *Sexual health*. [Online] https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2 [Hämtat: 18.11.2020]

Åucs, 2019. *Barnlöshet*. [Online] <https://www.vsshp.fi/sv/hoito-ja-tutkimukset/Sidor/lapsettomuus.aspx> [Hämtat: 15.3.2021]



Informationsbrev

Bästa deltagare!

Mitt namn är Rebecca Kaján och jag studerar till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia och skriver mitt examensarbete om ofrivilligt barnlösa kvinnor. Syftet med studien är att med hjälp av en kvalitativ intervjustudie lyfta fram upplevelser som ofrivilligt barnlösa kvinnor genomgått. I studien vill jag även få fram hur kvinnorna upplevt stöd under processen samt hur kvinnan har påverkats av ofrivilliga barnlösheten. Examensarbetet kunde förhoppningsvis bidra till att öka kunskap och förståelse om ofrivillig barnlöshet. Mina tre frågeställningar i studien är följande:

1. Vilka upplevelser genomgår ofrivilligt barnlösa kvinnor?
2. Hur påverkas kvinnorna av ofrivilliga barnlösheten?
3. Hur upplever kvinnorna stödet under processen?

I examensarbetet använder jag mig av intervjuer som datainsamlingsmetod. Intervjun kommer med er tillåtelse att bandas in, transkriberas och analyseras. Inspelningen sparas på en USB-sticka, för att sedan analyseras efter intervjun. Intervjun kommer att ske digitalt t.ex. Skype och Teams eller fysiskt möte, individuellt med varje deltagare. Under intervjun kommer ingen annan än jag och deltagaren att kunna höra diskussionen och förblir konfidentiell efter att intervjun har avslutats. Allt material behandlas konfidentiellt och insamlat material från intervjun raderas efter analysen. I intervjun kommer jag att ha intervjufrågor som stöd, men kommer även använda mig av följdfrågor om det behövs. I examensarbetet (analysen) kan citat användas.

Informationen kommer inte kunna identifiera er och det som framkommer i intervjun är endast åldersgruppen. Studien kommer att publiceras på theseus.fi. Deltagande av intervjun är frivilligt och ni kan när som helst avsluta medverkan utan förklaring.



Samtyckesblankett

Tack för ert deltagande i mitt examensarbete!

Studerande

Rebecca Kaján

Tel: [REDACTED]

Rebecca.kajan@edu.novia.fi

Handledande lärare

Anita Wikberg

Tel: [REDACTED]

Anita.Wikberg@novia.fi

Samtycke till intervjun

Undertecknad har fått information om examensarbetet som handlar om ofrivilligt barnlösa kvinnor och godkänner att material används i studien samt deltar frivilligt.

Namnförtydligande och underskrift

Ort och datum

Ansvarig för examensarbetet

Namnförtydligande och underskrift

Ort och datum

Intervjufrågor

1. Ålder?
2. Har du barn idag? Hur många?
3. (Om deltagaren har barn)
Hur länge försökte du aktivt bli gravid?
Hur länge tog det innan du fick första barnet?
4. Har du genomgått fertilitetsbehandling? Vilken och hur många gånger?
5. Har du fått missfall?
6. Var du bekant med eller hade kunskap om ofrivillig barnlöshet sedan tidigare?
7. Vilka känslor upplevde du i början?
8. Har känslorna ändrats med tiden, hur i så fall?
9. Hur har ofrivilliga barnlösheten påverkat ditt sociala respektive emotionella liv?
10. Har ofrivilliga barnlösheten påverkat din relation till t.ex. partnern, familj eller vänner?
11. Hur upplevde du stödet från omgivningen?
12. Var du bekväm med att prata om svårigheterna att bli gravid/få barn?
13. Vad ger dig/gav dig motivation att fortsätta försöka bli gravid?
14. Vill du berätta om andra upplevelser du genomgått?
15. Vad skulle du vilja att omgivningen hade bättre kunskap om angående ofrivillig barnlöshet?
16. Tips och råd som du vill ge andra som befinner sig i samma situation som du varit i.