

Behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet

Jessica Gustafsson

Examensarbete

Vård

2012

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	11566
Författare:	Jessica Gustafsson
Arbetets namn:	Behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet
Handledare (Arcada):	Maj-Len Törnqvist
Uppdragsgivare:	Folkhälsan på Åland
<p>Sammandrag:</p> <p>Denna studie är en kvalitativ innehållsanalys om behovet av psykosocialt stöd vid ofrivilligt barnlöshet. Studien är ett beställningsarbete av Tarja Gustafsson, familjeterapeut som arbetar på Folkhälsans familjerådgivningen på Åland. Syftet med studien är att se över behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet. I tidigare forskningar framkommer det att ofrivillig barnlöshet orsakar många olika känslor så som hopp, sorg, ångest som är väldigt betungande för paret. Jean Watsons omvårdnadsteori (1993) är studiens teoretiska referensram, var Watson förklarar sin syn på hälsa och ohälsa. I studien besvaras tre frågeställningar: Vilket är behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet? Upplevs den ofrivilliga barnlösheten som en traumatisk kris? Metoden som används i denna studie är kvalitativ innehållsanalys. Resultatet delades in i tre huvudkategorier: psykisk påfrestning, socialt nätverk och konsultering. I resultatet framkom det att vid ofrivillig barnlöshet uppkommer det en psykisk påfrestning för paret, där emotionell stress, traumatisk stress och en existentiell kris är det mest centrala. Parets sociala nätverk kan bli lidande av sociokulturella faktorer och det har visat sig att coping strategier är något individen behöver för att kunna anpassa sig till situationen. I resultatet framkom det även att konsultering är en central del som behövs för att paret skall kunna använda sig av rätt sorts coping strategier.</p>	
Nyckelord:	ofrivillig, barnlöshet, infertilitet, psykosocialt, upplevelser, stöd
Sidantal:	59
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	05.11.2012

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Vård
Identification number:	11566
Author:	Jessica Gustafsson
Title:	
Supervisor (Arcada):	Maj-Len Törnqvist
Commissioned by:	Folkhälsan på Åland
<p>Abstract:</p> <p>This study is a qualitative content analysis of the need for psychosocial support for involuntary childlessness. The study is commissioned by, Tarja Gustafsson Family Therapist at Folkhälsan Family Counseling Unit at Åland. The purpose of this study is to examine the need for psychosocial support of people suffering from infertility. Previous research, shows that infertility causes many different emotions such as: hope, sadness and anxiety which are very burdensome for the couple. Jean Watson's nursing theory (1993) is the theoretical framework for the study. The study explains her views of health and illness. The study answered three questions: What is the need for psychosocial support of people suffering from infertility? Is involuntary childlessness experienced as a traumatic crisis? The method used in this study is qualitative content. The results were divided into three main categories: psychological distress, social networking and consulting. The results revealed that infertility causes a mental exertion for the couple; where the emotional stress, traumatic stress and an existential crisis are most central. That the couple's social network may suffer from socio-cultural factors and that coping strategies are something individuals need in order to adapt to the situation. The results revealed also that consulting is one of the key elements, necessary for the couple in order to use correct coping strategies.</p>	
Keywords:	Involuntarily, Childlessness, infertile, psychosocial, support, experience.
Number of pages:	59
Language:	English
Date of acceptance:	05.11.2012

INNEHÅLL

1	Bakgrund	8
1.1	Ofrivillig barnlöshet	8
1.2	Infertilitet	8
1.2.1	<i>Undersökning vid infertilitet</i>	9
1.2.2	<i>Klinisk undersökning hos kvinnor</i>	10
1.2.3	<i>Klinisk undersökning hos männen</i>	11
1.3	Infertilitetsbehandlingar	11
1.4	Den ofrivilliga barnlöshetens upplevelser	13
1.4.1	<i>Reaktioner som kan uppkomma i parförhållandet</i>	14
1.5	Kris	16
1.5.1	<i>Traumatiska krisen</i>	16
1.5.2	<i>Utvecklingskrisen</i>	17
2	Litteraturöversikt	18
2.1	Reslutat av artikelsökningen	18
2.2	Forskningsöversikt	18
2.3	Sammandrag av tidigare forskningar	19
3	Teoretiskt perspektiv och centrala begrepp	22
3.1	Jean Watson	22
3.1.1	<i>Ohälsa</i>	23
3.1.2	<i>Hälsa</i>	24
3.1.3	<i>Mål</i>	24
4	Metod	25
4.1	Systematisk innehållsanalys	25
4.2	Kvalitativ metod	27
4.3	Litteratursökning	27
4.4	Databassökning	28
5	Syfte och frågeställningar	28
5.1	Avgränsningar	29
5.2	Validitet och reliabilitet	30
5.2.1	<i>Artiklarnas reliabilitet och validitet</i>	31
5.2.2	<i>Inkluderade artiklar</i>	31
5.3	Design	33
6	Etiska reflektioner	34

7	Resultat av innehållsanalysen.....	35
7.1	Psykisk påfrestning	36
7.1.1	<i>Emotionell stress</i>	37
7.1.2	<i>Traumatisk kris</i>	37
7.1.3	<i>Existensiell kris</i>	38
7.2	Socialt nätverk	38
7.2.1	<i>Sociokulturella faktorer</i>	39
7.2.2	<i>Coping strategier</i>	39
7.3	Konsultering	40
7.3.1	<i>Biopsykosociala faktorer</i>	41
7.4	Resultat jämfört med det teoretiska perspektivet.....	42
8	Kritisk granskning	43
9	Diskussion.....	44
10	Avslutning	47
	Källförteckning	48
	Bilagor	52

Figurer

Figur 1. Ohälsa enligt Jean Watson, omvårdnadsriktlinjer egen bearbetning av respondenten.	23
Figur 2. Hälsa enligt Jean Watson, omvårdnadsriktlinjer egen bearbetning av respondenten.	24
Figur 3. Möte mellan vårdpersonal och patient enligt Jean Watsons omvårdnadsriktlinjer egen bearbetning av respondenten.	25
Figur 4. Design av arbetsgång	33

Tabeller

Tabell 1 Lista på valda databaser i litteratursökningen till resultatdelen.	28
Tabell 2 Omformulerade frågeställningar.	30
Tabell 3 Articklarnas giltighet (se Katie Eriksson s151-152).	31
Tabell 4 Förteckning över inkluderade artiklar.	31
Tabell 5 Kategorisering.	36

INLEDNING

Att få barn och bli förälder anses av många som ett naturligt steg i livet, att föra vidare sitt arv, att bli förälder. Men vad händer när drömmen spricker? För många som inte får ett barn, utlöses en kris, en känsla av att livet inte är komplett. Syftet med denna litteraturstudie är att se över behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet. Studien sammanställdes under höstterminen 2012.

Under vår studietid kommit väldigt lite kontakt med ofrivillig barnlöshet. Det är ett ämne som borde belysas mera då det blir alltmer vanligare. Det är något vi kan stöta på i det privata livet, i sin sociala nätverk eller i arbetslivet.

Det här arbetet är ett beställningsarbete av Tarja Gustafsson, familjeterapeut på Folkhälsans familjerådgivning på Åland. Jag har valt att skriva om det här ämnet eftersom det är intressant och ett område som är viktigt att belysa.

Detta arbete är en kvalitativ litteraturstudie och innehållet av materialet analyserades med hjälp av innehållsanalys. Jag har använd mig av en deduktiv slutledning. Studiens referensram är Jean Watsons omvårdnadsteori om hälsa och ohälsa. I resultatdelen av arbetet har hennes omvårdnadsteori blivit sammankopplat med resultatet av innehållsanalysen.

1 BAKGRUND

I bakgrunden presenteras och förklaras de begrepp som anses centrala för förståelsen av studien, behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet. Inledningsvis i det här arbetet kommer jag genom underrubriker att definiera orden ofrivillig barnlöshet, infertilitet, kris och ofrivillig barnlöshet effekt på parförhållandet. Det inleds med en kort beskrivning om ofrivillig barnlöshet till följd av infertilitet där beskrivs infertiliteten och infertilitetsbehandlingarna. Detta beskrivs för att läsaren skall få en klar bild av upplevelser kring hur de som lider av ofrivillig barnlöshet kan uppleva det.

1.1 Ofrivillig barnlöshet

Ofrivillig barnlöshet definieras som oförmåga att bli gravid efter aktivt försök i ett års tid. I Finland finns det ca 30 000 ofrivilligt barnlösa, årligen kommer det ca 3000 nya fall. (Söderström-Anttila Viveca, 2009;8) Definition på barnlöshet är par som är tillsammans och inte har några levande barn. Med det menar man att man har blivit gravid, men barnet har inte överlevt p.g.a. missfall eller att barnet har dött innan födseln. Barnlöshet kan vara ett medvetet val. (WHO, 2004:9) Vi är vana att kunna styra vårt samhälle och planera in våra liv enligt hur det passar vår livssituation. Därför är det vanligt att kvinnor äter preventivmedel och sen bestämmer sig att försöka få barn och slutar skydda sig, de flesta förväntar sig att bli gravid inom ett par månader efter avslutande av preventivmedel. Det blir oftast en besvikelse då man inte kan styra sin egen kropp. (Barnalängtan, 2011:3)

1.2 Infertilitet

Infertilitet betyder oförmåga att framställa ett barn. Ett par räknas som infertila efter två år av regelbundet samlag utan preventivmedel, utan resultat. Orsaken till infertiliteten är inte beroende av amning eller postpartum amenorre. Primär infertilitet är infertilitet hos ett par som aldrig haft ett barn. En orsak till infertiliteten kan som ovan nämns vara en infektion hos mannen eller kvinnan men oftast finns det ingen bakomliggande orsak. Sekundär infertilitet är oförmåga att få ett barn till, efter en tidigare graviditet. (WHO, 2012) WHO har gett ett uttalande om att infertilitet är ett allmänt hälsoproblem och det

uttalande ingår även i FN's definition angående mänskliga rättigheter inom sexual hälsa och reproduktivitet. (SFOG,2010:5) Vid infertilitet rör det sig oftast om subfertilitet, med det menar man att det är flera orsaker som bidrar till den minskade fertiliteten. Det rör sig sällan om att det skulle vara brist på egna könsceller, tilltäppta äggledare osv (Söderström-Anttila Viveca, 2009;8)

1.2.1 Undersökning vid infertilitet

För många är det en självklarhet att få barn, kanske har man redan i sina livsplaner planerat att man skall få t.ex. två barn. Det kan för en individ utgöra den kompletta familjen. Men när det inte går som man planerat och man inte får några barn, så söker de flesta paren hjälp för att ta reda på varför de inte lyckas då så många andra gör det.

Efter två år kan man få diagnosen infertilitet. (Medicinens ABC, 2004: 3525) Undersökningarna kan börjas då man försökt få barn i ett år. Undersökningarna kan inledas tidigare om man misstänker att infertiliteten beror på. oregelbunden menstruationscykel, infektioner, mannen haft några sjukdomar som påverkar spermieproduktionen eller om kvinnan är 37 år eller äldre. (MSD:11) En infertilitets utredning görs för att ta reda på vad det kan finnas för bakomliggande orsaker till infertiliteten, för att utreda om mannen eller kvinnan är oförmögna att få barn. Oftast är barnlöshet parets gemensamma problem däröfr inleds undersökningen av paret samtidigt.

Då man börjar undersökningen så börjar man med att kartlägga en noggrann anamnes, för att finna bakomliggande orsaker. Detta görs för att få en rimlig prognos samt att klargöra vad som är den bästa individuella behandlingen för paret. (Medicinens ABC, 2004: 3525) I anamnesen tar man reda på infertilitetens längd, även om det skett i tidigare relationer, tidigare sjukdomar och infektionssjukdomar. De frågar även om kvinnan någon gång under livet blivit bukopererad eller om mannen har blivit ljumskbråcks opererad, eller om de tidigare har genomgått en operation i de genitala delarna, eftersom det kan ha en bidragande effekt. I anamnesen kartlägger de även deras livsstil, kostvanor och användning av alkohol, tobak och kaffe. Sedan gör man en klinisk undersökning på båda partnerna. (Medicinens ABC, 2004: 3525)

Det görs även en psykosocial kartläggning över den enskildes livssituation, livsstilsfaktorer och psykosociala aspekter. (Söderström-Anttila Viveca, 2009;9)

1.2.2 Klinisk undersökning hos kvinnor

Kvinnans fruktsamhet sjunker vid 35 års åldern, vilket gör det svårare för kvinnan att bli gravid. (SFOG, 2010:18) Men det kan även finnas andra orsaker till infertilitet. Det kan vara störningar i ovulationen, övervikt, undervikt, anorexi, endometriosis, PCO, hormonrubbnings, äggledarskador P.g.a. en tidigare klamydia infektion. En orsak som har blivit vanligare vid barnlöshet är att många vill bilda familjer i ett senare skede i livet. Kvinnans fertilitet sjunker med stigande ålder och med det följer försämrade äggkvalité. Sjukdomar och infektioner har negativ påverkan på fertiliteten. (Söderström-Anttila Viveca, 2009;8) Äggmognads och ovulationsstörningar är det vanligaste orsaken till infertilitet, orsaken till detta kan vara i hypothalamus, hjärnbihangen, äggstockarnas funktion eller vara pga olika tillstånd så som undernäring, binjursjukdomar eller underfunktion av sköldkörteln. (MSD:13)

Hos kvinnan undersöker man äggstockarna för att se hur passagen ser ut och livmodern undersöks med ultraljudsundersökning. Sedan kartlägger man menstruationscykeln och ovulationsprocessen. Genom den kliniska undersökningen vill man även utesluta endometriosis, submukotiska myom och polyper. Om det visar sig vara endometriosis eller sammanväxningar i buken övervägs laparoskopi. (SFOG, 2010;22) Här kan man även göra andra undersökningar så som tithålsoperation av bukhålan och ta hormonprover för att se om äggstockarna är oskadda.. (MSD:13) Man tittar även på livmoderhalsen och tar infektionsprover och PAPA-prov därifrån som betyder cellprov. Livmoderslemhinnan undersöks med ultraljud, hysteroskopi eller genom kontraströntgen (MSD:14) För att ett befruktat äggcell, embryo skall kunna bli ett foster behöver det kunna fästa sig i livmoderväggen och livmoderslemhinnan. Om kvinnan har haft menstruationsstörningar eller oregelbunden mens tas vävnadsprov från slemhinnan. (MSD:14) Man vill även ta några laboratorieprover för att se eventuella störningar i utsöndringen och funktionen av könshormonerna tas genom urin- och blodprov där man tittar på bland annat LH-nivån, TSH (Sköldkörtelhormon) och blodets progesteronhalt. (MSD:15)

1.2.3 Klinisk undersökning hos männen

Hos mannen kan orsaken till infertilitet vara p.g.a. nedsatt produktionsförmåga av spermier, störningar i transporten av spermier eller avsaknad av spermier helt och hållet. Det kan även vara att testiklarna är ofullständigt nedsjunkna, orsaker kan även vara genetiska eller hormonella. (Medicinens ABC, 2004: 3525)

Hos männen görs en klinisk undersökning där man undersöker mannens testiklar, prostata, sädesblåsan, förhuden det görs även en testikelultraljud där man försöker se om det är några blockader i sädesgångarna eller eventuella tumörer. Man gör ett hormonprov där man ser på provsvaren från FSH, LH och testosteron. (MSD:12) Sedan gör man en analys av sädesvätskan, detta görs i ett tidigt skede av fertilitetsutredningen. Provet bör lämnas in efter att man inte har haft samlag eller masturberat på 2 -5 dagar och provet skall vara på laboratoriet en timme efter det tagits. (SFOG, 2010;22) Provet berättar om spermernas mängd, rörlighet och struktur.(Söderström-Anttila Viveca, 2009;9) Manlig infertilitet kan även bero på nedsatt eller kontaminerat spermaprov och i så fall måste omtagningar ske (tidigast efter 10-12 veckor efter tidigare spermieprov) men det kan även bero på hypospadi eller ejakulationsstörningar. (SFOG, 2010;22) Man gör även en kromosomanalys för att säkerställa en diagnos (MSD:12)

1.3 Infertilitetsbehandlingar

Infertilitetsbehandlingar kan ske på olika sätt. Det vanligaste sätten är t.ex. Ovulationsinduktion, insemination, provrörsbefruktning (IVF), mikroinjektionsbehandling eller med behandling av donerade äggceller. Här nedanför berättas kort om de olika infertilitetsbehandlingarna, vad det betyder och hur de genomförs. (MSD:16) De vanligaste komplikationerna är flerfostergraviditet, utom havandeskap, ökad risk för missfall, för tidig förlossning och låg födelsevikt hos barnet.(MSD:31)

Ovulations induktion betyder att man får hjälp genom medicinering för att få ovulationen att ske spontant. Denna metod kan göras om man t.ex. lider av PCOS.

Insemination är ett annat sätt, då sker inseminationen i kvinnans naturliga menstruationscykel eller genom hormonstimulering. Behandlingen sker då genom parets egna eller med donerade spermier. I denna behandling separerar man spermerna,

så att man får de mest rörligaste spermier som sedan används för insemination i livmodern. I förväg bör man ha säkerställt kvinnans ägglossning genom ovulationstest, sedan stimuleras kvinnans äggceller genom en hormonbehandling där sedan en spermie förs in i livmodern. Efteråt krävs ett graviditetstest och uppföljning för att följa behandlingens resultat. (MSD:21-22)

Provrörsbefruktning, IVF (In vitro fertilisation) är ett befruktningsförsök där kvinnan går igenom en hormonbehandling som pågår i ca två veckors tid, för att stimulera äggstockarna med hjälp av gonadotropiner. Detta görs för att få flera äggceller åt gången mogna. Behandlingen följs sedan upp genom att observera biverkningar, ett vaginalt ultraljud och hormonbestämningar genom blodprov. Om hormonbehandlingen har gått bra plockas kvinnans ägg ut genom ett ultraljudsstyrd punktion. I samband med äggplockningen ger mannen ett spermprov, där de rörligaste spermier plockas ut. Sedan befruktas äggcellerna med spermier i en odlingskål som odlas över natten i ett odlingskåp, följande dag får man reda på om det skett en befruktning. Om befruktningen har lyckats så överför man embryot till kvinnans livmoder genom en kateter via slidan. Efteråt görs ett graviditetstest och uppföljning för att observera behandlingens resultat. (MSD:23)

En IVF behandling är för den enskilda individen och paret en mycket krävande period, det är inte ovanligt att det uppstår en krisreaktion under denna period. Det är därför viktigt att man har en regelbunden psykologisk kontakt under fertilitetsutredningen. Innan man börjar med en infertilitetsutredning så är det viktigt att man sörjer att man inte kan få ett eget biologiskt barn på naturlig väg innan man kan ta emot ett IVF barn. (Medicinens ABC, 2004: 3525)

Mikroinjektion är ett annat sätt där det sker med mannens spermier. Detta utgörs om mannens spermier håller kvalitet men inte finns i tillräcklig mängd. Då görs en mikroinjicering av äggcellen som betyder att en spermie först direkt in i äggcellen. Uppföljningen är densamma som vid IVF-behandlingen. (MSD:26)

Donerade äggceller kan ske om t.ex. Äggstocken inte kan producera äggceller p.g.a. störningar eller att äggstockarna avlägsnats p.g.a. sjukdom. Då doneras äggceller av frivilliga donatorer. (MSD: 27)

Lagen om assisterad befruktning handlar om befruktningsbehandlingar där human könscell eller ett embryo överförs till en kvinna för att åstadkomma en graviditet (MSD:34) Enligt lagen kan assisterad befruktning ges till gifta par, par som är sambos, par bestående av två kvinnor eller till ensamstående kvinnor.(MSD:34) För att få donera äggceller i Finland så måste man skrivas in i ett register, där ett barn som är gjord genom en äggdonation har rätt att ta reda på donatorns identitet när barnet fyllt 18 år. För att donationen skall lyckas så synkroniseras donatorns och mottagarens hormencykel. (MSD:27)

1.4 Den ofrivilliga barnlöshetens upplevelser

Alla har kanske haft en dröm om att få barn, de som vill få barn försöker att få barn. En del människor blir gravida efter första försöker, någon efter ett par månader. Men för de par där försöken går från några månader till år, är en tung period för paret. Det är många i världen som har svårt att få barn. Det är därför inte ovanligt att det tillkommer en kris hos någondera av partnerna. För de som lider av ofrivillig barnlöshet är det svårt att inte tänka på någonting annat än att få barn och att försöka få barn, det är det första man tänker på när man vaknar och det sista man tänker på innan man somnar. Tankar som kan cirkulera är tex. Tankar om att man måste äta nyttigt, motionera, vara pigg och glad för att då kanske lyckas kunna ta emot ett ägg, få det befruktat och få ett barn. (Tulppala Majja, 2004;533)

Ofrivillig barnlöshet är en väldigt intim och personlig sak, det är väldigt individuellt hurdana upplevelser man har kring den perioden. De par som går igenom en ofrivillig barnlöshet vill ogärna prata om deras upplevelser. Just det faktum om att man har svårt att få barn, är kränkande och att berätta det till någon utomstående t.ex. Andra familjemedlemmar, vänner kan uppfattas för paret som pinsamt. Det finns mycket skuld och skam kring ämnet. Vissa par är öppna med att de har svårt att få barn och börjar direkt prata mycket om upplevelser och tankar kring ämnet, för att bearbeta det och även för att undvika frågor som ”när ska ni få barn?”.(Tulppala Majja, 2004;533)

Det är inte ovanligt att pressen som tillkommer, då det är svårt att få barn leder till separation, då man önskat att få barn men inte lyckats. Vilket leder till ett fullt mönster där det sedan i det nya förhållandet, leder till en ny separation på grund av misslyckade försök. (Tulppala Maija, 2004;533) Ett förhållande kan även stärkas av den upplevelse som paret går igenom, där erfarenheten och upplevelser skapar en grund för den gemensamma andliga utvecklingen. Paret blir mer lyhörda mot varandra och har lärt sig att prata om sina känslor och sätta ord för dem. Det kan ge en trygghet och tro på framtiden, att man kommer klara av svåra livssituationer tillsammans. (MSD:3)

1.4.1 Reaktionen som kan uppkomma i parförhållandet

För många är det att få barn själva meningen med livet, en strävan efter reproduktion. För andra kan det vara att barnet är en garanti mot ensamhet, med ett barn är man aldrig ensam, det är någon att rå och en chans att få komma med i olika sammanhang som man annars inte skulle kunna vara med i t.ex. Föräldragrupper, diskussioner om barnuppfostran och skolan. Dagens samhälle förväntar sig också att man ska ha ett barn, och frågor som ”nu har ni varit ihop så länge, så när ska ni få barn?” dyker ofta upp. (Möller:5)

Ofrivillig barnlöshet har negativ effekt på båda parterna i parförhållandet. Det tillkommer en psykisk stress över att man försöker att bli gravid. Det har även negativ effekt på parförhållandet i den intima biten, där oftast samlaget i förhållande blir på rutin. Paret sociala förhållanden kan vara påfrestande då vänner eller familjemedlemmar frågar ”hur går det?” och de vill ge olika tips t.ex. vad man borde äta för att lyckas bli gravid, trots att det är från deras sida vänligt menat. Dessa frågor orsaka psykisk press hos paret som försöker bli gravida och de kan börja anklaga sig själv eller den andra i förhållande för att man inte lyckats bli gravid. Det kan bli att t.ex. Kvinnan i förhållandet tar avstånd från hennes vänner som är gravida, då det är tungt att vara glad för deras skull då de lyckats att få ett barn. Dessa tankar är också skuldbelagda, då man egentligen är glad för väninnans skull, men man reagerar med att ta avstånd. Det blir tungt att gå på stan och se folk med gravida magar eller då andra blir gravida. Tankar som kan uppkomma är, varför lyckas hon med inte jag? För mannen är det psykiskt tungt att se kvinnan i förhållande ha det tungt och mannen glömmer bort sig själv och sitt mående. Han skjuter upp sina känslor för att vara stark för kvinnan.

Om orsaken till att de inte kan få barn p.g.a. att mannens spermier är odugliga så kan det skada mannens manlighet och hans roll förändras i parförhållandet. (Tulppala Maija, 2004;532)

Det är inte ovanligt att paret som lider av ofrivillig barnlöshet stöts ut ur den sociala gemenskapen. De diskussioner där barn är centrala som familjeliv, barnuppfostran och skola kan paret inte delta i. Det är svårt att undvika allt prat om barn t.ex. I kafferummet är det oftast prat om det, en kollega kan komma in och visa sitt nyfödda barn(Möller:6)

I parförhållandet reagerar oftast mannen och kvinnan med olika reaktioner. Kvinnorna reagerar oftast känslomässigt, de kan bli arga och förtvivlade och kan se negativt på framtiden. Mannen reagerar oftast med att engagera sig i olika sysselsättningar som tar upp tid så som arbete, fritidsaktiviteter och de är mer optimistiska mot framtiden. Dessa reaktioner kan orsaka missförstånd. Kvinnan tycker att mannen inte bryr sig när hon vill tala om problemet och känslorna kring ämnet och mannen vill ogärna prata om det. Kvinnan kan bli att tro att mannen är oengagerad och inte bryr sig. Medan mannen inte vill att kvinnan ska vara ledsen. Mannen kan reagera med att boka upp varje helg för aktiviteter, kvinnan vill vara hemma och diskutera om problemet. Hon tror att han inte vill prata, medan mannen vill att kvinnan ska få tänka på annat eftersom han inte vill se henne ledsen och tror att han hjälper henne mer genom att inte prata om det och håller henne sysselsatt. Det blir dubbla missförstånd, mannen ger en tyst omvårdnad.(Möller: 8)

Efter en misslyckad IVF-försök kan det vara att kvinnan sörjer under den första perioden och ser negativt på att få ett barn i framtiden medans mannen ser positiv mot framtiden. Mannen tröstar kvinnan i den svåra perioden, men när det sedan är dags för det andra IVF försöket och kvinnan ser positivt ”nu lyckas vi” så bryter mannen ihop och sorgen drabbar honom. Mannen glömmer sig själv och sin sorg och förskjuter därmed sina egna känslor och bryter sedan ihop när det blir för mycket för honom. (Möller: 8) Det kan även vara att mannen uppfattar kvinnans behov om att ofta prata om infertiliteten som ett krav, att det är på hans ansvar att lösa problemet. Fast kvinnan egentligen vill prata om det för att få mer kontakt och gemenskap med mannen och för

att få bättre kontroll över sina känslor. Det är inte ovanligt att den andre i förhållandet frågar frågor om t.ex. ”vill du fortfarande ha mig fast jag inte kan få barn?”, detta är en tung process och sätter paret på prov och de måste från och med nu besluta hur de vill gå tillväga. Under infertilitets perioden är det viktigaste stödet de har varandra, de behöver stöd från varandra för att kunna utvecklas. Genom att ge stöd och prata med varandra så är det större chans att de mår psykiskt bra under en IVF behandling. (Möller:9)

1.5 Kris

Psykiskt kris tillstånd är då man är i en livssituation där ens tidigare erfarenheter och inlärd reaktionsförmågor inte är tillräckliga för att klara av den aktuella situationen. Det finns två typer av kriser; den traumatiska krisen och utvecklingskrisen. (Cullberg, 2003:41-42) Krisens omfattning bestäms beroende på var den drabbade är i livet och beroende på krisens omfattning. Krisreaktioner är individuella och några vanliga krisreaktioners symtom som kan uppstå är t.ex. ångest, sorg, känsla av övergivenhet och känsla av misslyckande. Dessa krisreaktioner kan t.ex. uppstå hos en kvinna som försökt få barn i flera år men får upprepande missfall. Under denna period så har hon en vacklande självkänsla, vilket förstärker hennes känsla av att vara misslyckad. (Cullberg, 2003:43) Infertiliteten är ett hot mot individens psykologiska välbefinnande. Relationen mellan paret försämras ofta pga. av stressen som tillkommer vid behandlingar och utredningar. Parets fokusering går åt till att försöka få ett barn. En traumatisk kris går inte att mäta, men professor Anders Möller, jämför det med att få diagnosen HIV eller att en anhörig dör. (Möller:6)

1.5.1 Traumatiska krisen

Den traumatiska krisen beror på en yttre händelse där den drabbades fysiska existens, sociala identitet, trygghet och andra livsmål blir hotade (Cullberg, 2003:41). Den traumatiska krisen kan utlösas av tre olika händelser, den drabbade kan få en känsla av förlust eller uppleva kränkning eller gå igenom en katastrof. Med förlust menar man att det är någonting som har hänt i den yttre världen som är mycket betydelsefull för den drabbade. Det kan vara förlust av en vän, skilsmässa, abort, missfall, kroppsdel som

man förlorat och som hör ihop med ens identitet eller förlust av ett husdjur. Det kan även vara hot om förlust, som blir kränkande för den drabbade. Det kan vara en svår operation om de reproduktiva organen hos en kvinna, eller att man fått reda på att man inte längre kan få barn p.g.a. en infertilitets diagnos. En kränkande situation är en symbolisk förlust där man tappat känslan av frihet t.ex. Vid sjukhusinläggning. En traumatisk kris kan även utlösas av kränkning. Kränkning påverkar självkänslan och kan utlösa en kris. Dessa situationer kan vara t.ex. att ens partner varit otrogen, att man inte kan få barn, att bli inlagd på sjukhus och bli beroende av vårdpersonalen som kan orsaka en känsla av maktlöshet som är väldigt kränkande. Ofrivillig barnlöshet är en kränkande situation då man kanske alltid har haft barn i sina livsplaner, det innebär en sorg då man förlorar en dröm som man haft hela livet. En förlust kan väcka tankar som, ”varför drabbades just jag?” t.ex. vid ofrivillig barnlöshet. Det kan vara svårt att dra gräns med vad som kan räknas som kränkning eller förlust. (Cullberg, 2003:42) Katastrofer är också en orsak till att en traumatisk kris kan uppstå. Om man har varit med om en stor katastrof som drabbar många människor t.ex. bilolycka, tsunami. Vid katastrofer kan man få en känsla av att man inte är ensam om att känna så här, ”jag är inte ensam drabbad”, det kan kännas lättare att få känna som man gör. Man hinner inte hämta sig från en traumatisk kris då det händer nya trauman hela tiden från t.ex. En misslyckad infertilitetsbehandling. (Cullberg, 2003:43)

1.5.2 Utvecklingskrisen

Utvecklingsskris kännetecknas av yttre händelser som hör till det normala livet, men blir för mycket för den drabbade det kan vara att få barn, gå ut i arbetslivet bli arbetslös osv. (Cullberg, 2003:41) Vanliga utvecklingsperioder i det vuxna livet är puberteten, småbarns-föräldraperioden, medelåldern och pensionsåldern. Dessa utvecklingsperioder behövs för att man skall komma vidare i livet, att växa och mogna i sig själv. Beroende på personens skede i livet och yttre omständigheter och inre förutsättningar påverkas om det blir en utvecklingskris. Med att växa i sig själv och mogna menar man att man får en realistisk uppfattning om sig själv och ser ens egna kapacitet för att få t.ex. ökad självkunskap. Det kan även vara att kunna skilja mellan sina egna behov/önsknings och andras, se sig själv som en självständig individ. Kunna sätta upp realistiska livsmål och se dem i relation till andra. Även vara realistisk och ha ett accepterande utan förtvivlan

av det faktum att både man själv och ens nära någon gång kommer att dö. (Cullberg, 2003:52) En utvecklingskris sker inte utan smärta eller plåga, det är sådant som alla går igenom. Den som har drabbats av en utvecklingskris kan därför försöka bryta sig ur utvecklingskrisen genom att t.ex. börja missbruka alkohol eller gömma sig för ovissheten om vad som kommer hända senare i livet det kan också röra sig om skilsmässa, otrohet. Risken med att försöka dämpa känslorna eller springa iväg från de tidigare konflikter som man inte bearbetat är att det upprepar sig i ett likadant mönster i det senare livet. (Cullberg, 2003:55)

2 LITTERATURÖVERSIKT

Här nedanför presenteras resultaten av artikelsökningen samt de artiklar som använts i innehållsanalysen.

2.1 Resultat av artikelsökningen

I litteratursökningen användes tre sökmotorer. Två artiklar hittades från Google scholar, två artiklar från Ebsco och sju artiklar från Pubmed.

I sökprocessen användes följande sökord: Behov, psykosocialt, stöd, ofrivillig, barnlöshet, infertility, support, psychosocial, lapsettomuus, psykososiaalinen.

2.2 Forskningsöversikt

Forskningarna är gjorda mellan år 2003 och 2011, med andra ord under de senaste nio åren. Tre artiklar är gjorda i Norden, två artiklar är från Europa. De resterande sex artiklarna är två stycken från USA, en från Nigeria, en från Australien, en från Syd Afrika och en från Thailand.

Åtta av elva forskningsartiklarna nummer: fyra, tre, två, fem, sju, åtta, tio och elva är kvantitativa studier. (Se bilaga 2. *Det mest centrala i artiklarna*) Nummer tre, sju och tio är inriktade på intervjustudier. Nummer fem, åtta och elva är frågeformulär som analyserades kvantitativt. Nummer sex är en kvantitativ tvärsnittsstudie som utfördes genom enkät. En forskning från Danmark var en kvantitativ kohortstudie som varade

under en längre tid. Nummer fyra är en kvantitativ meta analys studie som utfördes genom att se på artiklar under en längre period. Nummer ett är en kvalitativ livsåskådnings undersökning som utfördes genom intervju. Nummer nio är en kvalitativ induktiv innehållsanalys som utfördes under två olika tidsperioder på ett diskussionsforum där sedan innehållet analyserades.

Forsknings artiklarna ett, åtta och tio är inriktade på par. Artiklarna två, tre, fyra, fem, sex och elva har gjort att deras studier har riktat sig mot kvinnor. Det finns bara en artikel, nummer åtta som har valt att endast rikta in sig mot män. Artikel nio var den enda artikeln som inte kunde säga hur många kvinnor/män som ingick i studien, då många av deltagarna i diskussionsforumet gick under pseudonymer.

2.3 Sammandrag av tidigare forskningar

Vid ofrivillig barnlöshet är det som att identiteten blivit rubbad och då uppkommer en känsla av meningslöshet. Den blir rubbad därför att de flesta tror att vi kan kontrollera det och det som är svårt för identiteten är när vi konstaterar att vi inte har kontroll över det. Identiteten och parförhållande är kopplad till barn man ser i framtiden att man har t.ex. två barn. Dessa saker togs upp i artikel ett, deltagarna ställde frågor så som; ”varför händer detta mig?”. De upplevde att känslor som uppkom vid ofrivillig barnlöshet var vanmakt och kontrollförlust som resulterade i existentiella frågor om livet. Deltagarna försökte finna en ordning så att de kunde begripa det som hänt och varför detta hände dem. De försökte finna meningen med livet. Vid ofrivillig barnlöshet drabbas individen av en traumatisk kris, där deras föreställningar om framtiden har rasat. Det psykiska mående blev lidande.

I artikel två berättar de om att de som led av ofrivillig barnlöshet visade emotionellt lidande, ångest, sorg, depressions symtom som sedan kunde leda till en krisreaktion. Genom att vårdpersonal har god kunskap om infertilitet och olika behandlingar och ger denna information till de drabbade före behandlingen påbörjas så kan det psykiska måendet förbättras.

I artikel tre ville de undersöka om socialt stöd, copingstrategier och infertilitetsstress hade ett samband på hur kvinnor reagerade under infertiliteten. Resultatet av studien

visade att om kvinnan hade ett bra socialt nätverket med öppen kommunikation angående infertiliteten så blev kvaliteten av infertilitetsbehandlingarna bättre och de reagerade bättre på plötsliga stressmoment. Kvinnorna hade även lättare att använda sig av copingstrategier om de hade ett bra socialt nätverk kring sig. Vårdpersonal bör uppmuntra kvinnorna att söka stöd från familj och vänner, för att lättare klara av den tunga period de går igenom. Vårdpersonal bör även ge information om parterapi som kan sökas som kan vara ett bra stöd för paret att gå på, då de går igenom en infertilitetsbehandling. Genom parterapi kan paret få hjälp angående hur paret skall berätta för familj och vänner om infertiliteten.

I artikel fyra utredde de myten om stress påverkar resultatet om man kan bli med barn eller inte artikels resultat visar att stressen som uppkommer inte gör det svårare att bli gravid, men med psykiatrisk hjälp blir kvaliteten av den infertila behandlingen bättre. Läkaren bör informera den drabbade om de vanligaste symtom som kan uppkomma vid infertilitet och speciellt vid dess behandlingar så som sorg, förlustkänsla, en emotionell stress. Genom att vårdpersonal har god kunskap om kvinnans anamnes och hennes sociala skyddsnät kan man förhindra att en kris uppstår.

Artikel fem handlar om att kvinnor upplever högre psykologisk stress jämfört med de fertila kvinnorna. Det framkom även att sociokulturella faktorer kan utlösa psykologisk stress. Infertiliteten påverkar den religiösa tron, självkänslan, förhållande till partner, familj och vänner det gav kvinnorna känslor av sorg, ångest och vissa fall suicidal risk. Resultatet som artikeln visade var att det är viktigt med det sociala stödet för att kvinnan skall klara sig igenom infertilitetsbehandlingen, både före och efter. Infertilitet är ett privat område som man ogärna pratar om och då man väl börjar prata om det med vänner och familj så blir samtalsämnet öppet och vänner, familj kan ta upp och fråga om det flera gånger. Vilket kan kännas skrämmande för den drabbade. Det kanske blir ett samtalsämne som man alltid pratar om.

Artikel åtta och sex beskriver kvinnors upplevelser av barnlösheten. En del kvinnor ansåg att barnlösheten ledde till att deras äktenskap inte blev komplett. I de parförhållande där de sökte rådgivning kände kvinnan stor sorg och sökte därför rådgivning för detta. Männerna sökte också för sin sorg, för missnöje med sitt förhållande, men även p.g.a. kvinnans lidande.

Artikel sju handlade om männens upplevelse av infertiliteten i Sydafrika. I studien framkom att männen upplevde stress och en djup önskan om att få ett barn, de upplevde även att barnlösheten skapade en känsla av lägre status än de som hade barn och att deras identitet och självkänsla försvagades. Barnlösheten skapade ett allmänt förnedrande, och tankar som, ”alla andra har barn men inte jag” uppkom. Studien visade även att männen oftast glömdes bort i infertiliteten och det blev oftast fokus på kvinnorna. Det är viktigt att inkludera mannen i undersökningar och diskussioner, eftersom det är även han som lider av det. Genom att paret går igenom det tillsammans, kan det psykiska måendet under infertiliteten förbättras

Artikel nio handlar om ett finsk diskussionsforum för de som lider av barnlöshet, där deltagarna kunde dela med sig av tankar och upplevelser kring barnlösheten. I artikel berättar deltagarna om att infertilitetsbehandlingar gav känslor av hopp, glädje, accepterande. Men även att det var en lång väntan, besvikelse och problem som uppkom då det misslyckades. I diskussionsforumet kunde deltagarna diskutera och dela med sig av upplevelserna kring olika behandlingar och rådfråga varandra. Deltagarna i diskussionsforumet hade ett behov att få prata om sina upplevelser/erfarenheter för att få bekräftelse, av att inte vara ensam om det de går igenom. Av deltagarna fick de styrka och mod att orka gå igenom en ny infertilitetsbehandling.

Studien som gjordes i artikel tio utredde om psykosociala faktorer var relaterade till stress vid infertilitets behandlingar. För att ta reda på det analysera de data från studier kring giftermål, familj och livskvaliteten sedan intervjuade de deltagarna. Den här studien under psykologiska faktorer som är associerade med stress som uppkommer vid infertilitetsbehandlingarna. Det som påverkas var självkänslan och upplevelsen av hälsan som drabbades. En infertilitet gör att man isolerar sig, blir sårbar och mer utsatt för stress än för de som är fertila. Genom att försöka ha interventioner/tala om infertilitet så minskar man på stress upplevelsen. Det är viktigt att de som arbetar med dessa individer, har bra kunskap om de psykiska problemen som kan uppkomma.

Psykosociala faktorer som uppkommer vid stress har samband med, om man har ett bra socialt stöd eller inte och det påverkar hur självkänslan blir. Kvinnor skyller på sig själv, att det är p.g.a. henne som paret inte kan få barn. På grund av att man inte vill prata om infertiliteten så håller man det för sig själv, isolerar sig från familj och vänner.

Självkänslan och upplevelsen av den egna hälsan är den största orsaken till stressen som uppkommer vid infertilitet.

I artikel elva behandlade de coping strategierna som kommer vid ett misslyckat IVF behandling så som sorg respons och förnekelse/isolering. Kvinnorna kan reagera genom sorg men även att försöka vilja fly situationen genom att hålla sig sysselsatt med annat eller att försöka överväga om det är värt att göra ett nytt försök eller inte. De kan försöka hitta andra utvägar så som att försöka planera, konsultera och diskutera med andra som har genomgått IVF behandling för att se om de skall försöka igen. Dessa tankar finns där hela tiden från när de vaknar tills de går och lägger sig. Vissa kvinnor höll sina känslor för sig själv, vissa kvinnor försökte tänka positivt och tänka att det blir bättre nästa gång. De vanligaste sorgereaktionerna som uppstod var förhandlingar, accepterande, depression, aggressivitet, förnekelse och isolering. De Copingstrategier som uppstod var konfrontation, optimism, självständighet, stödjande, fatalism, palliativ, undvikande och känsloladdat.

3 TEORETISKT PERSPEKTIV OCH CENTRALA BEGREPP

I det teoretiska perspektivet valde respondenten att skriva om Jean Watsons omvårdnadsteori som är det teoretiska referensramen i denna studie. Här beskrivs hennes syn på hälsa och ohälsa och hur ett möte mellan en sjukskötare och patient bör ske.

3.1 Jean Watson

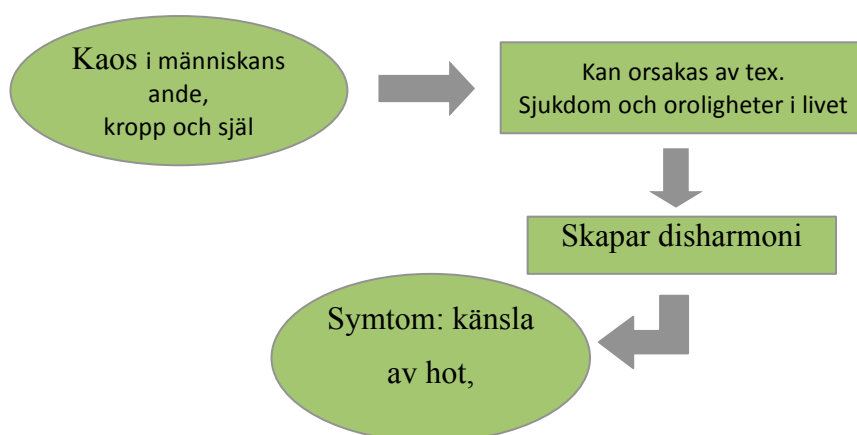
Jean Watsons omvårdnads teori är en interaktions teori och utgår från ett humanistiskt och holistiskt synsätt. Hon skriver om att en av omvårdnadens riktlinjer är att man bör se på människan med värdighet som man bör vårda, respektera, sköta om, förstå och hjälpa. Man bör se människan som en helhet och på det sättet blir människan unik. Människan har ett värde som inte får kränkas, hon har en frihet, val och ansvar. Genom dessa ger det en möjlighet till att utvecklas moraliskt, estetiskt och intellektuellt. Hon betonar även vikten av de mänskliga relationerna och uppgörelsen dem emellan och hur detta påverkar människans betydelse för hälsa och välbefinnande.(Watson. 1993;23-24)

Omsorgshändelser kan endast förverkligas genom en relation mellan en sjuksköterska och patient. Sjuksköterskans och patientens relation bör vara en jag-du relation. Sjuksköterskan bör ha en insikt i hur uppfatta rätt känslor hos den andre det kan ske genom ord, beteenden, kroppsspråk, tankar, intuition m.m. Genom den förmågan ingripa på olika sätt genom t.ex. kunna ge information, beröring, tröstande och värmande ord. Genom att sjuksköterskan ingriper så kan patienten frigöra sig från disharmonin som har uppstått i ande, kropp och själ och kan istället rikta sin energi på läkningsprocessen. (Watson. 1993;81-82)

3.1.1 Ohälsa

Ohälsa är någonting som en person kan uppleva utan att det syns på utsidan. Ohälsa är en kaos i människans ande, kropp och själ som kan vara på grund av ängslighet eller orolighet, ohälsa kan utlösa sjukdom. Exempel på upplevelser som kan leda till ohälsa är lidande, skuld känslor, förlust och sorg. Sjukdomen skapar disharmoni mellan ande, kropp och själ eller mellan en person och världen. En person kan uppleva ohälsa utan att det syns utåt. (Watson. 1993; 64-67) Men om det syns utåt kan de skapa symptom som upplevs som ett hot, ångest, inre kaos. Det kan sen i sin tur leda till en existentiell förtvivlan, fruktan och ohälsa. (Watson. 74)

Nedanföer är en figur som jag själv gjort för att förtydliga Jean Watson modell om ohälsa.



Figur 1. Ohälsa enligt Jean Watson, omvårdnadsriktlinjer egen bearbetning av respondenten.

3.1.2 Hälsa

Hälsa enligt Jean Watson harmoni i ande, kropp och själ med hjälp av självinsikt och självförståelse. Det som menas med hälsa är att man är i harmoni med sig själv, omgivningen och världen. (Watson, 1993; 65)

Nedanför är en figur som jag själv gjort för att förtydliga Jean Watson modell om hälsa.



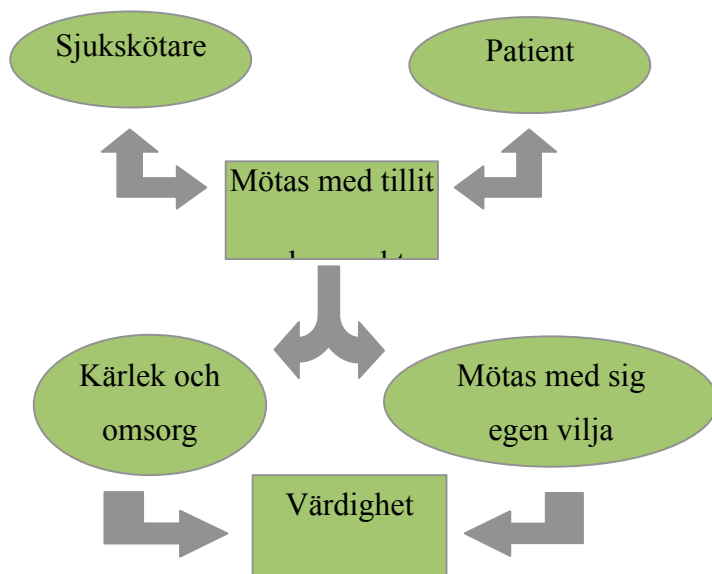
Figur 2. Hälsa enligt Jean Watson, omvårdnadsriktlinjer egen bearbetning av respondenten.

3.1.3 Mål

Målet för omvårdnaden är att hjälpa individen att nå en högre grad av hälsa och harmoni i ande, kropp och själ genom att hjälpa människan att finna sin självinsikt och självförståelse. Personen ska till slut hamna i ett självhjälpande stadie. Tro och hopp är grundläggande för den helande processen. Individens tankar och känslor är själens fönster, det är bundet till tid och rum. Som sjuksköterska bör man kunna ge patienten kunskap och möjlighet till att återvinna kontroll över sin livssituation, för att den skall återvinna och finna hopp och tro om framtiden.

Sjuksköterskans relation till patienten skall visas genom att visa tillit och tillgänglighet. Sjuksköterskan och den berörde bör möta varandra med kärlek och omsorg. För att kunna möta varandra bör man använda sig av sin egen vilja att älska, respektera och visa omsorg om oss själva för att kunna möta andra och behandla dem med värdighet. (Watson Jean, 1993;65-68)

Nedanför är en figur som jag själv gjort för att förtydliga Jean Watsons modell av mötet mellan vårdpersonal och patient.



Figur 3. Möte mellan vårdpersonal och patient enligt Jean Watsons omvårdnadsriktlinjer egen bearbetning av respondenten.

4 METOD

Arbetet är en kvalitativ litteraturstudie och innehållet av materialet analyserades med hjälp av en systematisk innehållsanalys med en deduktiv slutledning. För att få svar på frågeställningarna har forskningarna studerats.

4.1 Systematisk innehållsanalys

Det här arbetet använder sig av en systematisk innehållsanalys. I innehållsanalys konfronterar man fakta och problem som man vill använda för data till beskrivning, analys och förklaring. Man avgränsar fakta som görs om till empirisk data. Innehållsanalys är ofta resurs krävande, men sådana granskningar kan ge nya infallsvinklar som gör det möjligt att man får en ny empirisk grundlag för vetenskaplig bevisföring. (Bryder Tom,

1985; 2-3) I systematisk innehållsanalys tittar man på en helhet. Det gör man genom att se på fenomen, föremål och händelser. När man ser på helheten så ser man det genom att se begreppssammanhang, vad är förutsättningarna för och vad är konsekvensen av teorin. (Bryder Tom, 1985; 6) Där analyserar man redan skriven text för att se deras likheter och olikheter. Med den här metoden kan man analysera dokument systematiskt och objektivt. (Jacobsen Dag Ingvar, 2007; 139) Det man analyserar kan vara av olika slag t.ex. tidningsartiklar, böcker, självbiografier eller material som framställts muntligt men som skrivits ner för analys.(Carlsson Bertil, 1990; 84)Genom att använda sig av innehållsanalys så ser man på handlingarnas betydelse, följder och samband. I en innehållsanalys vill man kategorisera, förenkla texten och dela upp de olika skrivna texterna i teman och problemställningar, för att på det sättet se om informationen liknar varandra. Kategori indelningen måste vara meningsfull och uppfylla kravet att det inte passar in i fler kategorier. (Carlsson Bertil, 1990; 85) Metoden passar bra för ostrukturerat material. Här bekantas man med materialet och kritiskt granskar det. (Jacobsen Dag Ingvar, 2007; 139) Innehållsanalysen måste med andra ord sättas in i ett teoretiskt sammanhang. (Bryder Tom, 1985; 37)

För att göra en systematisk innehållsanalys behöver man se på de olika byggstenarna, begrepp, modeller och hypoteser. Teorier har alltid en viss grad av sannolikhet, men hur man sedan väljer att observera, mäta och beräkna det man studerat utgör graden av sannolikhet.(Bryder Tom, 1985; 8)

I den här innehållsanalysen används ett deduktivt arbetssätt. Vilket menas att bevisa det som redan är bevisat. Man har en hypotes som visar att det är på ett sätt, men undersöker om det är så. I det här arbetet undersöks det om det finns ett behov av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet. (Jacobsen Dag Ingvar, 2007; 53) Nästa fas i analysen är att fylla kategorin med innehåll det gör man genom att t.ex. använda sig av citat ur olika arbeten, för att lyfta fram dem. Genom att jämföra arbetena med varandra vill man ta reda på om det finns något gemensamt tema som kommer fram flera gånger. Det kommer jag göra genom att lyfta fram olika uppfattningar. För att få klarare text och samband används underrubriker.(Jacobsen Dag Ingvar, 2007; 142) Med ett deduktivt arbetssätt vill man genom ett objektivt arbetssätt, med befintligt materialet stärka utgångspunkten i den befintliga teorin. En fara med att använda sig av ett deduktivt arbetssätt är det att man använder sig av befintlig teori som forskaren riktar sig mot och kan på det

sättet påverka forskningen så att ny information inte upptäcks. (Patel Runa, Davidson Bo, 1991; 23)

4.2 Kvalitativ metod

Med kvalitativ metod menas det att man vill försöka styra den information man fått så lite som möjligt, man vill ha reda på textens åsikter och tolkningar. Man har en problemställning från början, som man vill lyfta upp. Men om problemställningen behöver ändras under arbetets gång p.g.a. av informationen man fått. Om man i slutet måste förändra problemställningen så är det en interaktiv process. (Patel Runa, Davidsson Bo, 1991;106-197.)

Triangulering, används då man samlar flera olika datainsamlingar, det kan ske på flera olika sätt t.ex. intervjuer, observationer, dokument osv. Man väger sedan informationen i varje hittad text för att få en helhet i sin text. Triangulering sker genom att man ser på olika data och ser på dess sammanhang i texten och försöker se de olika variationerna.(Patel Runa, Davidsson Bo, 1991;197.)

Under arbetet väcks det oftast mycket tankar kring problemområdet som behövs användas i slutbearbetningen. Inför slutbearbetningen måste man läsa texten om på nytt för att få en sammanhängande text. (Patel Runa, Davidsson Bo, 1991;121.)

4.3 Litteratursökning

Litteratursökning kan ske genom två olika sätt en manuell sökning och databassökning. När man söker litteratur så kan man hämta dem från böcker, artiklar, publicerade i vetenskapliga tidskrifter eller rapporter. Inför en litteratursökning bör man ta reda på vad arbetets syfte och frågeställning är. Man bör ta reda på hur man kan avgränsa ämnet, vilka sökord man bör använda och vilka begrepp som skall användas i den slutgiltiga texten. Man måste även se om det finns tillräckligt med artiklar kring ämnet innan man börjar med arbetet. När man söker på databaser bör man kolla hur många träffar får sökorden för att vidga respektive begränsa sökningen för att få fram de relevanta artiklarna. De sökord som användes var; behov, psykosocialt, stöd, ofrivillig, barnlöshet, infertilitet, support, psychosocial, lapsettomuus, psykososiaalinen. Man bör kolla att för

vem är materialet skrivet och vem har skrivit det. Detta arbete har begränsat artiklar genom att se på nivån av arbeten. De artiklar som begränsades var de arbeten som är skrivna som examensarbeten, eller B och C uppsatser. Här användes inte heller de arbeten som var i samma nivå som min egna utbildning eller lägre. (Patel Runa, Davidsson Bo, 1991;43) I den manuella sökningen söktes information till bakgrunden, där det definierades olika delområdena som jag ansåg var viktigt för att läsaren skulle få klart för att förstå syftet med arbetet. Det fick jag från t.ex. Föreningen simpukkas broschyr om ofrivillig barnlöshet eller Johan Cullbergs bok, dynamisk psykiatri.

4.4 Databassökning

Tabell 1 Lista på valda databaser i litteratursökningen till resultatdelen.

Databas	Typ av databas
Cinahl (Ebsco)	E-tidskrifter
Pubmed	E-tidskrifter
Google Scholar	E-tidskrifter

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Forskningsmetoden som används i detta arbete är kvalitativ litteratur studie med systematisk innehållsanalys med en deduktiv slutledning. Syftet med detta arbete var att samla in material för Folkhälsan i Mariefhamn så att de får vetenskaplig fakta om ämnet och därmed kan få en överblick kring behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet

Frågeställningarna i detta arbete har ändrats under arbetsprocessen. Jag presenterar här de omformulerade frågeställningarna. Orsaken till omformuleringen behandlas i kapitlet avgränsningar.

Frågeställningar:

1. Vilket är behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet?
2. Upplevs den ofrivilliga barnlösheten som en traumatisk kris?
3. Hur förstår man upplevelsen av barnlöshet?

5.1 Avgränsningar

Då arbetet påbörjades var syftet att endast rikta det mot kvinnan. Då artikelsökningen påbörjades upptäcktes det att de flesta artiklarna handlade om kvinnans mående och deras upplevelser kring ofrivillig barnlöshet. Det var väldigt få artiklar som riktade sig mot endast mannen. Därför gjordes ett val om att göra syftet bredare, för att få båda parterna involverade. Artiklarna som användes i litteratursökningen för resultatdelen behövde ha relevans till ämnet. Det räckte inte att de endast hade sökorden i rubriken, utan de behövde även handla om det ämnesområde som detta arbete handlar om t.ex. studier om ofrivillig barnlöshet och de inbladades känslor kring infertilitets behandlingar. Detta arbete har begränsat artiklar genom att se på nivån av arbeten. De artiklar som begränsades var de arbeten som är skrivna som examensarbeten, eller B och C uppsatser. Här användes inte heller de arbeten som var i samma nivå som min egen utbildning eller lägre.

Arbetet riktades mot de kvinnor och män som drabbats av ofrivillig barnlöshet eller fått diagnosen infertilitet. Detta arbete behandlar inte vårdpersonal synvinkel på ofrivillig barnlöshet. Kort i bakgrunden av arbetet beskrivs dock hur vårdpersonal kan möta en enskild drabbad person eller par i kris och sårbarhet. I bakgrunden berättas även kort om infertilitets undersökningar, detta görs för att läsaren skall få bättre förståelse om hur psykiskt krävande det är för den drabbade. Genom att få svar på frågeställningarna får man mer förståelse kring de drabbades känslor och upplevelser kring barnlöshet.

Frågeställningarna omformulerades för att få dem klarare, enligt tabellen nedanför.

Tabell 2 Omformulerade frågeställningar.

Ursprungliga frågeställningar	Omformulerade frågeställningar
Behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet?	Vilket är behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet?
Ofrivillig barnlöshet traumatisk kris?	Upplevs den ofrivilliga barnlösheten som en traumatisk kris?
Förstå upplevelsen av barnlöshet?	Hur förstår man upplevelsen av barnlöshet?

5.2 Validitet och reliabilitet

I det här kapitlet kommer skribenten att se validiteten och reliabiliteten i artikelsökningen som utförts. Där kommer språket, yttrevaliditeten och reliabiliteten granskas. I tabell 3 nedanför så kommer framställningen ha svarats med ja eller nej. Blir svaret ja är framställningen icke objektiv, blir svaret nej blir svaret objektivt. (Katie Eriksson: 149) Svarren har blivit graderade med ett poäng för varje ja svar, det finns sju frågor.

5.2.1 Artiklarnas reliabilitet och validitet

Här nedanför är en tabell som beskriver graderingen av artiklarna med kvalitetsfrågor som använts vid utvärdering av kvaliteten av artiklarna.

Tabell 3 Artiklarnas giltighet (se Katie Eriksson s151-152).

Reabilitet och validitet	Ja/nej
Är texten saklig?	
Är texten opartiskt?	
Relevans till ämnet?	
Besvarar de frågeställningarna?	
Fullständig källförteckning?	
Är källan tillförlitlig?	

5.2.2 Inkluderade artiklar

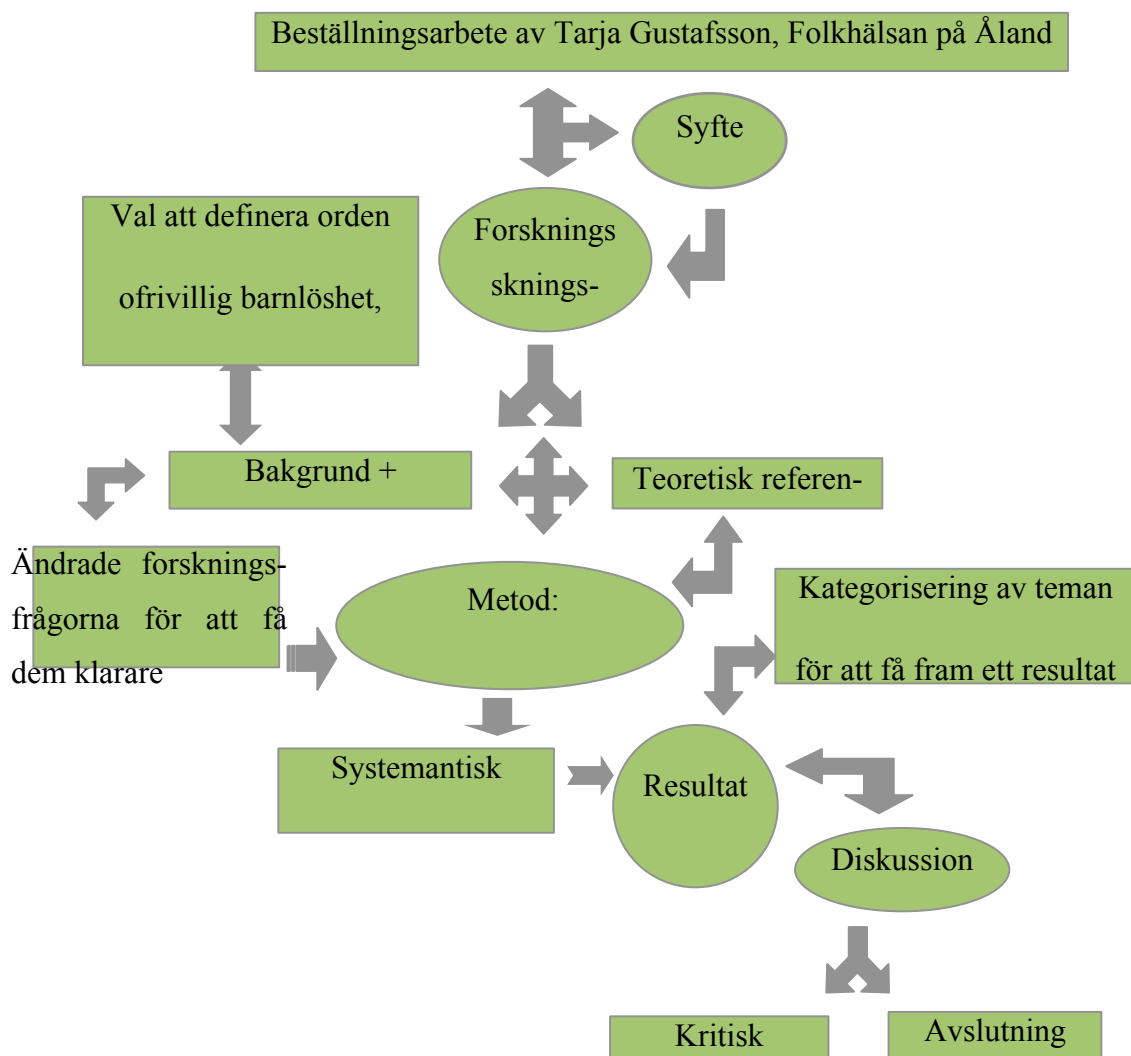
Tabell 4 Förteckning över inkluderade artiklar.

Studiens namn	Källa	Typ av studie	Kvalitetnivå
Barnlöshet – en existentiell kris. Westerlund Katarina.	Google scholar	Kvalitativ	7/7
Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. Kjaer TK, Jensen A, Dalton SO, Johansen C, Schmiedel S, Kjaer SK	Pub Med	Kvantitativ	7/7
Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME.	Pub Med	Kvantitativ studie	7/7

Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. Bolvin J, Griffiths E, Venetis CA.	Pub Med	Kvantitativ studie	7/7
Psychosocial characteristics of female infertility in a tertiary health institution in Nigeria. Omoaregba JO, James BO, Lawani AO, Morakinyo O, Olotu OS.	Pub Med	Kvantitativ studie	7/7
Adjustment of infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. Mahajan NN, Turnbull DA, Dacies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE.	Pub Med	Kvantitativ studie	7/7
Psychological distress among men suffering from couple infertility in south africa: a quantitative assessment. Dyer S, Lombard C, Van der spuy Z.	Pub Med	Kvantitativ studie	7/7
Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. Wischmann T, Scherg H, Strowitzki T, Verres R.	Pub Med	Kvantitativ studie	7/7
Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusteurhmi-ssä. Räisänen Ritva.	Google Scholar	Kvalitativ studie	7/7
Associations of psychosocial factors with the stress of infertility treatment. Schneider Myra G, Forthofer Melinda S.	Ebsco	Kvantitativ studie	7/7
Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. Lee Shu-Hsin, Wang Shu-Chuan, Kuo Ching-Pyng, Kuo Pi-Chao, Lee Maw-Sheng, Lee Meng-Chih.	Ebsco	Kvantitativ studie	7/7

5.3 Design

Designen (Se Figur 4) visar arbetets gång. En forskningsbeskrivning är en detaljerad plan om hur händelseförloppet i skrivande av examensarbetet har gått till från början till slut. Designen används för att få forskningsfrågor besvarade. Denna design gör att läsaren kan följa med skrivprocessen och se när tankar kring ändringar av att t.ex. ändra forskningsfrågor Det skapar en förståelse för hur skrivprocessen gått till och hur skribenten har kommit fram till de slutsatser som gjorts under arbetet. (Bryder Tom, 1985:57)



Figur 4. Design av arbetsgång

6 ETISKA REFLEKTIONER

Denna studie har gjorts enligt god vetenskaplig praxis. Detta examensarbete är etiskt godtagbart och tillförlitligt och resultatet som framkommit är trovärdigt. (Forsknings delegationen, 2002) Under arbetets gång har hänsyn till etiken beaktats. (Arcada, 2003) I arbetet har skribenten varit ärlig, noggrann och omsorgsfull inför de forskningarna som används i bedömningen av arbetet. Det arbete som används i examensarbete har planerats, genomförts och rapporterats i detalj. Examensarbetet har fått sin information från pålitliga databaser, undersöknings- och bedömningsmetoder som hör till kriterierna för vetenskaplig forskning och som är etiskt korrekt. Då de vetenskapliga artiklarna har använts har skribenten respekterat författarna till de olika forskningarna, vars material som använts i detta arbete. Respondenten är själv ansvarig att arbetet är estetiskt och att innehållsanalysens motsvarar de analyserade materialet. (Forsknings delegationen, 2002)

Med detta arbete vill respondenten inte skada eller åstadkomma onödigt lidande eller illabefinnande för de som drabbats av ofrivillig barnlöshet. Utan istället vill respondenten söka kunskap för att kunna föra den vidare genom undervisning och forskning och på det sättet gynna så många människor som möjligt. (Eriksson Katie:21-22)

Sjuksköterskans riktlinjer är att främja hälsa, förebygga sjukdom och återställa hälsa för att minska lidande. Genom det här skriftliga arbetet så kan kunskapen ökas om den ofrivilliga barnlösheten och genom att öka kunskapen kan man lindra lidande och främja den framtida hälsan hos den drabbade. Sjuksköterskan ger vård till individen, familjen och allmänheten. (ICN:3)

Då man arbetar som sjukskötare är det primära ansvaret att ge människor vård. Man bör respektera mänskliga rättigheter, värderingar och trosuppfattningen hos individen, anhöriga och samhället. Sjukskötaren ansvarar för att ge tillräcklig information för att den enskilde individen skall kunna samtycka till vård och behandling och respektera om individen vill vägra behandling. Sjukskötaren har tystnadsplikt och arbetar därefter, med det menas att informationshanteringen garanterar sekretess. (ICN:4) Sjuksköterskan har ansvar för sitt yrke och att bibehålla yrkeskompetensen genom självstudier. Huvudansvaret är att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad och

forskning. Kunskapen vilar på en evidensbaserad kunskapsgrund. Hon bör ge individ anpassad vård och kunna ingripa om det är så att individen/dens familj eller samhället hälsa är hotad av medarbetare, andra människors handlande eller om arbetsmiljön är osäker. (ICN:5)

7 RESULTAT AV INNEHÅLLSANALYSEN

I detta kapitel redovisar respondenten för studiens resultat. Materialet är analyserat med hjälp av en kvalitativ innehålls analys.

Respondenten har valt att i kommande stycken dela upp analysen av resultaten i olika kategorier som består av olika teman. Resultat redovisningen är indelad i fyra huvudkategorier och fem underkategorier. De fyra huvudkategorierna som presenteras är; psykisk påfrestning, copingstrategier, socialt nätverk och konsultering. De fyra huvudgrupperna kommer även att belysas med studiens teoretiska referensram. Se Bilaga 3, för hur struktureringen av materialet har analyserats.

Genom analys av resultaten vill respondenten få svar på studiens centrala frågeställningar. Respondenten vill få en bild av behovet av psykosocialt stöd vid ofrivillig barnlöshet. Vill även ta reda på upplevelsen kring barnlöshet och om det kan uppkomma en traumatisk kris.

Tabell 5 Kategorisering.

	Underkategorier	Huvudkategorier
Längtan, empati, sorg, väntan, acceptans, hoppfullhet, tacksamhet, isolering, besvikelse, oro, bristande självförtroende, förnedrande, otillfredställd sexualitet, ångest, misslyckande, fruktan, rädsla	Emotionell stress	
Ifrågasättande, problemlösning, hitta mening i det som hänt, försöka begripa sammanhanget	Copying strategier	1.Psykisk påfrestning
Skakar om ens identitet, påverkar livsfrågor	Existensiell kris	2.Socialt nätverkt
Kontrollförlust, vanmakt, ens framtidsbild krossas	Traumatisk kris	3.Konsultering
Biologiska orsaker p.g.a. infertilitet	Biopsykosociala faktorer	

7.1 Psykisk påfrestning

Det är en stor psykisk påfrestning för de par som genomgår en infertilitetsutredning och behandling. Den psykiska påfrestningen kan synas som depressiva symtom, stress, ångest. (Kjaer A. 2010:1) Vilket kan resultera i känslor av hopplöshet, individen tappar bilden av meningen med livet får en känsla av kontrollförlust och går in i en social isolering. (Kjaer A. 2010:2) Infertilitets stressen påverkar den religiösa tron, självkänslan och förhållande till partner, familj och vänner. (Omoaregba J. 2011:2) Dessa symtom uppkommer då man inte har anpassat sig till infertiliteten. (Manhajan N.N. 2008:2)

7.1.1 Emotionell stress

Då man ingår i infertilitets behandlingar så är det väldigt påfrestande och stressfullt för individen. Det är en lång process och för paret är det en väntan med hoppfullheten som byggs upp och bryts ner av sorg p.g.a. ett misslyckat försök. Det är inte ovanligt att par som genomgår en infertilitetsbehandling får höra av vänner, familj eller läkare att "tänk inte så mycket på det, så kommer ni att lyckas", det gör att paret oftast tror att stress från den pågående livssituationen kan påverka fertilitetsbehandlingar på ett negativt sätt. Dessa påståenden stämmer inte, en forskning gjord av J.Bolvin (2010:2) visar att stress inte har någon negativ effekt på om kvinnan blir befruktad eller inte. Det negativa effekten stress har är däremot väldigt negativt mot kvinnans och mannens psykiska mående. Flera forskningar tar upp att det har negativ effekt på det psykiska måendet och J.Bolvin (2010:3) forskning tar upp de vanligaste emotionella stress symtom så som ångest, sorg, förlust känsla, oro, spänning, nervositet.

Läkaren bör ge information om de vanligaste känslorna som kan uppkomma vid diagnosen av infertilitet eller under pågående infertilitetsbehandlingar, detta bör göras så för att paret skall vara förberedda på de symtom som kan uppkomma. Viktigt också att veta att när det är dags att söka vård för dem. J.Bolvin (2010:9) Genom att få ökad kunskap om behandlingen och dens utgång så har det påvisat i forskningar b.la. Kjaer A att måendet under behandlingen blir bättre. Bristande kunskap leder till ökad stress leder till försämrad psykiskt mående och det leder i sin tur till högre suicidal risk. (Kjaer A. 2010:3) D

7.1.2 Traumatisk kris

I Westerlund forskning tas det upp att en ofrivillig barnlöshet kan upplevas som en traumatisk kris, där känslor som vanmakt, kontrollförlust är vanliga. Vanmakten kan upplevas då man känner en slags meningslöshet, då man inte kan få barn. Det kan förstöra bilden om hur man ser på framtiden och den egna identiteten. (Westerlund 2005:2)

7.1.3 Existensiell kris

Ofrivillig barnlöshet är för många en existentiell kris som skakar om hela en identitet. Det ifrågasätter frågor som berör meningen med livet, det kan vara bilder man haft av sig själv och hur livet skall bli, t.ex. Bli mamma och att få två barn. För individen som får livsplanerna rubbade hamnar i en känslomässig kris. Genom att ifrågasätta, varför, försöker man skapa ordning i tillvaron så att man kan lättare begripa den. På det sättet vill man försöka hitta tillbaka till meningen med livet. För att göra det krävs att man stannar upp och reflekterar över det som hänt och på olika sätt återskapa mening i livet. Det kan även väckas frågor vid en IVF behandling, frågor som kan väckas är vad är naturligt och vad är onaturligt. Här måste man konfrontera sina egna värderingar med vad som är naturligt och onaturligt och om man kan gå med på en provrörsbefruktning eller om det strider mot ens värderingar, då bör man då fundera på andra alternativ så som adoption. (Westerlund, 2005:1)

I en forskning gjord av Manhajan N.N. handlar det om kvinnors infertilitetsupplevelser i Indien, där togs det upp att välbefinnande kan uppnås genom religiösa tro och genom det kan man uppnå ett accepterande. Genom tron kan man uppleva att det är Gudsplan och att ens Gud har andra planer för en. Det kan göra att kvinnan istället söker efter andra mål i livet. Dessa kvinnor tror inte att infertiliteten har att göra med deras egna personliga identitet. (Manhajan N.N. 2008:7)

7.2 Socialt nätverk

Flera forskningar visar att det är viktigt med socialt stöd under infertilitetsbehandlingen. Bland annat forskningen gjord av V.Martins beskriver hur par med rätt sorts hjälp stöd från familj och vänner, kan lättare ta sig igenom infertilitetsbehandling genom att lära sig rätt sorts copingstrategier. Det sociala stödet är viktig hos paren, det har även en bidragande effekt med hur paret kan se på plötsliga stressmoment som kan tillkomma under behandlingen. Har man ett bra stöd under behandlingen från partnern, vänner och familj kan man minska olika stressmoment som kan uppstå. V.Martins (2010:2)

7.2.1 Sociokulturella faktorer

Sociokulturella faktorer är psykiskt påfrestande, det är en privat och intim sak för paret som man kan vara rädd för att uttrycka till andra. För när man berättar till sitt sociala nätverk så är samtalsämnet öppet, det kan komma frågor som "hur går det?". Anhöriga kan komma med råd om huskurer som kan göra för att lyckas med en graviditet. Det som är skrämmande för paret är att de inte vet hur vänner eller anhöriga kommer att reagera då de berättar för dem att de har svårigheter med att få barn. Det finns en viss rädsla för att man skall möta dömande attityder, att man får en lägre status då man inte har eller kan få barn. (Omoaregba J. 2011:4) I en studie om mäns upplevelser av infertilitet som utfördes i Sydafrika upplevde männen en stark önskan om att få ett barn men upplevde negativa känslor om tankar att de inte fick ett barn. De upplevde att deras sociala status försämrades och att deras identitets självkänsla blev lägre. Det kändes som ett allmänt förnedrande att alla andra fick barn men inte de. (Dyer S. 2009:5)

I en studie som gjordes i Finland som handlade om ett finskt diskussionsforum, för de som lider av infertilitet diskuterades hur jobbigt de upplevde det då andra i deras närhet blev gravida eller då de såg någon på stan som var gravid. Tankar som varför blir inte jag gravid, väcks och kan leda till social isolering då det blir tungt att se då andra lyckas men inte de. (Räisänen R. 2007:23)

7.2.2 Coping strategier

När man får diagnosen infertilitet så använder man sig av coping strategier.

Coping strategier påverkar hur man ser på infertilitetsbehandlingen. Har man ett bra socialt nätverk runt sig så klarar man bättre av att använda copingstrategier. Lär man sig att använda copingstrategier på rätt sätt så kan man minska på depressiva symtom enligt V.Martins (2010:2) forskning. De vanligaste copingstrategierna som används är aktivt och problemfokuserad coping där man vill försöka lösa det stressfulla momentet. Meningsbaserad coping strategi är även vanligt, där man försöker hitta mening i det som hänt. Aktivt konfronterande coping strategier och aktivt eller passivt undvikande copingstrategier. V.Martins (2010:7) Aktivt undvikande coping strategier är t.ex. att man

undviker att prata om ämnet, vilket ökar stressen eller då det är rädsla över att behöva tänka om framtiden ifall det inte inkluderar ett eget biologiskt barn. V.Martins (2010:9)

Genom att lära sig mer om olika copingstrategier så lär man sig mer om positiva och accepterbara strategier. Det kan vara aktivt ifrågasättande för att kunna acceptera en möjlig barnfri livstil. Det är viktigt att man i behandlingar kring copingstrategier inkluderar båda parter, så de kan lära sig varandra copingstrategier och sina egna. Genom terapi kan parter diskutera om de borde berätta det för familj och vänner och hur de skall berätta det. V.Martins (2010:10)

I en studie som handlar om kvinnor infertilitets upplevelser i Indien gjord av Manhajan N.N. Använde kvinnor en meningsbaserande copingstrategi, där de kunde sammankoppla infertilitet och religion. (Manhajan N.N. 2008:7)

7.3 Konsultering

De som lider av ofrivillig barnlöshet befinner sig i en stressig livssituation. I en forskning gjord av Wischmann kom det fram att när ett par sökte psykiatrisk konsultering så led kvinnorna oftast av depression och männen sökte hjälp p.g.a. kvinnans lidande. Kvinnorna var mer mottagliga för den psykiatriska hjälpen. Kvinnorna var mottagligare av psykisk hjälp med copingstrategier och socialt stöd än män. Männen var mottagligare för den medicinska behandlingen. De par som sökte hjälp kände sig mindre tillfredsställda med sexualiteten, hade lågt självförtroende och kände sig mindre attraktiva p.g.a. infertiliteten. Wischmann (2008:2) studie visar även att dessa symtom var vanligare hos de som inte genomgick en IVF behandling än de som gjorde det. Det som avgjorde om parter sökte vård eller inte var av graden av psykologisk stress som parter led av då. Wischmann (2008:7) Wischmann studie visar även att högre klasser sökte mera hjälp än de lägre klasserna. (Wischmann, 2008:8)

Behovet av den psykosociala stödet kommer att öka med åren enligt Wischmann (2008:8) forskning. I framtiden bör man sänka tröskeln för konsulterings möjlighet åt par som söker hjälp. Detta bör göras för att förebygga lidande hos parter som de genomgår under denna period. Skriftlig information bör ges åt parter t.ex. en broschyr som förklarar de vanligaste psykiska/emotionella reaktionerna som kan uppstå då man fått diagnosen infertilitet och de vanligaste citaten som kommer från parter som genomgått

konsultering. Detta borde göras för att de ska få känna igen sig i symtomen, få en känsla av att de inte är ensamma. Wischmann (2008:9) Genom konsultering kan de även lära sig använda sig av sin religiösa tro för att hitta meningsfullhet med infertiliteten för att närma sig acceptans. (Manhajan N.N. 2008:9)

I en studie som gjordes i Finland som handla om ett diskussionsforum där olika individer kunde dela med sig av sina upplevelser och känslor visade att de som var där upplevde en gemenskap utan att behöva lämna ut sin identitet. I diskussionsforumet kunde de dela med sig av erfarenheter och upplevelser kring infertiliteten och dess behandlingar. (Räisänen R. 2007:1) De som skriver på dessa forum upplever en starkt behov av att få känna samhörighet och få acceptans genom att få prata med någon som har gått igenom liknande upplevelser. De kunde här även fråga om folks upplevelser kring behandlingar, på det sättet få information om vad som komma skall. (Räisänen R. 2007:22) Då någon av dem blev oroliga om t.ex. Medicinering som kan ge falska graviditetssymtom så kunde den personen rådfråga om det hör till biverkningen av medicinerna eller inte. Det kunde lindra deras besvikelse om de på förhand fick informationen de behövde då de kom till en stressfull situation. De kunde uttrycka rädsla och få respons, om sådant som de kanske inte vill diskutera med familjen om. (Räisänen R. 2007:27) Här kunde de även få styrka av andra samt önska dem lycka till eller gav dem mod till att gå igenom ännu en infertilitets behandling. Men här kunde de även bearbeta deras upplevelser genom humor, skicka uppmuntrande hälsningar till andra som försökte få barn vilket hjälpte dem i processen till att acceptera sin tillvaron. (Räisänen R. 2007:26)

7.3.1 Biopsykosociala faktorer

Då man drabbats av en kris i samband med infertilitetsstressen så beror det till största delen på den biopsykosociala faktorn, att man inte kan påverka om man blir gravid eller inte. Planer för framtiden krossas och en upplevelse av utanförskap drabbar en, vilket ger en känsla av ångest. En rädsla uppkommer att känsla av livet inte blir fullbordat om man inte får ett eget biologiskt barn. (Manhajan N.N. 2008:2)

7.4 Resultat jämfört med det teoretiska perspektivet

Ofrivillig barnlöshet påverkar människans hälsa och ohälsa. När den ofrivillige barnlösheten drabbar en så påverkas människans ande, kropp och själ och skapar symtom som beskrivits ovan så som ängslighet, oroligheter kring tankar om framtiden. Ohälsan kan orsaka en kris. Upplevelserna som paret upplever leder till lidande, en känsla av förlust till att inte få ett barn på så kallad naturlig väg och en känsla av sorg. Då existentiella frågor blir hotade av framtiden så blir det en ohälsa för individen. I framtiden har man kanske en framtidsplan om att få två biologiska barn. Om framtidsplanen krossas och infertilitetsbehandlingarna misslyckas så reagerar individen med att det blir kaos; en känsla av hot mot ens framtidsbild som sedan skapar en disharmoni. Känslan skapar kaos i människans kropp, själ och ande.

Det skapar ohälsa hos individen om man inte lyckas sörja det biologiska barnet man aldrig får. Istället bör man försöka blicka framåt och adoptera eller vänja sig vid tanken att leva livet barnlöst. Detta skapar en disharmoni mellan ande, kropp och själ mellan en person och världen. Detta kan leda till att individen vill isolera sig från omgivningen då det är tungt att se t.ex. sina väninnor bli gravida. Detta är något som inte behöver synas utåt, de är egentligen glada för väninnans skull men de har svårt att visa det då de kan känna att det är orättvist, då de får ett barn men inte paret. Det upplevs som ett hot, ångest och ett inre kaos, många tankar och värderingar uppkommer och det är tungt att genomgå dessa själv. Det är därför viktigt med ett socialt nätverk. Ohälsan kan även skapa en existentiell förtvivlan och fruktan; tankar om framtiden och planer kan förstöras om inte en infertilitetsbehandling fungerar. Individen måste då fundera på om de vill leva ett liv utan barn, eller genomgå en adoption. Den största ohälsan är i så fall för dem är tanken att inte få egna biologiska barn.

Vid ofrivillig barnlöshet kan man uppleva hälsa då man är i harmoni med ande, kropp och själ då man kommit i insikt och självförståelse. Det är då man har accepterat infertiliteten och tankar om framtiden, detta kan göras genom copingstrategier där man ifrågasätter olika behandlingar, tankar om livet för att bearbeta upplevelserna och försonas kring tankar om infertiliteten. Detta kan göras om man har ett bra socialt nätverk, där man kan förlita sig på sina vänner och familj. Paret kan då ha lättare att svara på frågor som ”när ska ni få barn?” med att säga ”vi kan inte få barn”. Detta kan

hjälpa i processen, att istället för att hitta på ursäkter säga som det är. Berätta för anhöriga och vänner när det är tungt och kunna ventilera tankar kring ämnet. Genom att få en högre grad av hälsa och harmoni i kropp, själ och ande kan man komma i ett självhjälpande stadiet. Då man hamnar dit så kan man använda sig av tro och hopp för att nå den helande processen. Vårdpersonal bör ge kunnig och saklig information åt de som lider av ofrivillig barnlöshet för att de skall få kunskap och återvinna kontroll över sin livssituation. För att på det sättet finna hopp och tro om framtiden. Genom att ge information om adoption så kan det kännas som en säkerhet för paret, att de kan få ett barn trots infertiliteten. Vårdpersonalen och psykiatrisk kontakt kan hjälpa genom att berätta om vanliga känslor som kan komma vid ofrivillig barnlöshet; sorg, förlust känsla och ångest och berätta för dem om den psykiatriska kontakten som finns att tillgå. Den psykiatriska kontakten kan hjälpa paret att förstå varandra och att använda sig av rätt copingstrategier som krävs för att nå hälsa. Genom öppen kommunikation kan de skapa en tillit och tillgänglighet. De bör möta varandra med kärlek och omsorg för att kunna älska, respektera och ge omsorg åt varandra. Även för att kunna få en tillit till sitt sociala nätverk som behövs för att det psykiska mående hos paret skall förbättras.

8 KRITISK GRANSKNING

Denna studie är ingen forskningsstudie utan en innehållsanalys, där tidigare forskningar har analyserats. Studien syfte uppnåddes genom att respondenten valde den här modellen. Jean Watsons teori om omvårdnad kändes som en bra modell för att uttrycka den ofrivilliga barnlöshetens hälsa och ohälsa. Vid infosökningen söktes artiklar, där var relativt lätt att hitta artiklar. Det var svårast att hitta forskningar som endast var gjorda för par, utan de flesta artiklar handlar om kvinnor och deras upplevelser av infertilitet.

Resultatet känns tillförlitligt med tanke på valda forskningar och genom att studien inte ha endast riktats mot att söka artiklar från Norden därigenom känns studien bred och visar att känslorna är likadana världen över.

Frågeställningarna har blivit besvarade i innehållsanalysen. Där det visades att behovet av psykosocialt stöd vid ofrivilligt barnlöshet är stort. Det framkom även att det kan uppkomma en traumatisk kris. Upplevelsen av den ofrivilliga barnlösheten kommer fram i studien som en tung period med många tankar och känslor som kan uppkomma.

Studien har tagit upp att det sociala stödet är viktigt för den enskilde och paret för att uppnå bästa möjliga psykiska hälsa och genom att få hjälp om hur man bör använda coping strategier så kan det psykiska måendet förbättras. Men att det psykosociala stödet är viktigt för paret för att de skall klara sin tillvaro och den kommande tidens infertilitetsbehandlingar. Paret bör genomgå en psykisk konsultering där de lär sig att använda rätt sorts copingstrategier i rätt sort sammanhang, detta borde kombineras med ett bra socialt nätverk så att paret vet vad de kan göra då det uppkommer plötslig stress.

9 DISKUSSION

Det är ännu värt att diskutera mera om studiens resultat eftersom ofrivillig barnlöshet har varit ett tyst område som berör intimitet och parrelationen. Det kom fram i artiklarna att de som led av ofrivillig barnlöshet eller infertilitet fick en känsla av att deras identitet rubbats, det psykiska måendet blev lidande och det kunde yttra sig i ångest och sorg. Det kunde sen i sin tur leda till en kris. Genom att förbättra det psykosociala stödet bidrar man till att kvaliteten av behandlingarna och måendet förbättras. Det har visats att stress påverkar inte barnlösheten. Genom att ge information om psykiatrisk konsultering så kan paret eller den enskilde individen lära sig mer om olika copingstrategier och hur man kan använda dem för att nå ett bättre psykiskt mående. En infertilitetsbehandling ger en känsla av hopp och glädje men det kan även yttra sig som förnekelse, isolering eller depression. Det är viktigt att de som ingår i en infertilitetsbehandling att de får prata om sina erfarenheter och upplevelser för att få en styrka, och att genom den styrkan klara av en infertilitets behandling

Första tanken till arbetet var att endast söka artiklar från Norden, men då artikelsökningen påbörjades ansåg jag att den ofrivilliga barnlöshetens upplevelser är samma världen över. Det är något som berör hela världen och inte endast Norden, genom att använda artiklar från hela världen ansåg jag att man ser ett klart samband, valet gjordes därför att ta artiklar från hela världen. Känslor och tankar som uppkommer är densamma för den afrikanska kvinnan så som för den finska kvinnan. Jag anser att vårdpersonalen har för lite kunskap kring ämnet och att det psykiska måendet skulle kunna förbättras för de drabbade om de fick tillräckligt med information om det. Vårdpersonal behöver ökad kunskap kring detta ämne eftersom de kan motverka en kris och se till att

paret har ett ordentligt skyddsnät runt sig innan de ingår i en infertilitets behandling. Informationen skulle kunna ske genom broschyrer, tips på självbiografier eller ge förslag på internet diskussionsforum där man kan få kontakt med andra i liknande situationer. Det är alarmerande hur lite informations material det finns på svenska, Det begränsar arbetet att Sverige och Finlands lagsstiftning skiljer sig från varandra, därför kan inte par från Finland som lider av ofrivillig barnlöshet hämta information från Sverige. Vissa behandlingsmetoder är inte tillåtna i Sverige, t.ex. embryodonation. Behovet av psykosocialt stöd och varierar från då man får beskedet till det dess att behandlingarna behöver. Traumatisk kris är en livslång kris, det är ett trauma att får man inte barn får man inte barnbarn heller.

Motsvarande studie skulle kunna göras ur vårdarnas perspektiv på psykosocialt stöd vid ofrivilligt barnlöshet. Det borde även utvecklas en broschyr som skulle kunna vara tillgänglig för paren som söker vård. Där de vanligaste känslorna som kan uppkomma vid en infertilitetsbehandling bör finnas. På det sättet kan paret eller individen få en inblick på känslorna och när de bör söka vård för dem. Det bör även finnas mera forskning om mannens infertilitets upplevelser samt parrelationens. Eftersom det är parets gemensamma problem.

Då jag var på ett seminarium på Åland om ofrivillig barnlöshet som ordnades av Folkhälsan i Mariehamn med b.la. Professor Anders Möller och gynekolog från Väestöliito Anna-Kajsa Poranen samt representanter från självhjälpsgruppen för de ofrivilligt barnlösa på Åland. Anders Möller betonade i sina föreläsningar om psykiska konsekvenser av ofrivillig barnlöshet. De par som var där berättade om deras upplevelser kring ofrivillig barnlöshet. Där kom det fram att det var väldigt svårt att finna information om man vart man skall vända sig då man skall söka vård för att påbörja en infertilitets behandling. Paren berättade även om okunnigheten hos vårdpersonal och att de inte kände till vanliga känslor som kan uppkomma så som ångest. Det är svårt för utomstående att tänka sig hur paret mår psykiskt under en infertilitets period. Det är väldigt svårt i b.la. sociala situationer att få vara med på samtalsämnen om t.ex. Barnuppfostran, diskussioner om barn. Det kan vara tungt att gå på stan och se gravida, höra väninnor som har blivit gravida i misstag och det leder till en social isolering. Fortfarande så är det över 20 % där man inte finner någon medicinsk orsak till ofrivillig barnlöshet, till det kan man dra en slutsats att även fortsatt medicinsk

forskning behövs till att utreda ofrivillig barnlöshet. Uppenbart är det att psykosocialt stöd behövs, men man borde utveckla när och hur i de olika faserna som det behovet bör finnas för att rikta behandlingen rätt. Med tanke på att det är utlyst som ett allmänt hälsoproblem så borde det även finnas på bl.a. Terveysportti för att garantera att ofrivillig barnlöshet får rätt psykosocialt stöd i olika skeden av behandlingarna. Det som är anmärkningsvärt är det att man har utfört infertilitets behandlingar sedan 1980 talet i Finland men det tog ungefär 20 år innan det kommit lagstiftningar om det. Lagen trädde i kraft år 2006 om assisterad befruktning. I respondentens arbete för att förstå ofrivillig barnlöshet så bör de som arbetar i somatiken ha kunskaper om den psykologiska aspekterna av ofrivillig barnlöshet likaså de som terapeuter och psykologer bör ha tillräckliga kunskaper om det medicinska t.ex. infertilitetsbehandlingar för att förstå och bättre bemöta de ofrivilligt barnlösa.

Detta är ett ämne jag även tycker att borde ingå i vård utbildningarna eftersom att ofrivillig barnlöshet är en ökning i världen och i dag berörs 3000 nya par per år.

10 AVSLUTNING

Avslutningsvis hoppas jag att denna studie kommer till nytta för Folkhälsan i Mariehamn. Jag hoppas också att vårdpersonal kommer ha nytta av denna studie. I framtiden undersökningar vore det bra att fördjupa sig kring ämnet ofrivillig barnlöshet.

Arbetet har varit en lång process men samtidigt en lärorik upplevelse. Det har satt i gång nya tankar kring ofrivillig barnlöshet och infertilitet som jag inte har haft förut. Jag har i detta arbete fått reflektera om mina tankar kring ämnen

Examensarbetet har lärt mig att det är viktigt att man har en god kunskap kring ofrivillig barnlöshet och infertilitet eftersom att oftast saknas kunskap om ämnet för att paret eller den enskilde skall få den bästa möjliga vården och upplevelsen. Eftersom ett oföttbarn tar lika mycket plats som barnet för de som är barnlösa. Det finns med en under hela livets gång.

KÄLLFÖRTECKNING

Nätbaserade artiklar

Arcada, 2003. *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig:

http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/510 Hämtad: 25.09.2012

Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. 2010, *Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies*. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21345903> Hämtad: 2.9.2012.

Dyer S, Lombard C, Van der spuy Z. 2009, *Psychological distress among men suffering from couple infertility in south africa: a quantitative assessment*. Tillgänglig:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19640892> Hämtad: 2.9.2012.

Forskningsdelegationen. 2002, *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*. Tillgänglig: http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/praxis.html

Hämtad: 11.10.2012.

Kjaer TK, Jensen A, Dalton SO, Johansen C, Schmiedel S, Kjaer SK.

2011, *Suicide in Danish women evaluated for fertility problems*. Tillgänglig:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21672927> Hämtad: 2.9.2012

Lee Shu-Hsin, Wang Shu-Chuan, Kuo Ching-Pyng, Kuo Pi-Chao, Lee Maw-Sheng, Lee Meng-Chih. 2010, *Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment*. Tillgänglig:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=19&sid=2cde7d73-d14d-4d27-858f-2a9a0fec0ff%40sessionmgr13>

Hämtad: 7.9.2012.

Martins Mahajan NN, Turnbull DA, Dacies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE.

2008, *Adjustment of infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities*. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19106176>

Hämtad: 3.9.2012.

N-Wihlbäck Anna-Carin, Wulff Marianne. 2004. *Medicinens ABC, ABC om Basal infertilitetsutredning*. Tillgänglig: http://www.lakartidningen.se/old/content_0445/pdf/3525_3529.pdf Hämtad: 1.9.2012.

Omoaregba JO, James BO, Lawani AO, Morakinyo O, Olotu OS. 2011, *Psychosocial characteristics of female infertility in a tertiary health institution in Nigeria*. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21311150> Hämtad: 2.09.2012.

Räisänen Ritva. 2007, *Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskuksessa*. Tillgänglig: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01991.pdf> Hämtad: 3.9.2012.

Schneider Myra G, Forthofer Melinda S. 2003, Associations of psychosocial factors with the stress of infertility treatment. Tillgänglig: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=19&sid=2cde7d73-d14d-4d27-858f-2a9a0fec0ff%40sessionmgr13> Hämtad: 7.9.2012.

SFOG, Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets-och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet nr 64. 2010, *ofrivillig barnlöshet*. Tillgänglig: <http://www.sfog.se/ARG+intressegrupper/natupplaga/ARG64.pdf#page=33> Hämtad: 1.9.2012.

Söderström-Anttila Viveca. 2009, *Assisterad befruktning vid behandling av ofrivillig barnlöshet*. Tillgänglig: <http://www.fl.s.fi/Site/Widget/Editor/884/files/Viveca%20Soderstrom-Anttila.pdf> Hämtad: 25.8.2012.

Tulppala Maija. 2004, *Lapsettomuuden tuska*. Tillgänglig: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92833.pdf> Hämtad: 2.9.2012

Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME. 2011. *Direct and indirect effects of perceived social support of women's infertility-related stress*, Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21596709> Hämtad: 3.9.2012.

WHO. 2012, *Infertility*. Tillgänglig: <http://www.who.int/topics/infertility/en/> Hämtad: 10.09.2012.

WHO. 2004, *DHS Comparative Reports No.9 – infecundity, Infertility, and Childlessness in developing countries*.

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf> Hämtad: 10.9.2012.

Westerlund Katarina. 2005, *Barnlöshet – en existensiell kris*. Tillgänglig:

www.lakartidningen.se/old/content_0507/pdf/478_481.pdf Hämtad: 1.9.2012.

Wischmann T, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. 2008,

Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling.

Tillgänglig: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/2/378.long> Hämtad: 3.9.2012.

Böcker

Bryder Tom. 1985, *Innehållsanalys som idé och metod*. Åbo, 178 s.

Carlsson Bertil. 1990, *Grundläggande forsknings metodik för medicin och beteende vetenskap*. Stockholm, 198 s.

Cullberg Johan. 2008, *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Finland, 512 s.

Jacobsen Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring – introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Danmark, 316 s.

Katie Eriksson. 1992, *Broar*. Vasa, 331 s.

Patel Runa, Davidson Bo. 1991, *Forskningsmetodikens grunder – att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund, 149 s.

Watson, Jean. 1993, *En teori för omvårdnad - omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur, 134 s.

Broschyr

Barnalängtan, 2011. *Vad innebär ofrivillig barnlöshet? Information till närstående.* 15 s.

Svenska sjuksköterskeföreningen SSF, 2007. *ICN:S Etiska kod för sjuksköterskor.* Sverige, 15 s. Tillgänglig nätversion:

<http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf> Hämtad: 13.10.2012.

Möller Anders. *Ofrivillig barnlöshet – en känslomässig berg- och dalbana.* Frölunda, 22 s.

MSD, Tiitinen Aila, Suikkari, Forsman-Behm Kaisa, Simberg Niklas. *infertilitetsbehandlingar.* Esbo, 41 s.

BILAGOR

Bilagor 1. Artikelsökningen

Bilagor 2. Det mest centrala i artiklarna

Bilaga 1. Artikelsökning

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Valda
Google scholar	Ofrivillig, barnlöshet	295	Sökningen Begränsades från år 2002-2012. Text språk svenska. Relevans till ämnet.. Begränsad till nivån av arbete, ej examensarbete, ej B eller C uppsatser som är samma eller lägre än min utbildning.	1
Pubmed	Infertility, psychosocial	32	Begränsades till 2007-2012. Text språk Engelska. Begränsad till nivån av arbete, ej examensarbete, ej B eller C uppsatser som är samma eller lägre än min utbildning. Relevans till ämnet.	7
Google scholar	Lapsettomuus, psykossiaalinen	244	Begränsades till 2002-2012 Text språk finska. Relevans till ämnet. Begränsad till nivån av arbete, ej examensarbete, ej B eller C uppsatser som är samma eller lägre än min utbildning.	1
Ebsco	Infertility, support	37	Begränsad till 2002-2012. Text språk Engelska. Relevans till ämnet. Begränsad till nivån av arbete, ej examensarbete, ej B eller C uppsatser som är samma eller lägre än min utbildning.	2
Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Valda

Google scholar	Ofrivillig, barnlöshet	295	Sökningen Begränsades från år 2002-2012. Text språk svenska. Relevans till ämnet.. Begränsad till nivån av arbete, ej examensarbete, ej B eller C uppsatser som är samma eller lägre än min utbildning.	1
Pubmed	Infertility, psychosocial	32	Begränsades till 2007-2012. Text språk Engelska. Begränsad till nivån av arbete, ej examensarbete, ej B eller C uppsatser som är samma eller lägre än min utbildning. Relevans till ämnet.	7
Google scholar	Lapsettomuus, psykososiaalinen	244	Begränsades till 2002-2012 Text språk finska. Relevans till ämnet. Begränsad till nivån av arbete, ej examensarbete, ej B eller C uppsatser som är samma eller lägre än min utbildning.	1
Ebsco	Infertility, support	37	Begränsad till 2002-2012. Text språk Engelska. Relevans till ämnet. Begränsad till nivån av arbete, ej examensarbete, ej B eller C uppsatser som är samma eller lägre än min utbildning.	2

Bilaga2. *Det mest centrala i artiklarna.*

Bibliografi	Metod	Syfte	Resultat
Barnlöshet – en existensiell kris. Westerlund Katarina. 2005. Sverige. Läkartidningen nr 7.	Kvalitativ livsåskådningens undersökning. Interjuv studie med 10 tidigare barnlösa par, 5 par som fått barn med hjälp av assisterad befruktning och 5 par som adopterat barn.	Studien svarar på frågor/föreställningar om längtan efter att bli förälder och ofrivillig barnlöshet. Hur hantera/tolka barnlöshets krisen och hur man tar sig vidare i livet.	Studien visar att barnlösheten präglas av känslor av vanmakt och kontrollförlust. Barnlöshets krisen är upplevelser av existensiell art som gör förutsättningen för att vara människa. Vanmakt hör här ihop med meningslöshet. Ens framtidsbild och identitet är rubbad. Här ställs frågor som “varför händer detta mig?” man vill försöka återfinna en mening i livet. Man stannar upp och reflekterar för att återskapa sammanhang i livet.
Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. Kjaer TK, Jensen A, Dalton SO, Johansen C, Schmiedel S, Kjaer SK 2011. Danmark	Kvantitativ Kohort studie under en längre tids period. En grupp med 51 221 danska kvinnor som led av primär eller sekundär infertilitet som var hänvisade till sjukhus eller privata fertilitets kliniker i Danmark under 1973-1998 fram till år 2006.	Syftet var att ta reda på om kvinnor som inte hade lyckats få barn efter en infertilitets behandling var i högre risk av självmord än de som hade lyckats få barn efter en infertilitets behandling.	Kvinnor med fertilitets problem som inte hade ett barn efter en infertilitets behandling var i större risk för självmord, än de som lyckats få barn. Risken för självmord fanns även hos de med sekundär infertilitet som hade ett barn från tidigare men inte lyckats få ett till för de led av ångest, sorg p.g.a. det.

<p>Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress.</p> <p>Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME. 2011.Portugal</p>	<p>Kvantitativ studie med Online frågeformulär och pappersformat som utfördes på 252 kvinnor som hade fått diagnosen infertilitet.</p>	<p>Socialt stöd kan göra att kvinnor har svårt med att anpassa sig till sin infertilitet. De vill undersöka om socialt stöd och infertilitets stress hade ett samband.</p>	<p>Resultaten av studien visar att det sociala stödet är viktigt för att den infertila kvinnan ska orka igenom behandlingen. Det är viktigt att vårdpersonal har kartlagt kvaliteten kring det sociala skyddsnät som kvinnan har runt sig.</p>
<p>Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies.</p> <p>Bolvin J, Griffiths E, Venetis CA. 2010 USA</p>	<p>Kvantitativ Meta-analys studie Användes sig av Artiklar som handlade om stress före en infertilitets behandling och gravida kvinnor som var i första trimestern. Artiklarna var publicerade mellan 1985-2010.</p>	<p>Ta reda på om stress före en graviditet kan vara en bidragande faktor till att kvinnor kan få svårt att få barn.</p>	<p>Det är osannolikt att stress före en infertilitets behandling ska göra det svårare att bli gravid. Men kvaliteten av behandling blir bättre om de som deltar får en psykologisk hjälp under behandlingen.</p>
<p>Psychosocial characteristics</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Undersöka om de kvinnor som söker</p>	<p>Studien visa att stress hos de infertila kvinnorna var större än de fertila gruppen.</p>

of female infertility in a tertiary health institution in Nigeria. Omoaregba JO, James BO, Lawani AO, Morakinyo O, Olotu OS. 2011. Nigeria.	Studien gjordes på 100 kvinnor som vårdades på infertilitets kliniken. 100 kvinnor undersöktes även på en antenatal avdelning. Kvinnorna fick ett frågeformulär som sedan fördes in i SPSS.	infertilitets vård upplevde mer stress än de som vårdades på en antenatal avdelning.	Genomsnitts Åldern hos de infertila var även högre än hos de fertila. Många hos de infertila hade blivit utsatta för misshandel som hade resulterat i infertilitet. I nigeria spelar det också mycket in deras olika studieerfarenheter, jobberfarenheter, äktenskapsvarighet och kulturella skillnader.
Adjustment of infertility: the role of intrapersonal and interpersonal sources/vulnerabilities. Mahajan NN, Turnbull DA, Dacies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE. 2008 Australien	Kvantitativ Tvärsnittsstudie med enkät som gjordes av 85 heterosexuella kvinnor som deltog i IVF behandlingar på tre olika infertilitets kliniker i norra Indien mellan juli 2005-mars 2006.	Syftet med studien var att få reda på kvinnornas välmående/ sårbarhet under en infertilitets behandling. Det gjordes genom att se på kvinnornas kulturella bakgrund och anamnes.	De flesta upplevde att för få äktenskapet fullbordat behövde de barn. infertiliteten ledde oftast till en existentiell kris.
Psychological distress among	Kvantitativ studie	Syftet var att ta reda på hur män psy-	I resultatet så kom det fram att männen led oftast av en plågsam sorg. De hade även svå-

<p>men suffering from couple infertility in south africa: a quantitative assessment. Dyer S, Lombard C, Van der spuy Z. 2009. Syd Afrika</p>	<p>974 kvinnor och 906 män fyllde i en frågeformulär. Deltagarna delades sen upp i två olika grupper och jämfördes sedan med varandra. De två grupperna var, de som var inte var öppna för rådgivning (358 kvinnor och 292 män) och de som var öppna för rådgivning (275 kvinnor och 243 män)</p>	<p>kiska mående var i ett förhållande som lider av infertilitet och lever i Syd Afrika. Studien beskriver par som söker vård för infertilitets rådgivning och dess mående.</p>	<p>rare att uttrycka sina känslor angående sorgen de kände. Därför viktigt att få mannen med i infertilitets behandlingen och beakta mannens mående och behov. De par som hade ett stress fullt liv sökte rådgivning. kvinnorna som sökte rådgivningar led av plågsam sorg p.g.a. barnlöshet vilken kunde leda till depression. De flesta Män sökte för missnöje med förhållande och för kvinnans sorg. Mannen kunde också känna av sorgen men sökte mestadels rådgivning för kvinnans skull. De som inte ville ha rådgivning, led inte av de ovanstående punkterna lika mycket som de som ville ha rådgivning.</p>
<p>Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusturyhmissä. Räsänen Ritva, 2007. Finland.</p>	<p>Kvalitativ innehålls analys Finsk diskussions forum Materialet i ett diskussions forum analyserades år 2002 och 2005 och jämfördes sedan med varandra, sammanlagt 588 olika uttryck, erfarenheter och stöd. De som deltog i diskussionsforumet använde sig av pseudonymer och de flesta gick igenom en infertili-</p>	<p>Beskriva upplevelsen av infertilitets och de stöd som fås under en infertilitets behandling.</p>	<p>Upplevelserna av infertilitets behandlingar är hopp, accepterande och rädsla beroende på personen ifråga ser på infertilitets. En känslomässig berg och dalbana som går från hopp och glädje till vrede. De som deltog i diskussions forumet kände sig likvärdiga med varandra och att de kunde prata med någon som gått igenom liknande upplevelser. Där kunde de dela känslor och tankar kring dem, bli bekräftade. Vilken ledde till en styrka för att klara infertiliteten.</p>

	tets behandling just då.		
Associations of psychosocial factors with the stress of infertility treatment. Schneider Myram G, Forthofer Melinda S. 2003 USA	Sekundär analys. Studien gjordes på 128 personer som var i ett parförhållande sedan gjordes infertilitets realterad stress mätningar under tre intervaller 1988, 1999 och 1990. Studien utfördes genom interjuver.	Studien handlar om att ta reda på om psykosociala faktorer är relaterade till stress vid infertilitets behandlingar. Analysera data från studier kring giftemål, familj och livskvalitet.	Resultatet av studien visar att självkänslan var starkast förknippad med stress följt av upplevd hälsa.
Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. Lee Shu-Hsin, Wang Shu-Chuan, Kuo Ching-Pyng, Kuo Pi-Chao, Lee Maw-Sheng, Lee Meng-Chih.	Kvantitativ Tvärsnittsstudie. En studie som utfördes på 66 kvinnor som hade upplevt åtminstone ett misslyckad IVF (in vitro fertilizations treatment)	Syftet är att ta reda på de vanligaste sorgreaktioner och coping strategier som uppstår vid misslyckad IVF behandling.	Misslyckade besök är vanliga och det utlöser sorgreaktioner och coping strategier för att klara av det stressfulla livet. De vanligaste sorgreaktionerna som uppstod var förhandlingar, accepterande, depression, aggressivitet, förnekelse och isolering. Coping strategier som kom var konfrontation, optimism, självständighet, stödande, fatalism, palliativ, undvikande och känsloladdat.

2010			
Thailand			
Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling.	Kvantitativ studie 974 kvinnor och 906 män fyllde i en frågeformulär. Deltagarna delades sen upp i två olika grupper och jämfördes sedan med varandra. De två grupperna var, de som var inte var öppna för rådgivning (358 kvinnor och 292 män) och de som var öppna för rådgivning (275 kvinnor och 243 män)	Studien beskriver par som söker vård för infertilitets rådgivning och dess mående.	De par som hade ett stress fullt liv sökte rådgivning. kvinnorna som sökte rådgivningar led av plågsam sorg p.g.a. barnlöshet vilken kunde leda till depression. De flesta Män sökte för missnöje med förhållande och för kvinnans sorg. Mannen kunde också känna av sorgen men sökte mestadels rådgivning för kvinnans skull. De som inte ville ha rådgivning, led inte av de ovanstående punkterna lika mycket som de som ville ha rådgivning.
2008			
Tyskland.			