

”Tiden går men själv står man helt stilla”

– En kvalitativ intervjustudie om fertilitetsvårdens påverkan på kvinnors hälsa

Lova Byggningsbacka

Lina Hyöty

Examensarbete för sjukskötar (YH)-examen

Utbildning till hälsovårdare (YH)

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Lova Byggningsbacka & Lina Hyöty
Utbildning och ort: Hälsovårdare YH, Vasa
Handledare: Marie Hjortell

Titel: ”Tiden går men själv står man helt stilla” – En kvalitativ intervjustudie om fertilitetsvårdens påverkan på kvinnors hälsa

Datum: 30.5.2023 Sidantal: 84 Bilagor: 3

Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att belysa fertilitetsvårdens påverkan på kvinnors hälsa, ur ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv. Avsikten är att vårdpersonalen ska få en inblick i hur fertilitetsvården upplevs av kvinnor och påverkar deras hälsa för att vårdpersonalen ska kunna stödja kvinnorna under och efter fertilitetsvården.

Studien utfördes som en kvalitativ intervjustudie och deltagarna bestod av åtta kvinnor i Österbotten som fått barn med hjälp av fertilitetsbehandlingar. Det insamlade materialet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys. Som teoretisk utgångspunkt användes Abraham H. Maslows behovstrappa.

Studien gav en god överblick av hur fertilitetsvården påverkar kvinnors hälsa. Den fysiska, psykiska och sociala hälsan påverkas alla i olika grad och upplevelsen av vården påverkade hälsan både positivt och negativt. Några deltagare upplevde att den fysiska hälsan förbättrades på grund av livsstilsförändringar medan andra begränsades av biverkningar. Den psykiska hälsan påverkades mest och tecken på psykisk ohälsa och tunga känslor samt oro senare under graviditeten kunde identifieras. Avundsjuka, isolering och sårande kommentarer tärde på en del sociala relationer, men öppenhet och ärlighet sågs stärka flera relationer, inte minst parrelationen. Trots att infertiliteten var en svår period i deltagarnas liv som kantades med sorg, ovisshet och en känsla av att livet stod stilla så upplevde flera ändå hoppfullhet och tacksamhet för vården.

Vårdens bemötande och stöd hade en stor inverkan på deltagarnas hälsa. Baserat på studiens resultat föreslår vi att fertilitetsvården skulle kartlägga patienternas behov av stöd, ge muntlig och skriftlig information om stödtjänster och fakta om fertilitetsvården samt kartlägga deras sociala nätverk.

Språk: svenska

Nyckelord: infertilitet, fertilitetsvård, påverkan, hälsa, kvinnor

BACHELOR'S THESIS

Author: Lova Byggningsbacka & Lina Hyöty
Degree Programme: Public Health Nurse, Vasa
Supervisor: Marie Hjortell

Title: "Time passes but you stand completely still" – A qualitative interview study on the impact of fertility care on women's health

Date: 30.5.2023 Number of pages: 84 Appendices: 3

Abstract

The aim of this Bachelor's Thesis is to illustrate the impact of fertility care on women's health, from a physical, mental, and social perspective. The intention is for health care professionals to gain an insight into how fertility care is experienced by women and affects their health in order to support women during and after the fertility care.

The study was conducted as a qualitative interview study. The participants consisted of eight women in Ostrobothnia who had undergone fertility treatments to have children. The collected material was analyzed through a qualitative content analysis. As a theoretical framework, Abraham H. Maslow's "*Hierarchy of Needs*" was used.

The study gave a good overview of how fertility care affects women's health. Physical, mental, and social health are all at varying levels affected and the experience of care affected health both positively and negatively. Some participants felt that the physical health improved due to lifestyle changes while others were limited by the treatments side effects. The mental health was most strongly affected and signs of mental illness, grievous emotions as well as worry later during pregnancy could be identified. Jealousy, isolation, and hurtful comments strained some social relationships, but openness and honesty were also seen to strengthen several relationships, particularly the relationship with their partner. Although infertility was a difficult period in the participants' lives that included grief and uncertainty, as well as a feeling that life was at a standstill, yet several experienced hopefulness and gratitude for the care.

How health care professionals met and supported the participants also had a major impact on their health. Based on this study's findings, we suggest that fertility care would identify patients' needs for support, provide verbal and written information about support services and facts about fertility care as well as to determine their social networks.

Language: Swedish

Key words: infertility, fertility care, impact, health, women

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	2
2.1	Hälsa.....	2
2.1.1	Fysisk hälsa.....	2
2.1.2	Psykisk hälsa	3
2.1.3	Social hälsa.....	3
2.1.4	Hälsa och infertilitet.....	4
2.2	Kvinnlig reproduktion.....	5
2.2.1	Hormonell påverkan.....	5
2.2.2	Menstruationscykeln.....	6
2.2.3	Befruktning.....	7
2.3	Infertilitet.....	8
2.3.1	Orsaker	9
2.3.2	Utredning.....	10
2.4	Fertilitetsbehandling	12
2.4.1	Hormonbehandling.....	13
2.4.2	Intrauterin insemination (IUI)	13
2.4.3	In vitro fertilisering (IVF).....	14
2.4.4	Komplikationer.....	15
2.4.5	Lagar och kostnader	16
3	Teoretisk utgångspunkt	17
4	Syfte.....	19
5	Metod.....	20
5.1	Urval.....	20
5.2	Intervju.....	21
5.3	Dataanalys.....	22
5.4	Etik.....	24
6	Resultat	25
6.1	Fysisk påverkan	26
6.1.1	Fysisk hälsa.....	27
6.1.2	Livsstilsförändringar.....	27
6.1.3	Biverkningar.....	29
6.2	Psykisk påverkan.....	31
6.2.1	Psykiskt mående	32
6.2.2	Livet kretsar kring infertiliteten.....	36
6.2.3	Påverkan efter behandlingarna.....	39
6.3	Social påverkan	40

6.3.1	Parrelationen.....	41
6.3.2	Sociala relationer	43
6.3.3	Stöd	46
6.4	Upplevelse av vården.....	49
6.4.1	Bemötande	50
6.4.2	Information	55
6.4.3	Stöd från vårdpersonalen.....	60
7	Diskussion	64
7.1	Metoddiskussion.....	64
7.2	Resultatdiskussion.....	68
7.3	Slutsats	76
8	Källförteckning	78

Bilaga 1. Informationsbrev

Bilaga 2. Samtyckesblankett

Bilaga 3. Intervjufrågor

1 Inledning

Redan från barnsben har vi lekt ”mamma, pappa, barn”. De flesta av oss har fått frågan hur många barn vi vill ha när vi blir stora. Vi funderar från en tidig ålder över vad våra framtida barn ska heta. För många av oss har föräldraskap varit en självklarhet, men med åren kanske vi inser att detta inte är en självklarhet för alla.

Infertilitet definieras enligt WHO (u.å.a) som ”oförmåga att uppnå graviditet efter 12 månaders regelbundet oskyddat samlag”. Det är ett globalt hälsoproblem som påverkar 48 miljoner par, vilket motsvarar 15% av alla par i fertil ålder. I Finland uppskattas vart femte par lida av infertilitet (ÅUCS, 2019). Enligt THL:s statistikrapport (2022) påbörjades 12 800 fertilitetsbehandlingar i Finland år 2020 och 14 600 behandlingar år 2021 vilket är en ökning på 14% från föregående år. Ökningen beror troligtvis på att majoriteten av fertilitetsklinikerna tillfälligt avbröt behandlingarna i mars 2020 till följd av coronapandemin. År 2020 ledde 18% av fertilitetsbehandlingarna till födelse av ett barn, vilket motsvarar 4,9% av alla födda barn (THL, 2022). Baserat på denna statistik är infertilitet ett vanligt problem och därför har vi valt att lyfta fram detta ämne. Ämnet är ännu tabubelagt och många kvinnor lider i tysthet. Med detta examensarbete vill vi ge vårdpersonal en ökad förståelse för kvinnor som genomgår eller genomgått infertilitet. Det är av stor vikt att vårdpersonalen som möter gravida kvinnor som genomgått fertilitetsbehandlingar är medvetna om infertilitetens betydelse och innebörd för att kunna stödja kvinnorna inför barnafödandet (Berg & Lundgren, 2010, s. 232). Det är inte alltid lätt att bemöta kvinnan på rätt sätt om man inte har kunskap eller förståelse för hur vården påverkar kvinnans hälsa. Vi önskar att vårdpersonalen skulle ta hänsyn till kvinnans hela hälsa, och inte endast fertilitetsproblematiken.

Infertilitet kan drabba både kvinnan och mannen men i detta arbete har vi valt att fokusera på kvinnans upplevelse av infertilitet. I en fjärdedel av fallen beror infertiliteten på kvinnan, en fjärdedel på mannen, en fjärdedel på både mannen och kvinnan och i övriga fall hittar man ingen orsak till infertiliteten (Tiitinen, 2021a). Man kan drabbas både av primär och sekundär infertilitet. Primär infertilitet innebär att paret aldrig lyckats bli gravida, medan sekundär infertilitet innebär att paret får problem med att bli gravida efter en eller flera lyckade graviditeter (WHO, u.å.a).

Begreppen infertilitet och ofrivillig barnlöshet används synonymt, men vi har valt att använda begreppet infertilitet. Vi kommer även benämna vården som fertilitetsvård trots att

en del litteratur använder begreppet infertilitetsvård, eftersom vi anser att fertilitetsvård är ett positivare begrepp som syftar till att i första hand försöka stärka och främja kvinnans egen fertilitet snarare än att se på infertiliteten som en sjukdom.

2 Bakgrund

I detta kapitel introduceras väsentliga teman som berör examensarbetet. Materialet ger läsaren den bakgrundsinformation som behövs för att förstå studien. I kapitlet beskrivs den fysiska, psykiska och sociala hälsan, vad som sker vid naturlig kvinnlig reproduktion och vad infertilitet är, dess orsaker och utredningsprocess, de vanligaste behandlingsformerna, samt kostnader och lagar gällande fertilitetsvård.

2.1 Hälsa

Hälsa är ett omfattande begrepp och innefattar mer än endast frånvaro av sjukdom. WHO (u.å.b) definierar hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning”. Den fysiska, psykiska och sociala hälsan överlappar delvis varandra genom att fysiska skador eller sjukdomar kan leda till psykiska problem och vice versa. Nästan var tredje person som lider av ett kroniskt fysiskt hälsotillstånd lider även av psykisk ohälsa, oftast depression eller ångest, och forskning visar att människor med psykisk ohälsa har större risk att drabbas av fysiska sjukdomar som kunde förebyggas, såsom olika hjärtproblem (Mental Health Foundation, 2022).

Hälsa kan ses ur flera olika aspekter, såsom andlig, emotionell och samhällsbetingad hälsa, men detta examensarbete utgår endast ifrån den fysiska, psykiska och sociala hälsan. Varje människa ska ha rätt till att kunna uppnå så god hälsa som möjligt oavsett ursprung, ras, religion, politisk tro, ekonomi eller sociala omständigheter (WHO, u.å.b).

2.1.1 Fysisk hälsa

En god fysisk hälsa innebär inte endast frånvaro av sjukdom, utan omfattar även bland annat regelbunden motion, en balanserad kost, vila och medicinsk behandling vid sjukdom. En hälsosam livsstil minskar risken för sjukdomar, såsom att en god fysisk kondition skyddar och utvecklar muskelstyrkan, uthålligheten i andningen och hjärtfunktionen (Felman, 2020).

Riskfaktorerna för kroniska sjukdomar och försämrad fysisk hälsa är många, bland annat ålder, kön, genetik, rökning, övervikt, hypertoni, hyperlipidemi och luftföroreningar (Government of Canada, 2015). Att ta hand om sin fysiska hälsa innebär bland annat att man minskar risken för skador eller hälsoproblem genom att exempelvis hålla en god hygien, ta rekommenderade vaccinationer och använda preventivmedel vid samlag (Felman, 2020).

2.1.2 Psykisk hälsa

Psykisk hälsa är ett tillstånd av psykiskt välbefinnande som gör det möjligt för människan att hantera livets påfrestningar, inse sina förmågor, ha en god inlärningsförmåga och god arbetsförmåga, samt kunna bidra till samhället. Den psykiska hälsan skapar även grunden för vår förmåga att fatta beslut, bygga relationer och till personlig utveckling. Psykisk hälsa är mer än endast frånvaro av psykiska störningar och upplevs olika från person till person. Individuella psykologiska och biologiska faktorer, känslomässiga hinder, genetik och substansanvändning kan göra människor mer sårbara för psykisk ohälsa. Även exponering av ogynnsamma förhållanden, särskilt i barndomen, såsom fattigdom, våld och ojämlikhet är en riskfaktor. Skyddsfaktorer förekommer på liknande sätt under hela vårt liv och stärker motståndskraften. Dessa är bland annat sociala och emotionella färdigheter och attribut samt positiva sociala interaktioner, utbildning, arbete och en säker omgivning. Varje risk- och skyddsfaktor har ändå en begränsad påverkan på oss och de flesta människor utvecklar inte psykisk ohälsa trots exponering för riskfaktorer på samma sätt som många människor utan en känd riskfaktor fortfarande utvecklar psykisk ohälsa. (WHO, 2022)

2.1.3 Social hälsa

Social hälsa kan definieras som förmågan att utveckla och upprätthålla positiva relationer med andra människor. Den sociala hälsan mäts främst genom individuella mått, där människor bedömer kvaliteten av sina relationer enligt deras egen uppfattning (Ramirez-Duran, 2021). Det är inte mängden sociala relationer som är avgörande för den sociala hälsan utan känslan av närhet och tillhörighet. Ofrivillig ensamhet är ett hot mot den sociala hälsan och är förenat med stark oro, ångest och stress. Forskning visar dock att generellt sett är dåliga relationer sämre än ensamhet. Hur starkt behovet av umgänge är varierar från person till person, och känslan av gemenskap kan även fås från till exempel internet eller husdjur (Odlind, 2015).

Att ha ett flertal sociala relationer samt att ha djupa och meningsfulla relationer är på både kort och lång sikt positivt för hälsan. Forskning av Umberson och Karas Montez (2010)

påvisar att sociala kontakter påverkar människans fysiska och psykiska hälsa. Beteendemässigt kan en partner och vänner påverka människans hälsovanor, psykosocialt kan stöd från vänner minska stress och förbättra psykiskt välbefinnande, samt fysiologiskt kan positiva relationer öka den kardiovaskulära hälsan och immunförsvaret samt den endokrina hälsan.

2.1.4 Hälsa och infertilitet

En tvärsnittsstudie från Iran påvisar att 61% av kvinnor som lider av infertilitet har sämre generell hälsa än andra. I studien framkom även att de infertila kvinnorna hade en ökad risk för att utveckla ångest, depression och sociala problem (Namdar, Naghizadeh, Zamani, Yaghmaei & Sameni, 2017). En annan studie påstår att fysisk och psykisk hälsa, samt omgivningen kan påverka infertila kvinnors livskvalitet negativt. Däremot upplevs de infertila kvinnorna ha en bättre social hälsa än fertila kvinnor (Bakhtiyar et al., 2019). Dock beskriver en kvalitativ intervjustudie att infertila kvinnor upplever självstigma och socialt stigma som kan hota deras psykosociala välbefinnande och självkänsla (Taebi, Kariman, Montazeri & Alavi Majd, 2021). Enligt en svensk studie utförd av Johansson och Berg (2005) beskriver infertila kvinnor, som för två år sedan avslutat sin IVF-behandling, kontakter med andra människor som oviktiga. De beskriver hur de drar sig undan från sin omgivning, undviker att ta kontakt med andra människor, isolerar sig och väljer att leva ett liv där andra saker får större utrymme. En del kvinnor har inte pratat om infertiliteten med någon annan eftersom de beaktar det som ett privat problem och en del tror inte att deras omgivning skulle förstå konsekvenserna av barnlösheten. Kvinnorna känner ingen gemenskap till föräldrar i deras ålder med små barn. Dock verkar kvinnor som har talat öppet om infertiliteten ha lättare att skapa nya kontakter med nya människor (Johansson & Berg, 2005).

Berg och Lundgren (2010, s. 227) beskriver en psykologisk studie gjord av Eugester och Vingerhoets som påvisat att efter en misslyckad IVF-behandling upplevs sorg, depression och vrede. Upplevelsen av sorg påverkas inte av ålder, längd av barnlöshet, orsak till infertilitet eller antal IVF-behandlingar, därför bör varje kvinnas sorg bemötas med sympati.

En finländsk tvärsnittsstudie från år 2010 rapporterar att kvinnor med infertilitetserfarenhet lider av fler sjukdomar än fertila kvinnor, såsom *Chlamydia trachomatis*-infektioner, godartade tumörer i livmodern och tarmsjukdomar. I studien sågs att infertila kvinnors kost bestod av mer omättat fett och mindre mättat fett jämfört med andra kvinnors kost. I

resultatet framkom det även att infertila kvinnor hade upplevt fler baksmällor det senaste året och de över 50 år rökte mer än kvinnor i samma ålder som inte drabbats av infertilitet. (Revonta et al., 2010)

Halkola, Koivula och Aho (2022) utförde en kvalitativ studie i Finland som beskriver faktorer som hjälper infertila kvinnor att hantera infertiliteten. Faktorerna som hjälpte kvinnorna var bland annat personliga resurser såsom psykiskt välbefinnande och goda förmågor att hantera problem, samt en välfungerande relation. Ett gott psykiskt välbefinnande var förknippat med att njuta av vardagen, upprätthålla vardagliga rutiner, ha en hälsosam livsstil och att bibehålla hoppet. Att få hjälp från sin innersta krets, vänner och familj hade ett positivt samband med att hantera infertiliteten, men även att få hjälp via fertilitetsbehandlingar och känslan att bli uppmärksammad under behandlingarna stärkte kvinnorna. Även förmågan att anpassa sig till ett barnlöst liv, tröstande tankar och att orientera tänkandet mot framtiden främjade hanteringen av infertiliteten.

2.2 Kvinnlig reproduktion

Reproduktion betyder ”återskapande”, vars syfte är att föra människans gener vidare till en ny generation. Den kvinnliga reproduktionsförmågan börjar i samband med puberteten. Under kvinnans fertila ålder sker ägglossning vanligtvis ungefär en gång i månaden, tills fertiliteten avtar och reproduktionsförmågan slutligen upphör i samband med menopausen. (Christensen & Marieb, 2012, s. 337, 342). I detta kapitel beskrivs hormonell påverkan på den kvinnliga reproduktionsförmågan, menstruationscykelns faser och äggcellens befruktning.

2.2.1 Hormonell påverkan

Ägglossningen förutsätter ett avancerat hormonspel mellan östrogen, progesteron, luteiniserande hormon (LH) och follikelstimulerande hormon (FSH). Östrogen är ett samlingsnamn för hormonerna östradiol, östriol och östron, varav östradiol är kroppens viktigaste östrogen (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2021, s. 609). Progesteron och östrogen produceras av äggstockarna. Östrogenfrisättningen styrs av LH och FSH och följer menstruationscykeln. I början av menstruationscykeln ökar östrogenfrisättningen successivt och är som störst någon dag före ägglossningen. Östrogenet stimulerar uppbyggnaden av livmoderslemhinnan för att den ska kunna ge näring till ett eventuellt befruktat ägg, samt påverkar livmodersekretet till att bli tunnflytande. Tillsammans med LH och FSH medverkar

östrogenet dessutom till äggcellens tillväxt och mognad samt till ägglossning. Efter ägglossningen producerar gulkroppen en liten mängd östrogen. Om ägget inte befruktas sjunker östrogenhalten vilket leder till en menstruationsblödning (Henriksson & Rasmusson, 2018, s. 141-142). Till östrogenets uppgift hör även att stimulera tillväxten och utvecklingen av reproduktionsorganen, utveckla hår i armhålor och kring de yttre könsorganen, utveckla bröst, stimulera tillväxten av bäckenet, öka fettdepåer framför allt kring bröst och höfter, samt sänka halten av LDL-kolesterol (Christensen & Marieb, 2012, s. 344).

Progesteronproduktionen startar efter ägglossningen och styrs framför allt av gulkroppen. Såsom östrogenet förbereder även progesteronet livmoderslemhinnan för en eventuell graviditet. Progesteronet stimulerar tillväxten av bröstkörtlarna för att förbereda för amning och gör sekretet i livmoderhalsen tjockare för att hindra spermier från att sig in i livmodern (Henriksson & Rasmusson, 2018, s. 143). Progesteronet hämmar också produktionen av östrogen för att östrogenets påverkan på livmoderslemhinnan ska minska före menstruationen (Christensen & Marieb, 2012, s. 344).

Follikelstimulerande hormon, FSH, och luteiniserande hormon, LH, styrs av hormonet GnRH. FSH stimulerar tillväxten av äggblåsan inför ägglossningen och stimulerar tillsammans med LH östrogen- och progesteronproduktionen från äggstockarna. Det luteiniserande hormonets huvudsakliga uppgift är att orsaka äggblåsan att brista vid ägglossning, samt stimulera gulkroppens utveckling. (Christensen & Marieb, 2012, s. 344)

2.2.2 Menstruationscykeln

Menstruationscykelns längd varar genomsnittligen 28 dagar, men stora individuella variationer förekommer och en normal menstruationscykel anses vara 24 till 38 dagar lång. Själva blödningen varar i genomsnitt 5 dagar, men allt från 2 dagar till 8 dagar anses vara normalt. För att upprätthålla en normal menstruationscykel krävs en normal hypofysfunktion, normala äggstockar som svarar på hypofyshormonerna och en fungerande livmoder (Tiitinen, 2022c). Menstruationscykeln delas vanligtvis in i tre faser: menstruationsfasen, follikelfasen och lutealfasen.

Menstruationsfasen inleds ungefär 14 dagar efter ägglossningen om ägget inte blivit befruktat. Gulkroppen slutar producera östradiol och progesteron, vilket leder till att prostaglandiner frisätts i livmodern som utlöser kontraktioner av muskulaturen och artärerna i livmodern. Samtidigt frisätts enzymer som hjälper till att bryta ner livmoderslemhinnans yttersta skikt. När nedbrytningen sker skadas även artärerna som grenar sig till det yttersta

skiktet av slemhinnan, vilket leder till att själva blödningen uppstår. Blödningen och den nedbrutna livmodersslemhinnan avlägsnas sedan från kroppen genom vaginan, vilket ses som själva menstruationsblödningen. (Christensen & Marieb, 2012, s. 346)

I följande fas, follikelfasen, stiger koncentrationen av östradiol hastigt och återuppbyggnaden av slemhinnan börjar (Sand et al., 2021, s. 611). Artärer växer in i den nya slemhinnan samtidigt som nya endometriekörtlar bildas. Livmodersslemhinnan blir förtjockad och redo för att ta emot ett befruktat ägg (Christensen & Marieb, 2012, s. 346). Ägglossningen sker i slutet av follikelfasen genom att hypotalamus och hypofysen utlöser en kraftig produktion av det luteiniserande hormonet. LH orsakar den största mogna follikeln att brista, varvid ägget frigörs (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010, s. 21-22). Återuppbyggnaden av livmodersslemhinnan räcker ungefär 9 dagar, och hela follikelfasen varar ungefär 6 till 14 dagar (Christensen & Marieb, 2012, s. 346).

Under den sista fasen, lutealfasen, stimulerar progesteronet körtlarna i livmodersslemhinnan att utsöndra ett sekret som ska ge näring till ett eventuellt befruktat ägg (Christensen & Marieb, 2012, s. 346). Efter ägglossningen har en så kallad gulkropp bildats, vars uppgift är att producera östrogen och progesteron (Borgfeldt et al., 2010, s.22). Progesteron och östradiol stimulerar en fortsatt ökad tillväxt av blodkärl till slemhinnan, vilket är viktigt med tanke på att slemhinnan bör ha en god blodförsörjning för att klara av att underhålla ett eventuellt foster med syre och näring. Östradiolet bildar även ett klart och tunt sekret som har till uppgift att underlätta spermernas väg genom livmoderhalsen. Om inget ägg blir befruktat skrumprar gulkroppen successivt, LH-produktionen upphör och menstruationsfasen startar igen (Christensen & Marieb, 2012, s. 346).

Finländska flickor får vanligen sin första menstruation mellan 10 och 16 års ålder, genomsnittligen i 13 års ålder. Debutåldern för menstruationen påverkas av ärftlighet, men kan även påverkas av näringstillstånd och träning, samt sjukdomstillstånd och behandlingar. Vanligen inträffar menopausen mellan 43 och 57 års ålder, med ett genomsnitt på 51 års ålder i Finland. Hos de flesta kvinnor blir menstruationscykeln oregelbunden fem till sju år innan menses upphör och fertiliteten sjunker kraftigt redan 10 år innan menopausen. (Tiitinen, 2022c)

2.2.3 Befruktning

För att en graviditet ska utvecklas bör en äggcell befruktas inom 12–24 timmar efter ägglossning. Spermier är befruktningsdugliga i upp till tre dygn efter samlaget, vilket

innebär att spermier som anlant inom två dagar före ägglossningen kan befrukta ett ägg. För att befruktningen ska kunna ske bör minst 20 miljoner spermier överföras till kvinnans vagina vid samlag. I regel överförs mellan 200 miljoner och 400 miljoner spermier per samlag, men endast 50 till 200 spermier klarar sig till äggcellen. (Sand et al., 2021, s. 613). När spermier når äggcellen bryter de sig igenom äggets yttersta skikt och membran med hjälp av olika enzymer. När en spermie sedan får kontakt med membranets receptorer dras spermien in i ägget. Vanligtvis tar sig endast en spermie in i äggcellen med hjälp av hundratals andra spermier (Christensen & Marieb, 2012, s. 352).

Ägget genomgår en celldelning och blir till en äggcell. När en spermie har trängt sig igenom äggcellens membran förändras membranet och blir ogenomträngligt för andra spermier. Själva befruktningen sker vanligtvis i den tredjedel av äggledaren som är närmast äggstocken och befruktningen anses ske när äggcellen och spermiers genetiska material förenas och bildar en zygot, vilket är den första cellen i det nya fostret. Ungefär 24 timmar efter befruktningen börjar zygoten dela sig och den genomgår ett flertal celldelningar under tiden den transporteras genom äggledaren. Tre till fyra dagar efter befruktningen når zygoten, som nu utvecklats till en cellmassa, livmodern. Celldelningen fortsätter och när cirka 30 celler bildats kallas cellmassan för en blastocyst. (Christensen & Marieb, 2012, s. 352)

Vid en naturlig befruktning börjar blastocysten fästa i livmoderslemhinnan ungefär sju dagar efter ägglossningen. I blastocystens yttersta lager finns celler som frisätter enzymer vars uppgift är att bryta ner livmoderslemhinnan. Detta för att blastocysten ska kunna implanteras i livmoderslemhinnan cirka 14 dagar efter ägglossningen. När blastocysten har fäst i livmoderslemhinnan ökar tillväxten av kapillärer, körtlar och slemhinna, vilket ger en ökad näringstillförsel till blastocysten. Med tiden bildas även amnionhållrummet, gulsäcken och moderkakan. (Christensen & Marieb, 2012, s. 353)

2.3 Infertilitet

Infertilitet definieras som ett par oförmåga att uppnå graviditet efter 12 månaders oskyddade regelbundna samlag. Kvinnan är som mest fertil i 25 års ålder. Vid 40 års ålder reduceras fertiliteten och vid 43 års ålder är chansen för att en graviditet ska lyckas så liten att en fertilitetsutredning knappast påbörjas. Kvinnor över 40 år har även tre gånger så hög risk för missfall som kvinnor under 30 år. Dessa siffror är problematiska eftersom par som kämpar med infertilitet ofta inte söker sig till fertilitetsutredning förrän vid 30 till 35 år

ålder. Oskyddat samlag för par i 25 till 30 års åldern leder i 60% av fallen till en graviditet inom ett halvår och 80% av paren blir gravida inom ett år. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009, s. 553-554)

2.3.1 Orsaker

Orsaken till infertilitet är inte alltid känd. Många faktorer som antas påverka den kvinnliga fertiliteten baseras på måttliga eller svaga vetenskapliga underlag. Dock vet man att en del livsstilsrelaterade faktorer kan påverka fertiliteten, såsom vikt, stress, motion, kost, koffeinintag, alkoholintag, rökning och användning av droger (Lindgren, Christensson, Dykes, 2022 s. 135-137). Kvinnans ålder påverkar även fertiliteten, infertilitet kan ses hos 6% av 20-25-åringar, 16% av 30-35-åringar och upp till 40% av 40-45-åringar (Tiitinen, 2021a).

En graviditet kräver att kvinnan får ägglossning, att äggledarna är öppna och att livmoderhålan är normal (Tiitinen, 2021a). De vanligaste orsakerna till kvinnlig infertilitet är störningar i follikelns mognadsprocess eller ägglossningsstörningar (30-40%), skador på äggledarna (10-20%) och endometriosis (10-20%) (Tiitinen, 2021b). Ägglossningsstörningar kan orsakas av polycystiskt ovarialsyndrom, PCOS, vilket innebär att det finns en obalans i hormonerna från äggstockarna. Hyperprolaktinemi är ett tillstånd där prolaktinvärdet i blodet är högre än vanligt, vilket även kan påverka ägglossningen. Vid PCOS och hyperprolaktinemi är ofta menstruationen oregelbunden eller helt frånvarande. Ofta orsakas störningar i äggblåsans mognadsprocess av funktionella orsaker, såsom överdriven träning, fysisk eller psykisk stress, ätstörningar och under- eller övervikt. Det finns dock även mindre vanliga orsaker till störningar i äggblåsans mognad, såsom tidig förlust av äggstocksfunktion och brist på hypofyshormoner (Tiitinen, 2021b).

Skador på äggledarna kan bero på tidigare förträngningar eller totalt blockerade äggledare som kan ha uppkommit efter infektioner, till exempel klamydia. Komplikationer vid bäckenkirurgi kan också orsaka skador på äggledaren. Endometriosis är en sjukdom som innebär att livmoderslemhinnan växer utanför livmodern. Endometriosis kan försämra fertiliteten på grund av ett antal faktorer som inte alla är kända. Mindre vanliga orsaker till infertilitet kan vara stora myom som växer inuti livmoderhålan, vilka kan förhindra äggen från att fästa. Stora polyper på livmoderslemhinnan, medfödda missbildningar och adenomyos kan också försvåra graviditet. Adenomyos är en inflammatoriskt autoimmun

sjukdom som liknar endometriosis, som innebär att livmoderslemhinneliknande vävnad växer in i livmodermuskeln. (Tiitinen, 2021b)

Resultatet av fertilitetsbehandlingar har setts minska avsevärt vid ett BMI över 30kg/m². Ungefär hälften av kvinnorna som lider av PCOS är överviktiga, och man har sett att en viktminskning på fem procent återställer ägglossningen hos 30% av kvinnorna med PCOS. Morin-Papunen och Koivunen (2012a) beskriver en australiensk studie där 69 kvinnor som led av sekundär infertilitet utan ägglossning gjorde en viktnedgång på genomsnittligen 10 kg under sex månader. Resultatet visar på att 89% av kvinnorna fick ägglossning och 67% födde barn efter viktnedgången. Dessutom minskade antalet missfall från 75% till 18%. (Morin-Papunen & Koivunen, 2012a)

Det kvinnliga reproduktionssystemet och oocyterna utsöndrar många kemiska faktorer som förändrar bland annat spermernas fysiologiska tillstånd, simbeteende och livsduglighet för att spermerna ska kunna befrukta ägget. Hos djur har man kunnat identifiera så kallad honlig selektion, vilket innebär att honor föredrar att välja en hane med starka gener för att avkomman ska bli så livskraftig som möjligt. Nya studier har påvisat att en dold kvinnlig selektion även förekommer hos människor genom att livmoderhalssekretet och follikulära vätskor påverkar olika mäns spermier olika mycket. Resultaten från studierna tyder på att könsceller hos vissa män och kvinnor är mer kompatibla med varandra baserat på hur mannens och kvinnans immunsystem fungerar. Forskare anser därför att det är troligt att bakgrunden till infertilitetsproblem också kan påverkas av ett evolutionärt selektionstryck. (Kekäläinen, 2021)

2.3.2 Utredning

En fertilitetsutredning kan i allmänhet påbörjas om paret inte lyckats uppnå en graviditet inom ett år av aktiva försök. Praxis för fertilitetsutredningar skiljer sig något i olika delar av världen och varierar även i Finland. Målet med utredningen är att ta reda på om det finns en oförmåga för paret att överhuvudtaget bli gravida eller om barnlösheten beror på nedsatt fertilitet. Utredningen bör utföras systematiskt och omfattande, eftersom en orsak till infertiliteten inte utesluter ytterligare andra orsaker. (Hippeläinen & Räsänen, 2002)

Fertilitetsutredningen anpassas individuellt för paret och båda partnerna undersöks (Gottlieb & Fridström, 2010, s. 17). Inledningsvis görs en detaljerad anamnes av både kvinnan och mannen, samt en klinisk undersökning av kvinnan. I den kvinnliga anamnesen kartläggs bland annat tidigare och pågående sjukdomar, infektioner, könssjukdomar, tidigare

operationer och sjukhusvistelser, livsstilsfaktorer, BMI, menstruationsmönster, eventuella tidigare graviditeter, medicinering och samlagsfrekvens (Borgfeldt et al., 2010, s. 238). Den kliniska undersökningen som utförs av en läkare kan säga mycket om kvinnans hormonella status. Längd, vikt och blodtryck mäts, samt utveckling av bröst och hårtillväxt utvärderas. Grundläggande blodprover såsom PVK och TSH tas, och i samband med den gynekologiska undersökningen tas även cellprov och klamydiaprov (Tiitinen, 2021b). Även en infektionsscreening bör utföras i ett tidigt skede i utredningen, där båda partnerna testas för HIV, hepatit B och C, HTLV (Humant T-lymfotropt virus) I och II samt syfilis (Gottlieb & Fridström, 2010, s. 17).

Hormonanalyser tas av kvinnan för att fastställa att ovulationen sker samt tiden för ovulationen. Det grundläggande testet för att bekräfta ovulation är mätning av serumprogesteron i mellanlutealfasen. Eftersom dysfunktion i sköldkörteln och hyperprolaktinemi stör ägglossningen rekommenderas mätning av TSH i serum och fritt thyroxin, samt prolaktin i samband med progesteronmätningen. Genom ägglossningstest kan LH-halten mätas i urinen, eftersom LH-halten når sin topp en till två dagar före ovulationen sker (Hippeläinen & Räsänen, 2002). Dock kan testet endast påvisa att LH-halten höjs, vilket inte nödvändigtvis behöver betyda att en ovulation sker (Kaplan et al., 2009, s. 560). I synnerhet vid ökande ålder kan ovarialreserven med fördel mätas genom ett relativt nytt blodprov som mäter anti-müllerhormon-koncentrationen i blodet, vilket beskriver antalet folliklar i äggstockarna (Tiitinen, 2021b). Ägglossningen kan även övervakas med hjälp av regelbundna ultraljud. Genom ultraljuden kan follikelns mognad och utvecklingen av endometrium övervakas och på så sätt påvisa när ägglossningen inträffar (Hippeläinen & Räsänen, 2002).

Under fertilitetsutredningen bör det utredas om anatomiska hinder för graviditeten finns, det vill säga om äggledarna är öppna eller om det finns eventuella myom eller medfödda avvikelser som kan störa fertiliteten (Morin-Papunen & Koivunen, 2012a). För kvinnor utan misstanke om tidigare infektion eller endometriosis rekommenderas hysterosalpingografi eller hysterosalpingosonografi som undersökning av äggstockarna, medan för kvinnor med tidigare infektion eller endometriosis övervägs en laparoskopi (Gottlieb & Fridström, 2010, s. 22). Hysterosalpingografi, HSG, är en röntgenundersökning av livmoderhålan och äggledarna med användning av kontrastmedel (Bacevac & Ganović, 2001). Hysterosalpingosonografi, HSSG, är en annan kontrastundersökning som görs med hjälp av ultraljud, där en luft- och vattenblandning injiceras i livmoderhålan för att undersöka om luftbubblor kan passera äggledarna (Tiitinen, 2022a). HSSG har till stor del ersatt HSG

eftersom HSSG anses vara mer lättillgänglig och mindre belastande för patienten samt att patienten inte utsätts för röntgenstrålar (N-Wihlbäck & Wulff, 2004). Laparoskopi är i sin tur en invasiv undersökning som kan ge en heltäckande bild av hela bäckenområdet, samt avlägsna avvikelser såsom endometriosvävnad eller adherenser som blockerar äggledarna (Kalliola, 2003). Vid en hysteroskopi förs en smal optik genom livmoderhalsen upp till livmoderhålan. Koldioxid eller koksalt injiceras så att livmoderhålan spänns ut och eventuella avvikelser såsom sammanväxningar, polyper, submukösa myom eller tumörer kan avslöjas och vid behov kan avvikelserna avlägsnas. (Borgfeldt et al., 2010, s. 141).

Att tänka på under utredningsprocessen är att utredningen bör utgå ifrån en helhetssyn på paret och deras situation. Det är viktigt att båda parterna känner sig inkluderade och väl omhändertagna. Information bör ges till båda parterna och fortsatt behandling ska diskuteras tillsammans med paret. Eftersom det är vanligt att infertiliteten är stressande och påverkar samlivet är det viktigt att paret erbjuds möjlighet till samtalsstöd. Paret behöver vara medveten om att biologiska barn inte är en självklarhet och vårdpersonalen bör ge paret realistiska förväntningar. På grund av detta bör paret även i ett tidigt skede informeras om alternativa sätt att skaffa barn, såsom adoption. (Gottlieb & Fridström, 2010, s. 17)

2.4 Fertilitetsbehandling

Före val av fertilitetsbehandling ska tillräckligt med undersökningar ha genomförts för att det lämpligaste behandlingsalternativet ska kunna bestämmas. Man strävar efter att behandla orsaken till infertiliteten men det är även möjligt att få behandling om orsaken är okänd. Behandlingen måste ha godtagbar effekt och vara trygg både för mamman och fostret (Finlands läkarförbund, u.å.). Kriterier för att genomgå en fertilitetsbehandling på universitetssjukhus i Finland är att kvinnor behöver vara under 40 år och män under 60 år. Kvinnans BMI behöver vara mellan 18-35 kg/m². Livsstilen ska på förhand ses över för att förbättra chansen till en lyckad behandling. Man borde äta mångsidigt och nyttigt, få i sig tillräckligt med folsyra, inte röka och minska alkoholförbrukning. (ÅUCS, u.å.)

Assisterad befruktning omfattar alla metoder då åtminstone en av könscellerna behandlas utanför kroppen, det vill säga insemination och IVF. Hormonbehandling och kirurgi innebär också en viss assistans av den naturliga befruktningen men hör inte till begreppet assisterad befruktning (Hardarson, Hamberger & Hreinsson, 2005. s. 43). I det här kapitlet beskrivs hormonbehandling, IUI och IVF som alla är vanliga behandlingsalternativ. Kirurgi tas inte

upp och inte heller andra alternativ såsom surrogatmoderskap, eftersom det inte är tillåtet i Finland enligt lagen om assisterad befruktning.

2.4.1 Hormonbehandling

Ovulationsstörningar är en av de vanligaste orsakerna till infertilitet och därför väljs ovulationsinduktion, även kallat hormonbehandling, ofta som första behandlingsalternativ. Hormonbehandling kombineras med naturlig befruktning eller IVF men kan även användas i samband med insemination (Gottlieb & Fridström, 2010, s. 59-60). Indikation för hormonbehandling är när kvinnans äggcell inte alls lossnar eller sällan lossnar från äggstocken men hon har åtminstone en fungerande äggledare, samt vid oförklarlig infertilitet för att stimulera menstruationscykelns faser och tidpunkten för befruktningen. För att graviditeten med större sannolikhet ska lyckas tar man efter en behandlingscykel en mellancykel för att läkemedlen ska försvinna ur kroppen. Behandlingen kan ibland vara tidskrävande och läkemedelsdosen kan behöva justeras flera gånger. Läkemedelsdosen bör vara så exakt som möjligt, eftersom en för låg dos inte hjälper äggblåsan att mogna och en för hög dos innebär flerbördsrisk. Målet med behandlingen är att en eller högst två äggblåsor av god kvalitet ska mogna (Hälsobyn, 2018).

Antiöstrogener i tablettform är vanligt att börja med och dessa verkar genom att öka hormonet FSH vilket i sin tur stimulerar follikeltillväxten. Vanligtvis ges högst sex behandlingscykler med antiöstrogener och sedan övervägs byte av behandlingsform. Gonadotropiner är ett annat alternativ som kan prövas och passar bra ifall infertiliteten är orsakad av PCOS. Behandlingen påbörjas vid en ny menstruationscykel, spontan eller inducerad, och innebär dagliga injektioner av FSH i lågdos. I samband med båda dessa behandlingar finns en ökad risk för flerbörd, vilket gör att kvinnan noga bör övervakas, gärna med ultraljud under varje behandlingscykel. (Gottlieb & Fridström, 2010, s. 59-60)

2.4.2 Intrauterin insemination (IUI)

Intrauterin insemination innebär att man inseminerar ”tvättade” spermier i kvinnans livmoder då kvinnan har ägglossning. Antingen används sperma från mannen i paret (IUI-H) eller från en donator (IUI-D). Vid IUI är chansen för graviditet större än vid samlag, eftersom en större del av spermier kan nå den yttersta delen av äggledaren där ägget vanligen befinner sig efter ägglossningen. IUI beräknas ha mellan 10 och 100 gånger större koncentration av spermier. (Hardarson et al. 2005. s. 51–58)

Själva inseminationen går till så att en mjuk plastkateter förs in genom livmoderhalsen och spermerna sprutas in direkt i livmodern. Kvinnan har vanligen spontan ägglossning vid IUI men behandlingen kan även kombineras med hormonbehandling ”controlled ovarian hyperstimulation” (COH) för att stimulera ägglossning. Jämfört med IVF är IUI både enklare och billigare och därför föredras det att testa IUI först. Behandlingen rekommenderas speciellt till par med oförklarad infertilitet, män med lätt till måttlig nedsatt spermakvalitet, lätt endometrios hos kvinnan eller kombinationsinfertilitet med en eller flera faktorer hos kvinnan och mannen. En förutsättning för att behandlingen ska fungera är att åtminstone en av äggledarna är fria från passagehinder. IUI rekommenderas inte om mannen har en kraftigt nedsatt spermiekvalitet eller för kvinnor med tidigare extrauterin graviditet eftersom det tyder på onormal äggledarfunktion. (Hardarson et al. 2005. s. 51–58)

2.4.3 In vitro fertilisering (IVF)

IVF eller provrörsbefruktning innebär att befruktningen sker utanför kroppen genom att ägg tas ut från äggstockarna, blir befruktade med mannens spermier och återinförs efter två till tre celldelningar, alternativt efter fem dygn när ägget utvecklats till en blastocyst. Före äggen tas ut genomgår kvinnan hormonbehandling för att stimulera äggstockarna och på så vis få tillgång till fler ägg. (Kaplan, et al., 2009, s. 562)

Stimuleringen av äggstockarna kan ske via antingen agoniststimulering, den så kallade långa behandlingsformen, eller via antagoniststimulering, den så kallade korta behandlingsformen. Agoniststimulering innebär att kvinnan påbörjar en GnRH-agonistbehandling i form av nässpray eller injektion på den 20:e till 23:e dagen av menstruationscykeln. Innan behandlingen påbörjas kontrolleras äggstockarna och livmodern med ultraljud. GnRH-agonisten ökar till en början utsöndringen av FSH och LH, men efter tio dagar minskar utsöndringen igen. Detta orsakar flytningar från livmodern och ett tillfälligt menopausliknande tillstånd. Värmevallningar, svettningar, huvudvärk och trötthet är inte ovanligt under agonistbehandlingen. Efter det menopausliknande tillståndet stimuleras äggstockarna med hjälp av injicerade gonadotropiner och en lägre dos GnRH-agonister. Doseringen är individuell beroende på ålder, vikt, äggstockarnas utseende och hur behandlingen svarar. Antagoniststimulering däremot påbörjas vanligtvis på den andra eller tredje dagen av menstruationscykeln med en gonadotropininjektionsbehandling. Efter ungefär sex dagar adderas en daglig injektion av en GnRH-antagonist till behandlingen. Gonadotropinerna och antagonisten används tillsammans i tre till sex dagar, beroende på respons. (Morin-Papunen & Koivunen, 2012b)

Själva äggpocket sker som en vaginal punktion av äggblåsan med hjälp av ultraljud. Vid standard IVF-behandling läggs äggen och spermier i en så kallad inkubator i två till tre dygn för befruktning och celledning. Därifrån förs ett embryo tillbaka till livmodern med en tunn kateter och övriga fryses ner om chansen är god att de klarar av nedfrysningen och upptiningen. I specialfall då chansen för graviditet är mindre, till exempel om kvinnan är över 38 år, haft flera misslyckade IVF eller om äggen inte har en god graviditetschans, kan två embryon återinföras. Om mannens spermier är starkt nedsatta så att de inte klarar av att ta sig in i ägget kompletteras IVF med mikroinjektion (ICSI) vilket betyder att spermien injiceras direkt i äggcellen. Om kvinnan inte har befruktningsdugliga ägg, vilket kan vara fallet vid Turners syndrom, för tidigt åldrande av äggen eller vid medicinsk behandling såsom cytostatikabehandling, finns det möjlighet till IVF med äggdonation. Då blir kvinnan social och biologisk mamma men inte genetisk. (Kaplan et al., 2009, s. 562-564)

Att genomgå IVF-behandlingar är ofta psykiskt påfrestande. I en studie undersöktes infertila kvinnors psykiska hälsa under IVF-behandlingar. Resultatet visade att de upplever ångest och depression, speciellt kvinnor under 35 år men också äldre om de varit infertila under en lång tid. Detta blir en ond spiral eftersom ångest försämrar fruktsamheten och antalet tillgängliga embryon. (Xu et al., 2017)

2.4.4 Komplikationer

Ovariellt överstimuleringsyndrom (OHSS) är en möjlig komplikation vid hormonstimulering i samband med IVF eller IUI. Vid OHSS överstimuleras äggstockarna av hCG eller LH vilket kan leda till bland annat för låg blodvolym, natriumbrist eller vätskeansamling i buken och ibland även i lungorna och hjärtat. Ofta behövs sjukhusvård. För att förebygga OHSS utvärderar man risken före behandlingsstart och har en individualiserad startdos av hormonerna samt täta uppföljningar. Andra komplikationer som sker främst vid äggpocket under IVF-behandling är blödning i buken, infektioner och punktion av andra organ. (Axelsson, 2019. s. 124–129) En finländsk studie påvisar att efter den första IVF-behandlingen är risken för OHSS låg men efter upprepade behandlingar ökar risken. Risken för OHSS vid endast hormonstimulering är däremot mycket låg. Utomkvedshavandeskap och missfall efter IVF är vanligare än för kvinnor som inte genomgått IVF-behandlingar. Infektioner och blödning är dock ovanliga (Klemetti, Sevón, Gissler & Hemminki, 2005).

Trombos är en ovanlig men svår komplikation efter IVF-behandling och uppkommer främst i samband OHSS. Forskning visar att kvinnor efter att ha fått OHSS har en 100 gånger högre risk för trombos under graviditeten i den första trimestern (Rova, Passmark & Lindqvist, 2012). Dessutom kan det finnas andra risker i samband med förlossningen. Kvinnor med endometriosis och utebliven ägglossning utgjorde en ökad risk för prematur födsel medan om infertiliteten berodde på mannen var risken dubbelt så stor att spädbarnet behövde neonatal intensivvård enligt en finländsk studie gjord av Kuivasaari-Pirinen, Raatikainen, Hippeläinen & Heinonen (2012).

2.4.5 Lagar och kostnader

Lagen om assisterad befruktning trädde i kraft 2007 men har sedan det uppdaterats ett flertal gånger. I lagen behandlas utförande av assisterad befruktning, donation och överföring av könsceller och embryon, rätten till information för personer som har sitt ursprung i donerade könsceller eller embryon, bestämmelser om verksamheten samt straffbestämmelser. Lagen omfattar fertilitetsbehandlingar med egna könsceller eller donerade könsceller och embryon. I Finland ges fertilitetsbehandlingar till par som lever i äktenskap eller under äktenskapslika förhållanden, samt till ensamstående kvinnor och till kvinnliga par om tillgång till spermier finns och donatorn gett sitt samtycke till behandlingen. Det är inte tillåtet med vare sig eller behandling av manliga par eller surrogatmoderskap i Finland. Dock är det inte förbjudet att ha en surrogatmamma utomlands. (Lagen om assisterad befruktning 1237/2006)

Ifall barnlösheten beror på en medicinsk orsak kan man ansöka om ersättning från Folkpensionsanstalten (Suomi.fi, 2021). Behandlingar som ersätts är hormonbehandling, insemination och upp till tre äggplock inför IVF- eller ICSI-behandling, samt tillhörande vård (FPA, 2023). Patienten behöver endast betala eventuella läkemedelskostnader och klientavgifter. Om man däremot söker sig till privata kliniker, där behandlingarna vanligtvis är dyrare, fakturerar dem enligt sina egna prislistor (Suomi.fi, 2021). I en finländsk studie gjord av Klemetti, Sevón, Gissler och Hemminki (2007) där man undersökte hur rättvist fördelade IVF-resurserna i Finland är framkom det att av de totala kostnaderna för IVF var 36% läkemedelskostnader, 21% för olika ingrepp och 42% från andra direkta kostnader. Under 1,5 års behandling blev de totala kostnaderna i medeltal 6500€ där egenavgiften inom den privata sektorn var 50% medan det i den offentliga sektorn bara var 24%. I studien framkom det även att de offentliga utgifterna fördelades mest till unga kvinnor och kvinnor med högre socioekonomisk position, men att regionala skillnader inte var anmärkningsvärda (Klemetti et al., 2007).

En multinationell studie utförd av Skedgel et al. (2022) påvisar att kvinnor föredrog effektivitet och delat beslutsfattande, men även övervägde kostnaderna vid val av behandlingsmetod vid infertilitet. Nordiska, spanska och brittiska deltagare var villiga att betala mellan 3000 och 3500 euro för en 15% absolut förbättring av effektiviteten. De nordiska och amerikanska deltagarna var även villiga att betala upp till 3000 euro för att gå från ”en del” till ”fullständigt” delat beslutsfattande. Den minst viktiga faktorn var antalet injektioner hos majoriteten av kvinnorna. I en tidigare studie kan det även ses att patienter accepterar 10% lägre graviditetsfrekvens för en vänlig och intresserad läkare som gav tydlig och anpassad information om behandlingen (Skedgel et al. 2022).

3 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten som använts för examensarbetet är psykologen Abraham H. Maslow's behovstrappa – *The hierarchy of needs*. Teorin publicerades år 1943 och baserar sig på tron att mänskligt beteende motiveras av fem nivåer av behov som bör tillgodoses i ordning – fysiologiska behov, behov av trygghet och säkerhet, behov av kärlek och samhörighet, behov av aktning och behov av självförverkligande (Bailey, 2022).



Figur 1. Maslows behovstrappa (McLeod, 2007).

Aruma och Melvins Enwuvesi Hanachor (2017) förklarar de fysiologiska behoven som mänskliga grundläggande behov, såsom mat, vatten, kläder, boende, sömn och reproduktion. Anyanwu et al. påstår (enligt Aruma & Melvins Enwuvesi Hanachor, 2017) att utan de fysiologiska grundläggande behoven skulle mänskligheten utrotas eller dö ut och att de fysiologiska behoven därför är mycket viktiga för mänsklighetens överlevnad.

När de fysiologiska behoven uppfyllts fokuserar människan på att skapa trygghet, stabilitet och en frihet från rädsla, vilket kan uttrycka sig till exempel som strävan efter ekonomisk trygghet, hälsa och välmående, tillgång till sjukvård och sjukförsäkring, samt flytt till en tryggare boendeort (Maslow, 1943; Gonzalez-DeHass & Willems, 2013; Cherry, 2022). Exempel på människor som lever under extremt otrygga förhållande är människor som lever i laglösa samhällen eller krigszoner och människor som lever med övergrepp. Dock kan otrygga förhållanden även ses hos de som ständigt oroar sig för till exempel pensionering, försäkringsskydd eller boendesituation. När behovet av trygghet försvinner riskerar en känsla av osäkerhet, ångest eller stressrelaterade syndrom uppstå (Gonzalez-DeHass & Willems, 2013).

När människans fysiologiska behov och behovet av trygghet har förverkligats kommer människan, enligt Maslow (1943), känna ett behov av kärlek och samhörighet. Behovet av relationer med andra människor eller att få en plats i en grupp är så starkt att människan till och med kan glömma att hon en gång, när hon var hungrig, hånade kärleken. Maslow betonar att kärlek inte är synonymt med sex, samt att sex även kan ses som ett fysiologiskt behov. Han betonar även att behovet av kärlek involverar både att ge och ta emot kärlek.

Enligt West (2022) delade Maslow in behovet av aktning i två underkategorier, den aktning människan har för sig själv, självkänsla, samt den aktning och respekt människan önskar få av andra. En god självkänsla betraktas som en hälsosam och positiv uppfattning om sig själv och inkluderar bland annat självvärde, kompetens, värdighet och självständighet. Uppskattning från andra människor kan fås genom exempelvis respekt från vänner, erkännande av prestationer, berömmelse eller status. Dock påstår West (2022) att Maslow noterat att den hälsosammaste formen av aktning som kommer från andra bör förtjänas.

Trots att alla tidigare behov uppfyllts är det ingen garanti att behovet av självförverkligande uppnås. Maslow påstår att människan bör göra det hon är lämpad för, såsom en musiker bör göra musik, en konstnär bör måla eller en vårdare bör vårda, för att människan till slut ska kunna vara lycklig. Hur behovet av självförverkligande kan uppnås kan variera mycket från person till person, för en del kan behovet vara att vara atletisk, medan för andra kan behovet vara en önskan om att vara en idealisk mamma. De människor som är tillfredsställda med sitt självförverkligande kan antas vara tillfredsställda människor och de anses även ha den hälsosammaste och största kreativiteten. Maslow påpekar dock även att eftersom samhället förväntar sig nöjda människor så vet vi inte så mycket om självförverkligande, varken experimentellt eller kliniskt, vilket även är en utmaning för forskningen. (Maslow, 1943)

Maslow (1943) förklarar även att det finns en del förutsättningar för att kunna uppnå tillfredställelse av de grundläggande behoven. Exempel på sådana förutsättningar är rätt till yttrandefrihet, rätt till att kunna göra egna val så länge valen inte skadar andra, frihet till att uttrycka sig, tillgång till information och frihet till att försvara sig själv, samt möjlighet till rättvisa. Fara för dessa förutsättningar kunde nästan ses som direkt fara mot de grundläggande behoven. Maslow (1943) uttrycker det som att utan förutsättningarna är de grundläggande behoven nästan omöjliga att uppnå, de är åtminstone mycket hotade.

Forskare har på senare år försökt uppdatera behovstrappan. Forskarna Kenrick, Giskevicius, Neuberg och Schaller (2010) ansåg att den högsta nivån, självförverkligandet, borde tas bort helt och hållet eftersom det inte är ett evolutionärt grundläggande behov och i stället ersätts med behovet av att träffa en partner, bevara partnerförhållandet och föräldraskap. Kaufman (enligt Murray, 2022) föreslår däremot att behovstrappans pyramidform skulle ändras till en segelbåtsmetafor där trygghet, gemenskap och självkänsla är grundläggande faktorer som ligger grund för båten, medan utforskning, kärlek och syfte finns i seglet och bidrar till individens självutveckling.

4 Syfte

Syftet med examensarbetet är att belysa fertilitetsvårdens påverkan på kvinnors hälsa, ur ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv. Avsikten är att vårdpersonalen ska få en inblick i hur fertilitetsvården upplevs av kvinnor och påverkar deras hälsa för att vårdpersonalen ska kunna stödja kvinnorna under och efter fertilitetsvården.

Vi har valt att se på kvinnan som genomgår fertilitetsvård ur ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv för att kunna få en övergripande uppfattning om kvinnans hälsa. Vi vill ta reda på hur fertilitetsvården påverkar det vardagliga livet och om kvinnans liv begränsas. Ger behandlingen fysiska biverkningar, såsom smärta eller illamående? Vilka tankar och känslor väcker behandlingen? Påverkas relationerna till vänner och anhöriga? Baserat på dessa tankar har vi sammanställt tre frågeställningar utgående från hälsans tre aspekter:

1. Hur upplever kvinnan hennes egen hälsa under fertilitetsvården?
2. Hur påverkas kvinnans liv fysiskt, psykiskt och socialt?
3. Hur kan fertilitetsvården påverka kvinnans hälsa?

5 Metod

Examensarbetets studie utfördes med en kvalitativ forskningsmetod vilket är lämpligt att använda när forskaren söker mer förståelse och kunskap om ett visst fenomen. Eftersom målet med studien var att få en uppfattning om kvinnans hälsa under fertilitetsvården ansågs en kvalitativ forskningsmetod vara lämpligast. Med en kvalitativ metod är det möjligt att undersöka flera aspekter, till exempel värk och andra symtom, funktionell kapacitet, påverkan på livssituation och sociala relationer (Thörn, Bunne, Hallberg, 2001, s. 1359). I detta kapitel beskrivs studiens metod och praktiska genomförande. Även analysmetoden och de etiska principerna redogörs.

5.1 Urval

Urvalet av deltagare ska bestämmas utgående från studiens syfte. Eftersom examensarbetet är en kvalitativ studie låg fokuset på att hitta få deltagare, men med så olika erfarenheter av fertilitetsvården som möjligt. Målet ska vara att få en stor variation i berättelserna, exempelvis genom att ha en bred åldersgrupp, för att resultatet ska bli så omfattande som möjligt. Deltagarna kan hittas på flera olika sätt, dock väljs de oftast inte ut slumpmässigt (Henricson, 2017, s. 115-116). Till en början planerades ett bekvämlighetsurval, men på grund av svårigheter med att hitta deltagare behövde tillvägagångssättet för att hitta deltagare ändras, varvid ett strategiskt urval ansågs vara mest lämpligt. Enligt Gunnarsson (1999) är strategiskt urval ofta den bästa urvalsstrategin vid kvalitativa studier. För att få en så bred variation som möjligt gällande till exempel kön, ålder och erfarenhet handplockas deltagarna avsiktligt. Variationen bland deltagarna behöver inte motsvara den grad av variation man ser i den bakomliggande populationen (Gunnarsson, 1999).

För att hitta lämpliga deltagare till studien valdes tre kriterier: deltagarna ska vara svenskspråkiga, ha genomgått fertilitetsvård i Finland och ha fått barn med hjälp av fertilitetsbehandling inom de fem senaste åren. Kriterierna valdes på basis av att vi ville begränsa det geografiska området och språket. För att begränsa urvalet och för att kunna undersöka kvinnors upplevelse av att fertilitetsbehandlingen gett ett gynnsamt resultat skulle kvinnorna ha fått barn med hjälp av fertilitetsbehandling inom de fem senaste åren från att intervjuerna utfördes i januari 2023. Tidspannet begränsades också så att vården ska ha skett relativt nyligen, eftersom vården och behandlingsformerna konstant utvecklas.

För att hitta deltagare genom ett bekvämlighetsurval publicerades först ett inlägg i Facebook-gruppen "Mammor & Gravida i Österbotten" där deltagare efterlystes. En person hann svara,

som dock senare ångrade sin medverkan, innan inlägget togs bort av Facebook, detta troligen på grund av att mejladresser fanns med i inlägget. Inlägget publicerades en andra gång i Facebook-gruppen utan framgång, vilket kan tänkas bero på att inlägget försvann i flödet på grund av mycket aktivitet i gruppen. Därefter beslöts att urvalsstrategin behövde ändras till ett strategiskt urval och kriteriet att deltagarna ska ha genomgått fertilitetsvård i Österbotten omarbetades till kriteriet att deltagarna ska ha genomgått fertilitetsvård i Finland med syftet av att kunna inkludera fler deltagare. Dock visade det sig att alla deltagare slutligen råkade vara i från Österbotten. Eftersom inga deltagare hittades via Facebook handplockades deltagare som i olika medier nämnt att de genomgått fertilitetsbehandlingar. Vilka medier som användes för att hitta potentiella deltagare kommer inte beskrivas närmare av respekt för deltagarnas konfidentialitet eftersom Svenskfinland är relativt litet. Totalt femton personer kontaktades i olika omgångar, varav tolv svarade. Av dessa tolv personer uppfyllde två inte kriterierna och två avbröt sin medverkan. Totalt hittades åtta deltagare som ställde upp på en intervju.

Vi strävade efter att hitta deltagare med så olika upplevelser av fertilitetsvården som möjligt. Hälften av deltagarna vårdades via Vasa centralsjukhus medan andra hälften vårdades via Mellersta Österbottens centralsjukhus. Primär infertilitet var inget kriterium, men slumpmässigt råkade det sig så att alla deltagare hade lidit av primär infertilitet. Orsaken till infertiliteten varierade bland deltagarna, för 50% av deltagarna var infertiliteten oförklarlig, för 25% av deltagarna berodde infertiliteten på mannen och för resterande 25% av deltagarna berodde infertiliteten på kvinnan. Alla deltagare blev gravida med sitt första barn genom IVF eller ICSI, för de flesta lyckades behandlingen på första eller andra försöket, medan en del behövde genomgå flera äggplock och embryoinsättningar. Fyra av deltagarna är tvåbarnsmammor och två av deltagarna är gravida med sitt andra barn. Av dessa har tre blivit gravida på naturlig väg efter att ha fått sitt första barn med hjälp av fertilitetsbehandlingar. Deltagarnas första barn är födda mellan år 2017 och 2022. Deltagarnas ålder för när de för första gången kontaktade fertilitetsvården varierar mellan 23 och 36 år.

5.2 Intervju

I studien användes intervju som datainsamlingsmetod, vilket är lämpligt att använda när man vill förstå fenomen, händelser eller situationer. Personen som intervjuas har kunskap eller erfarenhet om fenomenet man undersöker. Att utföra en intervju kräver att forskaren noggrant planerat innehållet och utförandet av intervjun, för att senare kunna analysera resultatet på ett trovärdigt sätt. Vid val av lämplig intervjumetod är studiens syfte avgörande.

Vanliga intervjuemetoder är konversationsintervju, strukturerad intervju, ostrukturerad intervju och semistrukturerad intervju. En semistrukturerad intervju innebär att frågorna är färdigt bestämda på förhand, men möjligheten till att ställa följdfrågor eller frågor som inte planerats finns. (Henricson, 2017, s. 143–149)

Intervjuerna valdes att genomföras semistrukturerade för att intervjufrågorna på förhand skulle kunna skickas till deltagarna men även så att möjligheten till att ställa följdfrågor och be deltagarna vidareutveckla sina svar skulle finnas. Handedande lärare läste igenom och godkände frågorna innan intervjuerna genomfördes. Deltagarna fick möjlighet att välja om de ville utföra intervjun som en fysisk träff eller via videosamtal. Sex av deltagarna önskade ha intervjun via videosamtal och två av deltagarna önskade en fysisk träff, dock behövde en intervju utföras via videosamtal trots deltagarens önskan om en fysisk träff på grund av sjukdom. Deltagarna önskade genomföra intervjun via videosamtal främst på grund av långa avstånd och eftersom det är mindre tidskrävande. I sex av sju videosamtal hade deltagarna på kameran så att vi och deltagaren kunde se varandra och tolka varandras kroppsspråk.

Före intervjun skickades ett informationsbrev (se bilaga 1), en samtyckesblankett (se bilaga 2) och intervjufrågorna (se bilaga 3) ut till samtliga deltagare. Utöver det fick de även muntlig information om studiens syfte och om hur materialet kommer användas före intervjun påbörjades. Med deltagarnas samtycke bandades intervjuerna in med ett röstinspelningsprogram på mobiltelefonen. Vi ledde fyra intervjuer var men båda två närvarade vid samtliga åtta intervjuer. Den av oss som inte ledde intervjun såg till att alla frågor ställdes och besvarades samt vid behov frågade upp sådant som lämnat oklart. Den som ledde intervjun ansvarade över transkribering av intervjun.

5.3 Dataanalys

Intervjuerna analyseras med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys är användbar vid omfattande och ostrukturerat material såsom intervju. Man fokuserar på att beskriva variationer och identifiera mönster i texten. Skillnader och likheter i datamaterialet lyfts fram och dessa redovisas med hjälp av kategorier. (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017, s. 219-222)

De olika stegen i en innehållsanalys är *analysenhet*, *domän*, *meningsenhet*, *kod* och *kategori*. *Analysenheten* är det eller de som blir föremål för studien och det material som samlas in, i detta fall är intervjuerna analysenheten. Intervjun delas upp i *domäner* och är den del av texten som svarar på en viss intervjufråga eller som också kan framkomma utifrån egna

tolkningar. En *meningsenhet* är ord, meningar eller stycken som svarar på studiens syfte och med hjälp av dem kan man avgränsa textens innehåll till det mest väsentliga. Utifrån meningsenheterna bildas sedan *koder*, vilka är enskilda ord som sammanfattar vad meningsenheterna handlar om. Liknande koder grupperas och bildar slutligen *kategorier* och *subkategorier* samt *teman*. Ett *tema* binder samman alla kategorier som en röd tråd och ska svara på frågan ”hur”. *Kategorierna* beskriver vad texten handlar om och innehåller *subkategorier* som kan förklaras som en grupp av koder med gemensamt innehåll. (Henricson, 2017, s. 286-287)

Dataanalysens praktiska genomförande i denna studie strävade efter att följa Henricsons (2017, s. 286-287) steg för en kvalitativ innehållsanalys. Efter att intervjuerna gjordes transkriberades ljudfilerna till dator och blev sammanlagt ett material på 60 sidor. Transkriberingen av intervjuerna färdigställdes endera samma dag eller ett par dagar efter att intervjuerna hölls och ljudfilerna raderades vartefter de hade blivit transkriberade. Alla intervjuer genomfördes mer eller mindre på dialekt, men vid transkriberingen översattes dialektord och uttryck till standardsvenska.

Analysen gjordes enskilt för att se om vi skulle tolka materialet på samma sätt. Den ena av oss utförde analysen på datorn, medan den andra printade ut materialet och genomförde analysen till största del för hand. Analysen på dator gick till så att materialet lästes igenom flera gånger och intervjutexterna delades in i olika färger för att kunna urskilja deltagarnas svar. Materialet delades sedan upp i domäner enligt intervjufrågorna som ställts. Dessa omarbetades till fyra huvudsakliga teman som svarade på studiens syfte. Därefter streckades relevanta meningar under och liknande stycken slogs ihop för att bilda 19 olika kategorier som slutligen utarbetas till 12 kategorier. Utifrån dem hittades återkommande ämnen som blev till koder och som i sin tur bildade subkategorier. Den andras analys gick till så att materialet till en början lästes igenom flera gånger och relevant material streckades under för hand på papper. I marginalen skrevs enstaka ord om vad understreckningarna handlade om, vilka blev till koder som tydligt bildade fyra huvudsakliga teman. Utifrån temana och koderna bildades 35 subkategorier som delades in i 12 kategorier. Materialet färgsorterades enligt tema och kategori innan analysen fortsatte på dator. På datorn färdigställdes analysen och en del subkategorier slogs ihop vilket slutligen skapade 30 subkategorier och 11 kategorier.

Efter den enskilda analysen sammanställdes båda analyserna till ett gemensamt resultat. Vi hade i stort sett tolkat materialet på samma sätt och fått ett liknande resultat. Kategorierna

under två teman var likadana, medan kategorierna under de två resterande temana justerades för att omfatta bådas analys. Totalt uppstod 4 teman, 12 kategorier och 25 subkategorier.

5.4 Etik

Examensarbetets studie följer anvisningarna om god vetenskaplig praxis (GVP) och etiska principer för humanforskning i Finland som utformats av Forskningsetiska delegationen (TENK). God vetenskaplig praxis innebär bland annat att forskningen ska vara hederlig, metoderna ska vara etiskt hållbara och forskaren ska ta hänsyn till andra forskares arbete och hänvisa till arbetena på ett korrekt sätt (TENK, 2012, s. 18). Examensarbetets källhänvisningar följer Yrkeshögskolan Novias skrivanvisningar. Etiska principer för humanforskning omfattar bland annat att forskaren ska respektera deltagarnas människovärde och självbestämmanderätt enligt rättigheterna i grundlagen (TENK, 2019, s. 8). Examensarbetet fokuserade speciellt på att följa principerna för ”Bemötandet av forskningsdeltagaren och hens rättigheter” och ”Behandling av personuppgifter i forskning” eftersom studien genomfördes med intervjuer med kvinnor som berättar om ett känsligt ämne.

Deltagarna i denna studie har blivit informerade om att studien är frivillig och att deltagarna när som helst kan avbryta sin medverkan utan negativa följder, samt annullera sitt samtycke. Deltagarnas samtycke om att medverka i studien dokumenterades skriftligt (se bilaga 2), samt information om innehållet i studien, behandling av personuppgifter och forskningens genomförande gavs muntligt och skriftligt (se bilaga 1) till deltagarna innan intervjuerna påbörjades.

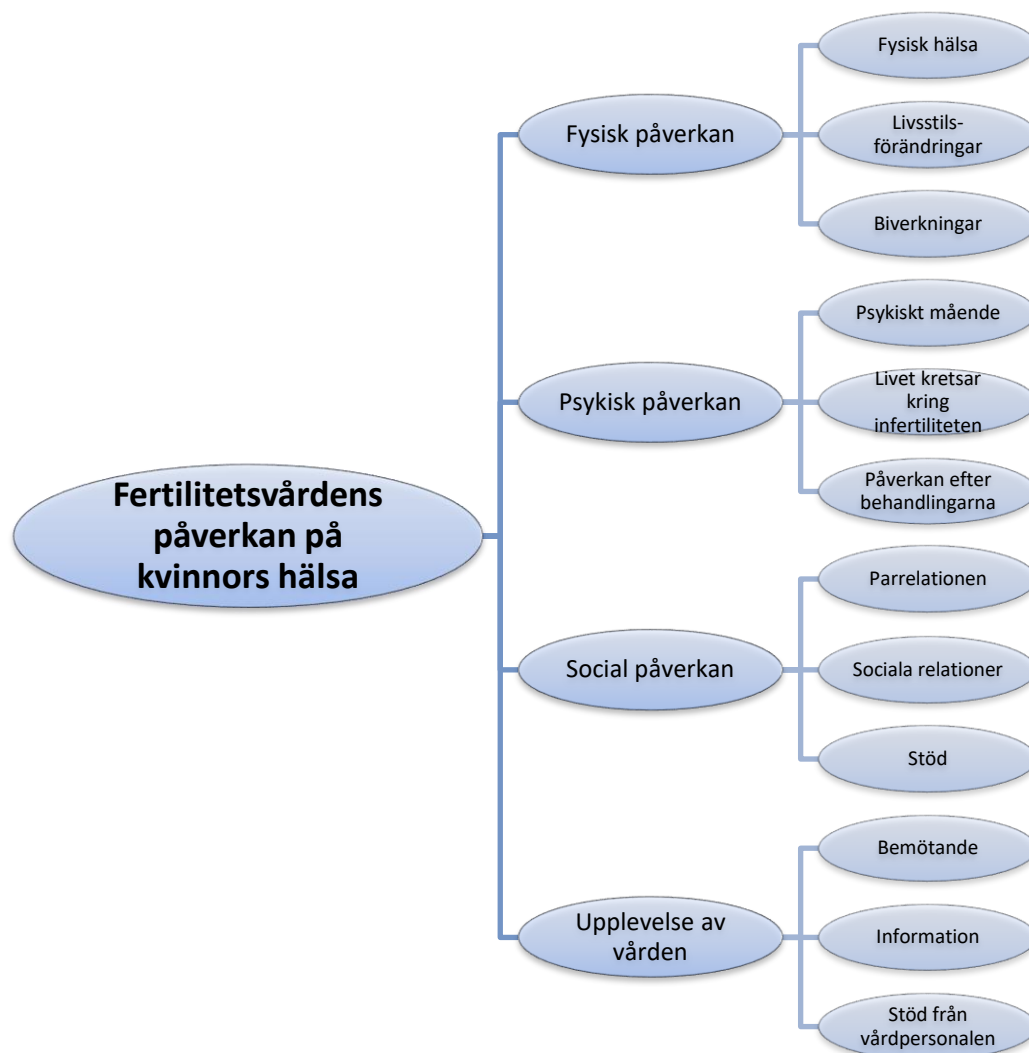
Behandling av personuppgifter är en av de viktigaste etiska principerna för studier. Etisk behandling av personuppgifter baserar sig på systematik, ansvarsfullhet och lagenlighet (TENK, 2019, s. 12). Denna studie lade stor vikt vid att behandla personuppgifterna korrekt så att deltagarna ska förbli anonyma för alla, med undantag av oss. En del personuppgifter samlades in, till exempel ålder och boendeort, för att möjligheten till att kunna jämföra dessa skulle finnas. Dock presenteras inte enskilda deltagares ålder och boendeort i urvalet och resultatet. Övriga känsliga personuppgifter som inte är av betydelse för studien har inte frågats efter. Personuppgifterna förvarades skilt och raderades ur materialet då de inte längre var nödvändiga. Materialet var tillgängligt endast för oss.

6 Resultat

I detta kapitel redovisas studiens resultat. Resultatet baserar sig på de åtta intervjuer som genomförts med kvinnor som genomgått fertilitetsvård. Såväl likheter som olikheter identifierades i kvinnornas berättelser. Materialet från intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys i avsikt att svara på studiens syfte och frågeställningar.

Resultatet förstärks med citat av deltagarna. Dialektord och dialektuttryck har så gott det går översatts till standardsvenska och namn, boendeorter samt annan känslig information som kan avslöja deltagarnas identitet har ersatts med motsvarande ord i resultatredovisningen. I avsikt för att resultatet ska bli mer sammanhängande och mer intressant för läsaren, ombads deltagarna att hitta på fiktiva namn som med tillåtelse presenteras i samband med deltagarnas citat. I tre av citaten valdes dock namnen att uteslutas eftersom det kan vara möjligt att lista ut vilket centralsjukhus som deltagarna i citaten syftar på. Trots att namnen är fiktiva så vill vi inte avslöja orten deltagarna sökt vård på för att det för läsaren inte ska vara möjligt att koppla det till deltagarnas övriga citat.

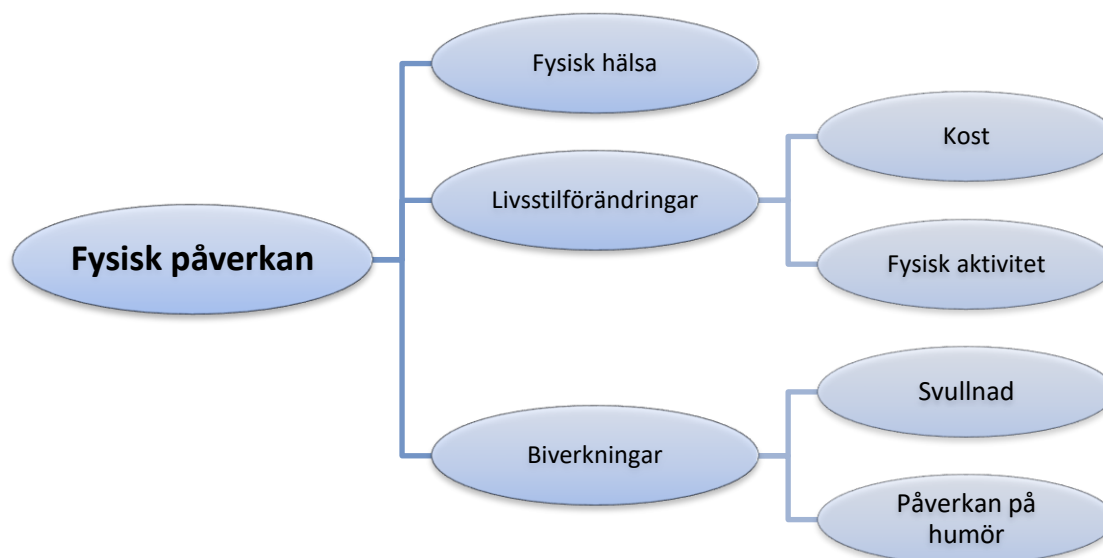
Resultatets rubrik *"Fertilitetsvårdens påverkan på kvinnors hälsa"* delas in i fyra teman; *Fysisk påverkan*, *Psykisk påverkan*, *Social påverkan* och *Upplevelse av vården*. Varje tema innehåller tre kategorier vilka i sin tur består av subkategorier. Nedan presenteras en tabell över temana och kategorierna. Subkategorierna presenteras närmare under temans kapitel.



Figur 2. Resultatets rubrik, teman och kategorier

6.1 Fysisk påverkan

Den fysiska hälsan kan påverkas av fertilitetsutredningar och behandlingar på flera sätt. I och med de hormonella läkemedlen som tas under behandlingar kan olika fysiska biverkningar uppstå och komplikationer kan förekomma i samband med olika vårdåtgärder vid utredningar och behandlingar. Det är väl känt att den fysiska hälsan påverkar fertiliteten och hälsovanor såsom rökning, matvanor och över- eller undervikt kan behövas ses över. Under intervjuerna ställdes frågor angående deltagarnas syn på deras fysiska hälsa och eventuella faktorer som påverkat. Fyra subkategorier identifierades; *Kost*, *Träning*, *Svullnad* och *Påverkan på humör*. Baserat på subkategorierna uppstod tre kategorier; *Fysisk hälsa*, *Livsstilsförändringar* och *Biverkningar*. Nedan presenteras en tabell över temats kategorier och subkategorier.



Figur 3. Tema 1 och dess kategorier och subkategorier

6.1.1 Fysisk hälsa

Alla deltagare upplevde att de över lag hade en god fysisk hälsa under vårdperioden, en del tyckte till och med att de var i sitt livs bästa form. De flesta ansåg att den fysiska hälsan påverkades mindre än den psykiska hälsan, men en deltagare beskrev även att det fysiska och psykiska måendet gick hand i hand, om det fysiska måendet blev sämre så förvärrades även det psykiska måendet och vice versa.

”Jag var ju kanske i mitt livs bästa form så där kroppsmässigt just och på det sättet gick ju det bra.” (Erica)

”...psykiskt var det nog mycket tyngre än kroppsligen. Sedan är det ju det att om man mår psykiskt dåligt över en sak så tar det sig ju uttryck fysiskt, jag fick bara sjukare överallt.”
(Sofie)

6.1.2 Livsstilsförändringar

Deltagarna tillfrågades om de hade gjort några livsstilsförändringar i samband med fertilitetsbehandlingarna. Ingen av deltagarna hade en ohälsosam livsstil före vården

påbörjades men flera gjorde ändå någon slags livsstilsförändring. Några deltagare sökte på egen hand mycket information om vad som eventuellt kunde påverka fertiliteten och hur de skulle kunna optimera sin fertilitet. Två deltagare rapporterade att de inte gjort några livsstilsförändringar, eftersom vården rekommenderat dem att leva som vanligt under fertilitetsbehandlingarna. En deltagare berättade att den enda förändringen hon gjort var att försöka minska på stressen och ha det lugnt hemma för att kunna varva ner eftersom behandlingarna var påfrestande.

”...jag ville ju som ha de bästa förutsättningarna tyckte jag och jag gjorde allting, läste på alla sidor om vilka vitaminer jag skulle ta, när och allting.” (Anna)

*”Så jag har inte gjort några jättestora livsförändringar, det har jag inte. Enda jag har sagt till *partner* är att nu kan vi inte bråka, för det orkar man inte.” (Sofie)*

Kost

Totalt tre av åtta deltagare uppgav att de försökte hålla sig till en hälsosammare kost och ta vitaminer. En av dessa uppgav att hon vände sig till en hälsoklinik som hon tidigare haft kontakt med för kostrådgivning där hon blev tipsad om att använda sig av en naturlig progesteronkräm, ta extra vitaminer och undvika inflammatoriska livsmedel, såsom kaffe och socker före och under fertilitetsbehandlingarna. Också en annan deltagare uppgav att hon slutat dricka kaffe på grund av rädsla för att det ska ha en negativ inverkan på fertiliteten, men förutom det gjorde hon inga andra livsstilsförändringar.

”Så jag tog sådan här naturlig progesteronkräm och förstås så tipsade de om vitaminer som jag skulle boosta med och så tipsade de att jag skulle lämna bort kaffe och socker eftersom de är ganska inflammatoriska och kaffe har visat sig påverka negativt.” (Stina)

”Alltså jag var ju som väldigt rädd, jag skulle ju inte ha druckit något kaffe. ... Jag vågar inte offra det att ta ett snedsteg om det skulle äventyra chansen man har fått.” (Helena)

Fysisk aktivitet

Flera deltagare uppgav att de varit fysiskt aktiva redan före fertilitetsvården påbörjades, endast två deltagare berättade att de förändrat sina träningsvanor. Den ena deltagaren började träna mycket för att komma i god form inför behandlingarna, medan den andra berättade att hon var fysiskt aktiv och höll på med löpning redan före infertiliteten upptäcktes men att hon i stället drog ner på träningen i samband med att fertilitetsvården påbörjades. Detta för att undvika extra stress för kroppen i hopp om att det skulle optimera fertiliteten.

”Bara så där fysiskt att jag började träna jättemycket” (Anna)

”...jag skulle nog säga att jag drog nog ner på löpningen under den här perioden. Man söker ju på allt som bara kan påverka ens fertilitet. Så hade jag läst någonstans att hård konditionsträning kan, eller det är ju som en stress för kroppen förstås, och att i vissa fall kan det kanske vara så att om kroppen känner sig för stressad så är den kanske inte beredd på att börja skapa ett nytt liv.” (Linnea)

6.1.3 Biverkningar

Hälften av alla deltagare uppgav att de inte alls haft några biverkningar eller endast haft lätta biverkningar under behandlingarna. Majoriteten av deltagarna upplevde dock smärta eller obehag i varierande grad i samband med äggplocket. En deltagare upplevde det som väldigt smärtsamt medan en annan tyckte att det kändes mindre än ett papa-prov. De deltagare som upplevde biverkningar hade drabbats av klimakteriebesvär såsom vallningar och svettningar, huvudvärk samt torra slemhinnor. En deltagare konstaterade dock att behandlingarna ofta kan låta värre än vad de egentligen är när man läser om andras erfarenheter.

”Jag skulle nog säga att allting lät värre än vad det egentligen var, som det ofta kan göra när man läser på.” (Stina)

”...jag minns att nog fick man lite biverkningar, huvudvärk till exempel var en grej man kunde få av vissa mediciner. ... Så det var nog lite klimakteriebesvär, vallningar och svettningar och sådant där. ... sedan var man sjuk efter äggplock” (Sofie)

”...så den där nässprayen var jobbigare för mig för det torkade som ut slemhinnorna jättemycket och det smakade fruktansvärt.” (Johanna)

Svullnad

En vanlig biverkning av hormonbehandlingarna är svullnad och en känsla av spändhet i buken, vilket hälften av deltagarna upplevde i varierande grad. De flesta deltagare tyckte inte att de besvärades av svullnaden och en deltagare beskriver att hon på förhand förberett sig på att hon skulle vara svullen eftersom hormonbehandlingarna stimulerar äggstockarna. En annan deltagare beskriver dock svullnaden som besvärande och begränsande eftersom det kunde vara obekvämt och smärtsamt att exempelvis sitta i vissa ställningar. Hon beskriver svullnaden som en känsla av att ständigt ha en falukorv i magen.

”Det är klart att när man gör den här hormonbehandlingen så blir man i slutet väldigt svullen, men det hör ju till. Konstigt skulle det vara annars då man odlar en massa ägg.”

(Linnea)

”...äggstockarna sväller ju och blir som två superstora sjuka massor i magen. Jag tänkte nog, alltså det gjorde ju ont att sitta i vissa ställningar och man var sjuk och svullen. Jag minns ännu att det kändes precis som om jag skulle ha en stor falukorv in i magen som bara satt där. Och det var ju jätteobekvämt” (Sofie)

Påverkan på humör

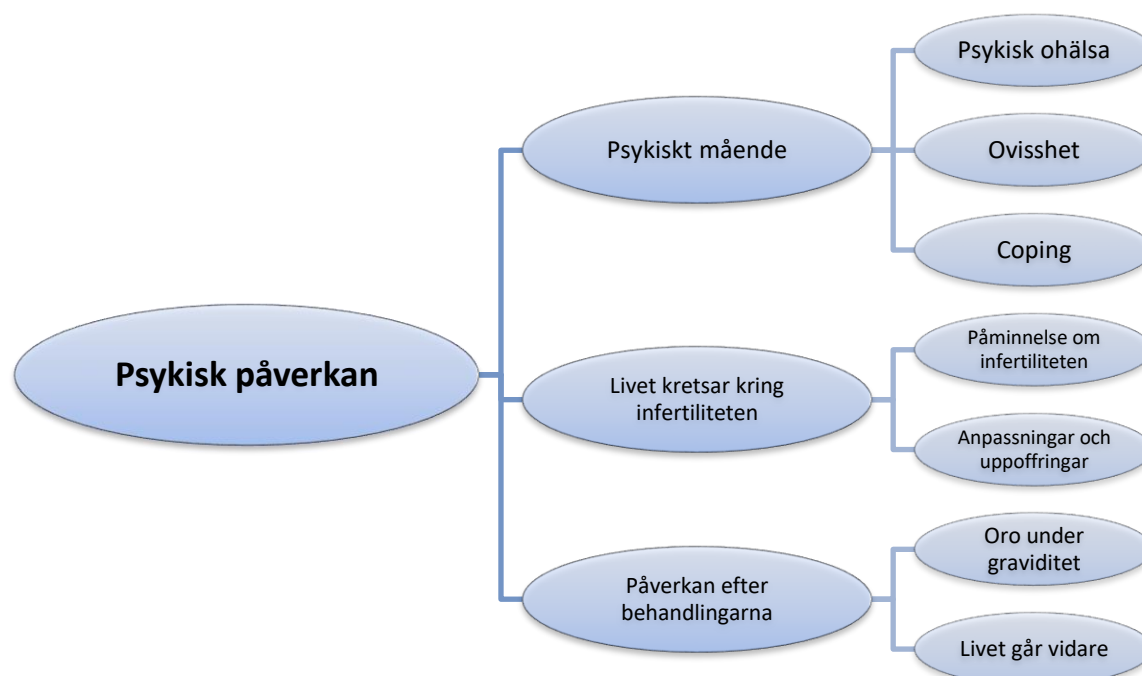
En annan vanlig biverkning under behandlingen var förändrad sinnesstämning och humör orsakat av de hormonella läkemedlen. Vissa av deltagarna upplevde att de bara hade aningen mer dämpat humör, medan andra upplevde att hormonerna hade en stor påverkan på måendet. En deltagare beskrev att humöret under behandlingarna påminde om PMS, och en annan deltagare tyckte att hormonerna under behandlingen påverkade henne mera än vad graviditetshormonerna senare gjorde.

”Det är i princip som när man har PMS, det är en PMS-dimma.” (Sofie)

”Jag skulle vilja påstå att jag var ännu mer känslig under hormonbehandlingarna och mer ur balans än vad jag var när jag senare var gravid.” (Aurora)

6.2 Psykisk påverkan

Den psykiska hälsan påverkas av stora och betydelsefulla händelser och livsskeden. Infertilitet är för många en påfrestning i livet som kan påverka ens psykiska välmående. Insikten om att man inte kan få barn på egen hand samt förväntningar och besvikelser i resan till föräldraskap kan skapa inre konflikter och psykisk ohälsa. Det är inte ovanligt att känna olika känslor under olika skeden av fertilitetsprocessen. Hur man hanterar känslor och svåra situationer är individuellt, men för de flesta går livet oftast vidare efter behandlingarna. Deltagarnas psykiska hälsa var ett återkommande ämne under intervjuerna och togs upp i fertilitetsvårdens alla skeden. Som kan ses i tabellen nedan bildades sju subkategorier och utgående från dessa bildades tre kategorier; *Psykiskt mående*, *Livet kretsar kring infertiliteten* och *Påverkan efter behandlingarna*.



Figur 4. Tema 2 och dess kategorier och subkategorier

6.2.1 Psykiskt mående

Alla deltagare tyckte att det psykiska måendet påverkades i olika grad och på olika sätt. Flera deltagare beskrev att måendet förvärrades av biverkningarna från hormonbehandlingarna. Det psykiska måendet påverkades mycket negativt hos flera deltagare och de beskrev att situationen kändes tung och hopplös. En deltagare beskrev hur situationen kändes mer och mer hopplös i takt med att behandlingarna misslyckades och behövde upprepas.

”Så psykiskt mådde jag nog väldigt dåligt och i och med att man fick alla de här hormonerna så var man ju inte riktigt stabil.” (Aurora)

”Men situationen man är i är jättejättetung, jag mådde dåligt och vart efter så blir man bara mer och mer nermald av den där hopplösheten.” (Linnea)

Psykisk ohälsa

Några av deltagarna beskrev att det psykiska måendet under behandlingarna liknade symtom på depression och psykisk ohälsa. En deltagare beskrev måendet som en känsla av extrem trötthet som hela tiden låg över henne. En annan deltagare beskrev situationen som väldigt utmattande, medan en tredje deltagare berättade hur hon periodvis behövde tillåta sig själv att må dåligt och få känna ilska samt gråta ut.

”Jaa, det är ju lite som att man skulle ha en depression egentligen. Det är liksom som en sådan trötthet som lägger sig över en, trötthet och lite hopplöshet.” (Linnea)

”...alltså man blir som så utmattad av det här.” (Helena)

”Just i de här down-perioderna har jag gråtit och skrikit och mått jättedåligt” (Sofie)

De tre deltagarna som var under 25 år vid tidpunkten för när de sökte vård för infertiliteten upplevde en sorts livskris eftersom de hade tänkt sig att de skulle bli unga mammor och redan vid 25-års ålder ha ett eller flera barn. Det var psykiskt påfrestande när livet inte gick som planerat och deltagarna oroade sig över om de överhuvudtaget skulle kunna få barn i

framtiden. En deltagare beskrev att hon på grund av detta mådde som sämst tiden före fertilitetsbehandlingarna påbörjades.

”Det var kanske det också att jag hade tänkt mig att jag redan skulle ha flera barn vid 25 år och det blev en liten livskris hela situationen. Tänk om vi inte alls kan få barn? Det var nog en väldigt stor grej för mig.” (Aurora)

”Så egentligen mådde jag nog som sämst då, alltså inte när vi började med IVF, utan året före. För jag hade alltid tänkt att jag skulle bli en ung mamma.” (Stina)

Ovisshet

En stor del av tiden under fertilitetsbehandlingarna går ut på att vänta på att exempelvis få ta ett graviditetstest eller att en ny behandlingscykel ska få påbörjas. Hälften av deltagarna upplevde väntandet och ovissheten som värst. En deltagare beskrev att känslorna gick upp och ner som i en berg- och dalbana och att det är psykiskt påfrestande då positiva nyheter snabbt kan kontrast med negativa besked. Deltagarna upplevde även att tiden mellan embryoinsättningen och dagen som de fick ta ett graviditetstest kändes lång och osäker och att väntan är svår att förstå för någon utomstående som inte genomgått fertilitetsbehandlingar. En deltagare tyckte till och med att det kunde kännas som en lättnad när menstruationen kom fastän det innebar att fertilitetsbehandlingen hade misslyckats eftersom det då var lättare att hantera känslorna. Hon beskrev att känslor såsom sorg och besvikelse är bekanta känslor som hon vet hur hon ska hantera, medan ovissheten var en främmande känsla som hon hade svårt att förhålla sig till.

”Det var nog supertungt. Just det här med den här berg- och dalbanan, att det går upp och ner, man vet inte nästa dag om det kommer vara bra eller dåliga nyheter.” (Sofie)

”Och jag måste säga att de här två veckorna är de längsta två veckor jag har varit med om. Det är kanske svårt att förstå för någon utomstående som inte är i den där situationen. För två veckor är ju inte länge, men det känns väldigt länge då just.” (Aurora)

” Jag tyckte nästan att det kändes som en lättnad när mensen kom, fast det betydde att det hade misslyckats, men då vet jag vad jag ska förhålla mig till. Att okej, det misslyckades, jag är besviken och ledsen, men besvikelse kan jag hantera eftersom jag vet vad det är men jag vet inte hur jag ska förhålla mig till ovissheten.” (Linnea)

Några deltagare lyfte fram att tiden under utredningarna och tiden då de höll på med behandlingarna kändes mer hoppfull eftersom processen då gick framåt. Precis såsom dagarna före deltagarna fick reda på om behandlingarna hade lyckats eller inte kändes långa och ovissa så kändes även tiden mellan behandlingsperioderna tung och hopplös. En av deltagarna berättade att hon kände lättnad över att få svar på orsaken till infertiliteten i samband med utredningarna och att få en bekräftelse på att infertiliteten var ett verkligt problem och att det finns hjälp att få. Det kändes även hoppfullt att få en konkret vårdplan på hur vården skulle fortskrida och vilka olika behandlingsmöjligheter som fanns. Även flera andra deltagare nämnde att det kändes bra att få börja med behandlingarna och få hjälp med infertiliteten. En deltagare tyckte också att det var fascinerande att det nuförtiden finns behandlingar att få.

”Men som när man utreder, men även under behandlingarna så känns det ju som lite hoppfullt, att då händer ju någonting och någonting går framåt, att man tar itu med saker och ting. Annars känns det lite som att man simmar omkring i en hopplöshet” (Linnea)

Coping

Deltagarna beskrev olika copingmetoder de använde sig av för att lättare kunna hantera infertiliteten. Tre av deltagarna berättade att det hjälpte dem att sätta upp olika strategier och reservplaner för sig själv för att fertilitetsbehandlingarna inte skulle bli alltför psykiskt tunga. En deltagare förklarade att den första fertilitetsbehandlingen var mycket psykiskt påfrestande och hon inför de resterande behandlingarna använde sig av olika strategier för att lättare kunna hantera situationen. Hon berättade att en av dessa strategier var att sätta upp olika delmål, såsom att ta en spruta i taget och att fokusera på de avklarade delmålen i stället för att fundera på det som kunde ske i framtiden. Detta gjorde det också lättare att känna att behandlingarna gick framåt. En annan deltagare beskrev att det var viktigt för henne att hon

tillät sig själv att få känna glädje över delmål och framgångar under behandlingarna, trots att det senare kunde innebära stora besvikelser. Hon berättade att de närmaste i hennes omgivning inte vågade ha lika stora förhoppningar som hon och att de kunde oroa sig över hennes psykiska mående i och med att det blev många besvikelser för henne. Hon ansåg dock att hon behövde få känna glädje och lycka för att orka genomgå behandlingarna trots att glädjen och lyckan kunde vara kortvarig och besvikelsen ofta blev större.

”Jag tror det är viktigt att du ska ha en plan A och en plan B. Då du håller på med plan A så ska du ha den där följande planen också. Och det hjälper också psykiskt till att liksom ha en utgång för det blir så psykiskt tungt om du bara har plan A” (Helena)

”...det är värt för mig att bli jättejätteglad, oavsett om jag senare måste bli jättebesviken så har jag ändå fått ha den här höga höjden en stund och så känner jag att jag kan deala med den här sorgen sedan.” (Sofie)

Den mest använda copingmetoden, som sågs bland hälften av deltagarna, var att flytta fokuset ifrån infertiliteten på olika sätt. En deltagare berättade att hon tyckte om att vara fysiskt aktiv och sysselsätta sig med olika projekt och tiden innan hon började med behandlingarna följde hon därför ett träningsprogram som hon kunde ha fokus på i stället för infertiliteten. En annan deltagare tyckte att det var skönt att gå till arbetet eftersom hon där var tvungen att sätta infertiliteten åt sidan för att kunna fokusera på arbetsuppgifterna. En tredje deltagare berättade att hon och hennes partner valde att gifta sig under fertilitetsprocessen för att de skulle ha någonting roligt att se fram emot. En fjärde deltagare berättade att hon tillsammans med sin partner försökte vara aktiv och sysselsätta sig med olika hobbyer. De försökte även att inte gruva sig för mycket utan i stället vara sakliga samt påminna sig själva om att det kommer att lösas på ett eller annat sätt.

” Så sommaren innan så började jag satsa riktigt ordentligt, jag fick ett träningsprogram och hade fokus egentligen på det. Kanske främst för att ha fokus på någonting annat och någonting som jag tycker om.” (Stina)

” Vi gruvade oss inte i det utan vi läste på och försökte vara sakliga och tänker att lyckas det så lyckas det men annars får vi hitta något annat, vi får skaffa en hund eller någonting.” (Johanna)

Två av deltagarna hanterade situationen genom att prata om infertiliteten medan de var inne i processen. Båda berättade att vartefter behandlingarna framskred blev de mer och mer öppna om infertiliteten. En av dessa deltagare förklarade att genom att ärligt få berätta om infertiliteten, vården och vilka känslor som väcktes så hjälpte det henne att bearbeta situationen hon var i samt att hantera dessa känslor. På detta vis kunde hon också lättare gå vidare från infertiliteten när hon senare blev gravid. Båda deltagarna har även fortsatt att prata om infertiliteten efter graviditeten eftersom det har känts viktigt för dem att få belysa ämnet infertilitet och göra människor medvetna om att det inte alltid är så lätt att bli gravid.

”När det hade gått ett år så blev det nog mitt sätt att hantera det när jag började prata mycket om det, först försiktigt och sedan med fler och fler. Det blev nog ett jätte viktigt sätt för mig att bearbeta den här saken medan jag var i den här processen. ... sedan när jag blev gravid så hade jag inte ett jättehemska bagage att ta itu med, utan då kändes det som att jag var redo att gå vidare.” (Linnea)

6.2.2 Livet kretsar kring infertiliteten

De flesta deltagare kände att livet kretsade kring infertiliteten. En deltagare beskrev hur hon i efterhand insåg att hon inte kunde leva livet till fullo före hon blev gravid. Hon berättade att hon anser sig inte ha varit olycklig, men att hon inte heller kunde leva i nuet eftersom en stor del av tiden gick åt att tänka på att få bli förälder. En annan deltagare beskrev hur hon ville lära sig allting om IVF-behandlingarna och hade svårt att tänka på någonting annat. Detta ledde till att det kändes som att livet stod stilla vilket i sin tur försvårade den personliga utvecklingen. Hon berättade att hon kände att hon själv stod på samma ställe medan andras liv utvecklades till det familjeliv hon själv drömde om.

”...före vi blev gravida så det där jag kunde ju inte leva livet, det inser jag nu. Jag var ju så, jag kan inte säga att jag var olycklig men jag gjorde ju inte annat än det här att gå runt och tänka på att få bli mamma.” (Helena)

”För det är så många nördgrejer med IVF-behandlingarna, som sprutor och hormoner och allt sådant där, som jag kände att jag ville grotta ner mig i. Jag kunde inte tänka på någonting annat. ... Så det blir ju så att tiden går men själv står man helt stilla och kommer ingen vart.” (Linnea)

Påminnelse om infertiliteten

Fler än hälften av deltagarna beskrev att då de var inne i fertilitetsprocessen så var barn det enda de såg och kunde tänka på. De beskrev hur allting som hade med barn att göra, såsom barnvagnar, gravidmagar, bebiskläder och så vidare, påminde dem om deras infertilitet. En deltagare berättade hur hon associerade allt möjligt med infertiliteten och att det var tungt då hon aldrig kom ifrån det. Hon berättade hur hon i affärer blev påmind av barnkläder, då hon såg på tv blev hon påmind av blöjreklamer och på arbetet påmindes hon av kollegor som diskuterade hur jobbiga deras barn ibland kunde vara. Deltagarna blev även påmind om infertiliteten på sociala medier när vänner och de dem följer uppdaterade om deras graviditeter eller småbarnstiden. En deltagare beskriver hur hon kunde känna att föräldraskapet var förunnat alla andra förutom henne.

”Bara att man gick in i en affär så såg man barnkläder och sådant där så blev man ledsen och lade man på tv så var det någon blöjreklam så blev man ledsen. ... Det var som allting och man kom aldrig bort från det heller. Så det var nog tungt.” (Anna)

”Det var någonting, liksom det där att gå på en barnavdelning och se på bebiskläder och bebissaker och bebis, bebis, bebis, det var förunnat alla andra men inte oss.” (Helena)

En deltagare berättade att även hennes egen kropp påminde henne om infertiliteten i samband med att hennes menstruation och ägglossning kom. Det var svårt för henne att komma ifrån tankarna när menstruationscykeln regelbundet upprepades och det dessutom var viktigt att noggrant följa med menstruationscykelns faser för att en ny behandlingscykel

skulle kunna påbörjas vid rätt tidpunkt. Hon berättade även att hennes sambo kunde ha svårt att förstå detta.

”...när man inte är i behandling så snurrar allting kring menscykeln, liksom mensen kommer och ägglossning, mensen och ägglossningen... I något skede var min sambo så där att ”måste du tänka på det hela tiden?” och jaa, det är oundvikligt för min kropp snurrar på i det här systemet och man måste vara alert på det, man slipper inte ifrån det när det händer i ens egna kropp.” (Linnea)

Anpassningar och uppoffringar

Eftersom fertilitetsbehandlingarna ofta följer menstruationscykeln och därför kan vara oförutsägbara kan man ofta behöva anpassa sig efter behandlingarna på kort varsel. Det var långa avstånd till universitetssjukhusen oavsett vilket universitetssjukhus som deltagarna fick vård vid, vilket ledde till att deltagarna behövde uppoffra en hel dag för ett besök dit. Några av deltagarna som genomgick IVF-behandlingar tyckte att det kunde vara besvärligt att inte på förhand kunna planera när de behövde vara borta från arbetet. En deltagare som även genomgått insemination upplevde att hon behövde anpassa sig mera vid inseminationerna och att de var mer stressande än IVF-behandlingarna. Hon nämnde också att fertilitetsbehandlingarna är väldigt oförutsägbara även psykiskt och att hon därför kunde vara tvungen att anpassa sin vardag efter sitt psykiska mående. En annan deltagare påpekade att man är tvungen att anpassa sig mycket efter olika klockslag under fertilitetsbehandlingarna eftersom de hormonella läkemedlen ska tas en exakt tid.

*”...men man ska ju i väg till sjukhuset på ultraljud mitt på dagen och sådant där och sen ”stritt i väg” till *universitetssjukhus* ... det var ju inte som så där att man kunde säga att jag ska ta ledigt om två månader utan det var ju två dagar före att hej nu far jag till *universitetssjukhus* i övermorgon.” (Erica)*

”Det är jättemycket sådana där konstiga tider som man skulle hålla och man satt och väntade på att klockan skulle slå tolv på söndagsnatten och bara ”sprut nu!”.” (Sofie)

6.2.3 Påverkan efter behandlingarna

Två deltagare anser nu i efterhand när fertilitetsbehandlingarna lyckats att infertiliteten till en viss del till och med påverkat dem positivt. En deltagare uppgav att hon tycker att hon blivit mer ödmjuk och att hon fått en större förståelse för att man kan drabbas av infertilitet och andra hälsoproblem oavsett hur hälsosamt man lever, samt att man inte alltid kan påverka sitt hälsotillstånd. En annan deltagare berättade att hon har kunnat vända det negativa till någonting positivt och uppger att hon och hennes anhöriga i dagsläget kan skämta om infertiliteten.

”Så jag tror att jag har blivit en mycket, mycket, mycket mer ödmjuk människa i och med den här barnlösheten, vilket i sig är fint.” (Linnea)

”Nu i dagsläget så pappa min brukar ju tala om att ”var har ni han där som var i frysboxen” alltså vi har ju som gjort det till ett skämt.” (Johanna)

Oro under graviditeten

Tre av deltagarna uppgav att de var mer oroliga under graviditeten på grund av fertilitetsbehandlingarna. En deltagare förklarade att hon till en början inte vågade lita på att graviditeten faktiskt skulle leda till ett barn eftersom det varit mycket motgångar och besvikelser under behandlingarna. Hon berättade även att det var först halvvägs in i graviditeten och när hon började känna fosterrörelser som hon vågade inse att hon faktiskt kommer få bli mamma och då kunde börja förbereda inför barnets ankomst. En annan deltagare uppgav att hon var på flera extra rådgivningsbesök under graviditeten och att hon kände sig extra sårbar eftersom det skulle kännas smärtsamt att förlora det hon kämpat för i flera år.

”Speciellt i början av graviditeten, man hade ju nog haft sina svängar så man vågade inte lita på det. Först var det så där att när jag fick ett plus så tänkte jag så där att det här betyder inte ett barn, utan det här betyder ett plus, att nu ska vi se liksom.” (Linnea)

”...men jag var ju nog paranoid i princip hela graviditeten, jag var mycket på extra kontroller ... det känns så sårbart att man skulle förlora någonting som man har kämpat för i tre år.” (Stina)

Livet går vidare

I princip alla deltagare antydde att infertiliteten glömdes bort endera direkt de hade fått ett positivt graviditetstest eller efter att barnet föddes. När vardagen som småbarnsförälder pågick var infertiliteten ingenting de längre tänkte på och en deltagare uppgav att hon upplevde infertilitetstiden som ett helt annat liv eftersom vardagen förändrades så pass mycket efter barnets födelse. En annan deltagare såg på infertiliteten som hennes prövning i livet som hon nu tagit sig igenom. En deltagare konstaterade också att trots att infertiliteten haft en stor psykisk påverkan på henne så kan hon idag se tillbaka på tiden ur ett mer positivt perspektiv. I stället för att återuppleva de negativa känslorna hon upplevt kan hon idag känna tacksamhet.

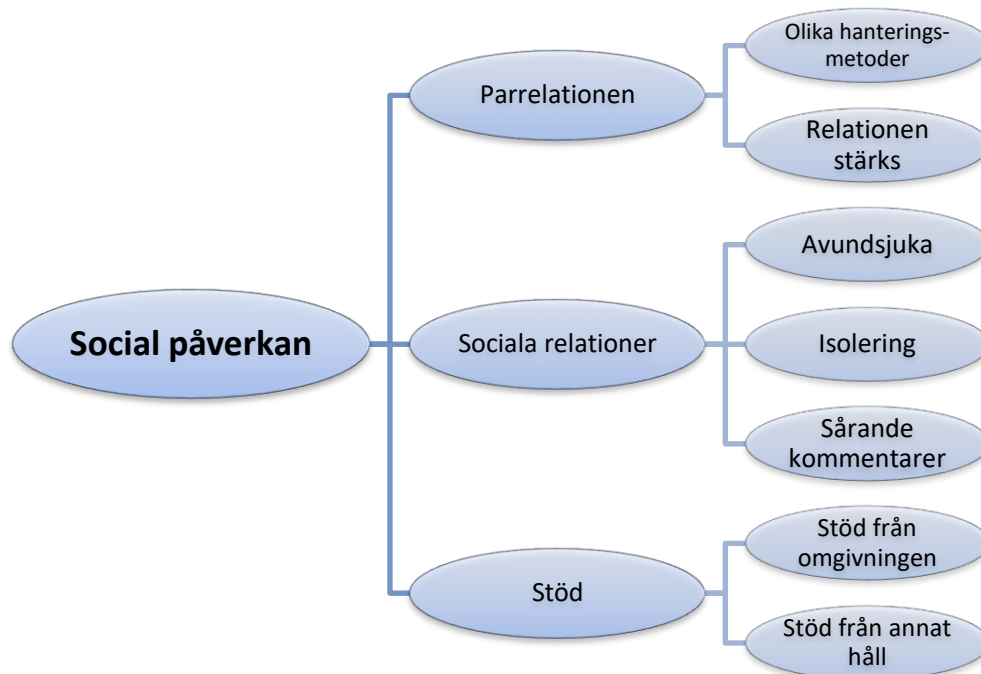
”Jag var så där att nu var vårt problem lagat och fixat att nu var det bakom oss och nu fortsätter vi. Att det var vårt problem i livet” (Erica)

”...jag har ju skrivit en full dagbok och det är tårddroppar i dagboken, men nu har jag ett barn och ett i magen, så nu är det som ”jaja, vi behöver inte tänka på det där något mer”.” (Sofie)

6.3 Social påverkan

Som tidigare konstaterats kan infertiliteten ta upp en stor del av livet vilket ofta påverkar ens sociala relationer, och inte minst parrelationen. Eftersom infertiliteten påverkar båda parterna i allra högsta grad kan detta bli en utmaning i parrelationen, vilket endera kan tära på eller stärka relationen. Sociala relationer utgör en stor del av människans välmående och upprätthållandet av sociala relationer bygger på ärlighet och förtroende. Isolering och känslor såsom avundsjuka kan tära på vänskapliga relationer, medan öppenhet och sårbarhet kan stärka tidigare ytliga relationer. I svåra situationer är stöd från vänner och familj av

betydelse för hantering och bearbetning. I intervjuerna diskuterades deltagarnas egen syn på deras sociala hälsa och hur allt ifrån parrelationen till ytliga relationer påverkas av infertiliteten. Utifrån materialet skapades sju subkategorier som formade tre kategorier; *Parrelationen*, *Sociala relationer* och *Stöd*.



Figur 5. Tema 3 och dess kategorier och subkategorier

6.3.1 Parrelationen

Efter att deltagarna har fått barn är de överens om att parrelationen inte påverkats något desto mer av infertiliteten, men flera deltagare ansåg ändå att det blev en utmaning i relationen när de var inne i fertilitetsprocessen. En deltagare berättade att hon och hennes partner lätt kunde börja skylla på varandra och att det kunde kännas frustrerande att den ena partnern tog mera initiativ till att kontakta vården eftersom det då kunde upplevas som att familjelivet inte är av lika stor betydelse för den andra partnern. En annan deltagare tyckte däremot att det var skönt att hon inte behövde genomgå infertiliteten ensam och att hon och hennes partner kunde stödja varandra igenom processen.

”Det är ju som lite det också att i ett parförhållande så börjar man skylla på varandra, man blir frustrerade. ... Så jag fick ju nog ringa, att han tog inte reda på något telefonnummer. Och då blir det redan också en miss i parförhållandet.” (Helena)

”Så den här parrelationen, vi har skrattat många gånger åt det men nog var det ju tungt just då. Men vi hade ju varandra och det var ju skönt att man var ju inte ensam.”

(Johanna)

Olika hanteringsmetoder

Hälften av deltagarna uppgav att de och deras partner hanterade infertiliteten på olika sätt. En deltagare upplevde att hon och hennes partner hade olika förväntningar på behandlingarna, hon var väldigt optimistisk medan partnern inte vågade ha lika stora förhoppningar, men att de lärde sig att mötas på mitten i takt med att fertilitetsvården framskred. En annan deltagare upplevde att det ibland kunde uppstå kommunikationsproblem med partnern eftersom hon kände att partnern inte påverkades av infertiliteten lika mycket som henne. Två deltagare uppgav att den ena partnern i parförhållandet hade ett större behov av att söka information och diskutera infertiliteten än den andra. En av dessa deltagare förklarade att hon inte förväntade sig att partnern skulle uppfylla hennes behov av att prata om infertiliteten och att hon därför försökte uppfylla behovet och prata om infertiliteten med andra.

”...karln min tog det inte lika hårt, han var mer så där att ”det löser sig” ungefär. Så vi hade kanske lite svårt med att kommunicera och möta varandra där.” (Stina)

”...min man är kanske lite mer grubblande och han skulle ha velat berätta åt folk vad vi går igenom och så där men jag sa att jag inte vill och då tog vi det beslutet att vi håller det hemligt.” (Johanna)

Relationen stärks

Hälften av deltagarna kände att parrelationen stärktes under och efter fertilitetsbehandlingarna, men de konstaterade även att infertilitet och fertilitetsvård inte är någonting som man vill behöva genomgå i en parrelation. En deltagare förklarade att med tanke på att man genomgår infertiliteten tillsammans med sin partner så är det nästan oundvikligt att man kommer varandra närmare. En annan deltagare upplevde att det

underlättade att både hon och hennes partner behövde genomgå fertilitetsutredningar och behandlingar eftersom båda då blev involverade i vården och behövde göra uppoffringar.

”Just under själva IVF-processen upplevde jag nästan att man kom varandra närmare, för man måste nästan det. Det är ju ändå någonting man går igenom gemensamt.” (Stina)

”Vi blev ju nog ett bra team och speciellt det att vår resa var ganska så att först var det hans problem och sedan var det mitt problem så vi har båda två måsta vara den där lidande eller hur man nu ska säga.” (Erica)

6.3.2 Sociala relationer

Alla deltagare förutom en har i varierande grad berättat om infertiliteten till vänner och familj. Vanligen berättade deltagarna om infertiliteten efter att de påbörjat behandlingarna. En deltagare förklarade att hon ville berätta om infertiliteten till omgivningen så att de skulle vara medvetna om hennes situation samt för att undvika få jobbiga frågor kring att skaffa barn. En annan deltagare berättade att hon uppskattade när vänner frågade om fertilitetsbehandlingarna eftersom behandlingarna utgjorde en stor del av hennes liv och vännernas frågor visade att de brydde sig om henne.

”Jag var väldigt öppen med det här till de flesta runt mig. ... de vet ju om det då och behöver kanske inte fråga att ”ska ni inte skaffa barn snart” och så där.” (Aurora)

I intervjun med deltagaren som inte berättat om infertiliteten till omgivningen framkom det att hennes sociala relationer inte påverkades. Hon var dock även tydlig med att poängtera att hon inte ville att infertiliteten skulle vara huvudfokuset i hennes liv. Anledningen till att hon höll infertiliteten hemlig var att hon inte ville känna någon press från omgivningen eller skapa falska förhoppningar ifall behandlingarna skulle misslyckas. Hon förklarade även att hon ville kunna få tänka på annat än infertiliteten när hon träffade vänner och familj. Detta för att omgivningen skulle se henne för den hon är och behandla henne som vanligt utan att tycka synd om henne för vad hon genomgår.

”Det var så skönt att inte behöva tala med allt och alla om det, att jag är inte IVF utan jag är fortfarande jag.” (Johanna)

Avundsjuka

Avundsjuka kom på tal i fem deltagares intervjuer, varav samtliga höll med om att de kunde känna avundsjuka när någon i omgivningen exempelvis berättade att de var gravida. Känslorna var motstridiga när de samtidigt ville vara glad för den andres skull och deltagarna kunde känna skam över dessa känslor. En deltagare beskrev känslan som ”avundsglädje” och förklarade att det varit tungt att närvara i sociala sammanhang där känslan uppkommer. En annan deltagare tyckte också att livet kunde kännas orättvist när andra blev gravida.

”Men man är som ”avundsglad”, och det är inte allt jämt så kul att finnas med där man måste känna avundsglädje, utan man kanske hellre i stället är hemma eller umgås med några andra eller gråter i fred.” (Sofie)

”Men under det där första halva året så kändes det orättvist att varför får de ett barn? Jaa, både avundsjuk och kände att hela livet på något sätt var orättvist.” (Aurora)

Isolering

I intervjuerna framkom det att en del av deltagarna i vissa situationer behövde ta avstånd ifrån vänner under fertilitetsprocessen. En oro över att träffa vänner och bekanta kunde finnas och ibland tog deltagarna avstånd från tillställningar som var förknippade med barn eller andras graviditeter. En deltagare berättade att hon medvetet ofta valde att umgås med vänner som inte hade barn för att inte behöva diskutera vännernas barn och föräldraskap. Hon berättade även att hon avstått från tillställningar såsom en väns babyshower i och med att hon vid den tidpunkten fått dåliga besked om hennes IVF-behandling och att hon då inte orkade glädjas åt sin väns graviditet. En annan deltagare uppgav att det kunde kännas jobbigt att träffa vänner som hon inte hade sett på länge eftersom det fanns en rädsla för att någon skulle berätta att de var gravida och att familjeliv och infertiliteten då skulle komma på tal. Hon behövde även avskärma sig ifrån sociala medier för att undvika att behöva se när bekanta berättade om deras graviditeter. Ytterligare en deltagare berättade att hon blev

tvungen att helt och hållet ta avstånd ifrån en av hennes bästa vänner som blev gravid och att hon kunde återuppta kontakten med vännen först efter hennes eget barns födelse.

”Så det blev ju nog till att jag i ganska många situationer isolerade mig. Eller inte isolerade mig på det viset men jag valde att umgås med kompisar utan barn, eller så valde jag att inte fara på tillställningar.” (Sofie)

”Men ibland drog man sig, om vi skulle ha någon träff allihop så kunde man fundera att ”jaa, vem ska säga att de är gravid nu då?”. Det fanns ändå en rädsla.” (Stina)

Sårande kommentarer

Hälften av deltagarna hade under fertilitetsprocessen fått sårande kommentarer ifrån människor i deras närhet, varav två deltagare hade fått frågor kring ”om det inte börjar vara dags att skaffa barn”. Detta sårade deltagarna eftersom de då redan kämpade med infertiliteten. En av dessa deltagare berättade om en händelse när en bekant kommenterat att deltagaren och hennes partner inte blir yngre och att det därför borde vara dags för dem att skaffa barn. Detta upplevdes som väldigt sårande och hon berättade att hon många gånger irriterat sig på människor som lagt oförsiktiga kommentarer. Hon gav dock även ett exempel på en annan bekant som på ett bra och försiktigt sätt frågade hur hon och hennes partner tänker kring barn och om de har svårt med att bli gravida. Hon kunde då tryggt och ärligt berätta om deras infertilitet. Den andra deltagaren berättade att hon alltid haft en stark barnlängtan och att hon långt före hon blev gravid köpt och samlat på barnsaker till sina framtida barn. I och med detta fick hon kommentarer av hennes mamma som upplevdes som hånande angående att nu när hon har en partner så borde de fokusera på att skaffa barn i stället för att endast skaffa barnsaker.

”...men då var det ju en annan bekant som inte gjorde så utan mer att ”jaja att inte blir ni ju yngre ni heller att ska inte det vara dags nu att skaffa något smått” och sådant där. Och det är ju klart att det är väldigt sårande kommentarer.” (Erica)

”...så sa ju då mamma och typ skrattade att ”nu har du ju en karl men du måste ju skaffa dem där barnen nu först också”, massa sådana där skitkommentarer. Och då visste jag ju att det är inte alls bara så där att skaffa.” (Helena)

Ytterligare två deltagare berättade om sårande kommentarer de fått från omgivningen. En av dessa deltagare besvärades under fertilitetsbehandlingarna av svullnad från de hormonella läkemedlen och en bekant ifrågasatte henne då hur hon ska klara av att vara gravid då hon besväras så mycket av endast fertilitetsbehandlingarna. Deltagaren konstaterade att trots graviditetssymtom är det lättare att vara gravid eftersom man då är medveten om att illamåendet och symtomen i slutändan kommer att vara värt det. Den andra deltagaren berättade att det är irriterande när andra anser att det är deras egen förtjänst att de snabbt blivit gravida och därmed antyder att deltagaren och hennes partner gör någonting fel.

”...jag minns att jag fick en kommentar att ”om du mår så här dåligt av det här, hur ska det gå om du sedan någon gång blir gravid? Då känns det nog mer än en falukorv i magen”. Jag skulle ha velat gett en rak höger! För att då odlar man ju faktiskt en unge och inte bara odlar några ägg som kan vara totalt (jävla) värdelöst.” (Sofie)

”Och kanske det som är det jobbigaste är när folk blir gravida lätt och att dom tänker att det är för att dom själva har varit så duktiga, att det är deras egen förtjänst liksom och att dom då tycker att man själv liksom gör något fel.” (Linnea)

6.3.3 Stöd

Som tidigare konstaterats är infertiliteten ofta psykiskt påfrestande och trots stöd från partnern kan även utomstående stöd behövas. Alla förutom en deltagare kände att de behövde någon form av utomstående stöd. En deltagare önskade att hon hade fått träffa och kunnat ta stöd av personer i hennes omnejd som också genomgår fertilitetsbehandlingar och är i liknande situation som henne. En annan deltagare konstaterade dock att oavsett hur mycket stöd man får så behöver man också få vara ifred och bearbeta infertiliteten på egen hand.

”Men det är så tufft att gå igenom den här processen mentalt, så har du ingen som du berättar det åt så blir det tungt.” (Helena)

”Sedan tror jag att oavsett hur mycket stöd man får så behöver man ibland få vara ifred och deppa ihop emellan varven och så kanske man kan fortsätta igen.” (Sofie)

Stöd från omgivningen

De deltagare som berättade om sin infertilitet fick bra psykiskt stöd från deras omgivning. De hade alla en eller flera vänner eller familjemedlemmar som de kunde få stöd och tröst av i tunga perioder men som de även kunde dela sin glädje med vid positiva besked. En deltagare berättade att en stor orsak till att hon var öppen med infertiliteten var att hon ville få stöd av omgivningen om behandlingarna skulle misslyckas. Två deltagare berättade att de utöver det psykiska stödet även fått ekonomiskt stöd av familjen för att kunna fortsätta fertilitetsvården.

”Jag har tänkt så där att hur det än går så vill jag vara öppen med det just eftersom om det går dåligt och vi inte kan bli föräldrar så tycker jag att det är bra att jag får berätta det.” (Aurora)

”...alltså vi har haft fantastiskt stöd. Det har varit superbra, både ekonomiskt och psykiskt stöd.” (Sofie)

De deltagare som berättade om infertiliteten på sin arbetsplats hade fått bra stöd av sina kollegor och de ställde ofta upp vid arbetsfrånvaro på grund av deltagarnas fertilitetsvård. En deltagare berättade att hennes kollegor tog hänsyn till hennes fysiska mående under fertilitetsbehandlingarna och tillät henne att vid behov vila under arbetsdagen. Arbetskollegorna gav också ett stort psykiskt stöd, en annan deltagare berättade att kollegorna respekterade hennes psykiska mående genom att låta henne sörja vid negativa besked och under tunga perioder. En tredje deltagare berättade att hon fann en kollega som också hade genomgått fertilitetsbehandlingar som hon kunde diskutera och utbyta erfarenheter med samtidigt som de arbetade. Ytterligare en deltagare berättade att hennes kollegor blev så involverade i hennes fertilitetsprocess så att de ännu idag berättar hur de

kommer ihåg den genuina glädjen de kände när deltagaren berättade att hennes behandlingar hade lyckats.

”...allihop i personalen visste av situationen. Så de kunde fråga hur jag mådde och jag var ganska trött så de såg till att jag kunde vila extra” (Stina)

*”Den där ena kollegan säger ännu idag att hon minns så tydligt då jag hade skickat att nu har vi varit i *universitetssjukhus* och det lyckades och allihop av de där närmaste kollegorna började ju nästan gråta för de hade ju varit lika länge med i den där processen som jag.” (Erica)*

Stöd på annat håll

Några deltagare hittade även stöd på annat håll. Två deltagare fann stöd via podcasts som handlade om infertilitet och en tredje deltagare fann stöd via en ytligt bekant på sociala medier som höll på med fertilitetsbehandlingar samtidigt som henne. Av dessa uttryckte två deltagare att de kände en stor samhörighet med personer som inte stod dem nära men som öppet berättade om sin fertilitetsprocess medan de ännu genomgick behandlingar. En av deltagarna förklarade att det visserligen fanns en tröst i att få höra före detta barnlösa berättelser om att behandlingarna lyckats, men att hon lättare kunde relatera till ovissheten och hotet om att fertilitetsbehandlingarna inte lyckas hos de som ännu inte blivit gravida. En annan deltagare konstaterade också att det ofta kan vara lättare att ta stöd av någon som inte står en så nära.

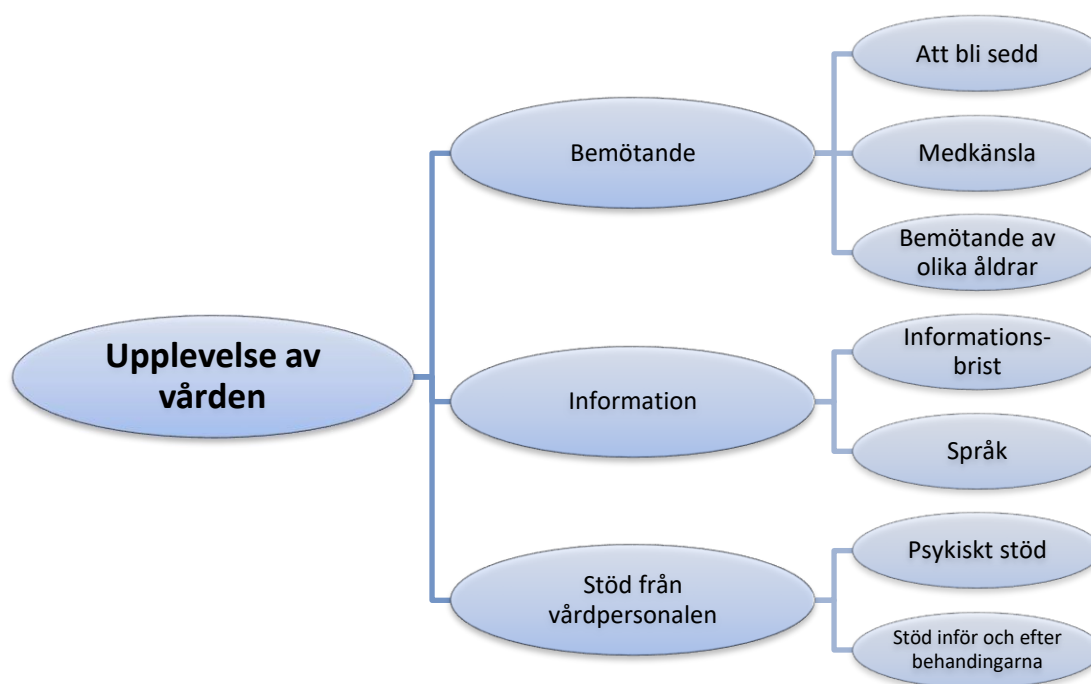
”Det fanns en podd som hette ”Ruvarpodden” som jag lyssnade på som hjälpte mig psykiskt jättemycket så det var väl som psykologhjälp.” (Anna)

”En podd som jag tycker är jättebra är ”Jag vill ha barn” ... hon hade flera gäster som var just nu i sin process, de hade ännu inte fått barn, och det upplever jag som väldigt värdefullt.” (Linnea)

”Det kändes ändå ganska skönt att man på avstånd kunde diskutera och ändå vara ganska öppen så hon (ytligt bekant) var nog ett stort stöd under hela det här.” (Stina)

6.4 Upplevelse av vården

God vård skapar bättre förutsättningar för en god hälsa. Par som genomgår fertilitetsvård har frekvent kontakt med vårdpersonalen och familjens framtid läggs i vårdens händer. Detta skapar ett behov av tillit till vården och redan vid det första mötet med vårdpersonalen sätts grunden för denna tillit. Kontakten mellan paret och vårdpersonalen skapar en speciell relation som ibland kan pågå i flera år. Vårdpersonalens bemötande behöver vara professionellt men vänligt och paret behöver känna sig sedda för att skapa trygghet och förutsättningar för en sund vårdrelation. Informationsutbytet mellan paret och vårdpersonalen bygger på ärlighet och bör fungera smidigt och vara tydligt för att undvika missförstånd som i värsta fall kan leda till onödiga komplikationer och biverkningar. Under fertilitetsprocessens gång behöver paret få höra stödjande och uppmuntrande ord och professionell rådgivning av vårdpersonalen utgör en stor del av vården. Med andra ord kan man konstatera att vården påverkar kvinnans hälsa ur alla tre aspekter i allra högsta grad. I intervjuerna diskuterades kvinnornas upplevelse av vården och vilken inverkan vården haft på deras hälsa. Utifrån svaren identifierades sju subkategorier som i sin tur bildade tre kategorier; *Bemötande*, *Information* och *Stöd av vårdpersonalen*.



Figur 6. Tema 4 och dess kategorier och subkategorier.

6.4.1 Bemötande

Deltagarna tillfrågades om de är nöjda med vården de fått samt hur de upplevde vårdpersonalens bemötande. Över lag var de flesta deltagare nöjda med både vården och bemötanden, endast en deltagare var ordentligt missnöjd med vården på ett centralsjukhus. Missnöjet grundade sig på flera faktorer, bland annat att hon upplevde att hon blev orättvist bemött på grund av sin ålder samt att hon fick utstå okänsliga kommentarer. En annan deltagare berättade däremot om ett mycket positivt bemötande när en sjukskötare på ett av universitetssjukhusen hade memorerat hennes namn på förhand och ofta kontrollerade hur deltagaren mådde. Denna sjukskötare upplevdes som närvarande samt att hon värdesatte sitt arbete högt.

”Första gången när vi var dit så, alla läkare och sjukskötare har ju inte memorerat namnen, men hon (sjukskötare) nämnde mig vid namn varenda gång” (Stina)

*”Så vården på *centralsjukhus* tyckte jag nog inte alls om faktiskt, jag gick nog inte därifrån en enda gång utan att gråta faktiskt.” (Anna)*

Två deltagare berättade att trots att vårdpersonalen hade ett gott bemötande så var det första besöket med fertilitetsvården jobbigt för dem. Deltagarna kom då till insikt med att de kommer behöva genomgå fertilitetsbehandlingar, vilket hos den ena deltagaren skapade en rädsla och hos den andra en sorg. En av deltagarna beskrev det som att det sista hoppet om att kunna bli gravid på naturlig väg försvann när infertiliteten plötsligt blev så definitiv, vilket hon var tvungen att sörja innan hon kunde fokusera på hur vården skulle fortskrida.

”Så det där besöket, de var jättevänliga på alla sätt och vis, men jag tror ju nog att jag ändå blev rätt så rädd också.” (Helena)

”Men personligen var jag ganska ledsen efter första träffen för att det blev som på något vis en punkt för mig när jag insåg lite så där att det här kommer inte gå av sig själv.”

(Linnea)

Att bli sedd

Två deltagare berättade att de hade samma vårdpersonal under hela fertilitetsvården, vilket skapade en trygghet och fick dem att känna sig sedda. En av dessa hade kontakt med fertilitetsvården under en lång tid och beskrev det som att hon fick en bra relation till vårdpersonalen och att de nästan lärde känna varandra. Detta skapade även ett förtroende för vårdpersonalen.

”...vi hade supersjukskötare där. Vi hade den här samma hela tiden så det var en trygghet.” (Stina)

”...vi hade samma läkare nästan varje gång och vi gick ju där i flera år, för vi gick alla 3 kommunala IVF-försök som man får. Man fick ju jättebra kontakt med dem” (Sofie)

Två av deltagarna påpekade under intervjuerna att vårdpersonalen fick dem att känna sig sedda under men även efter behandlingarna när de meddelat vårdpersonalen om deras graviditet. Deltagarna upplevde att vårdpersonalen blev genuint glada för deras skull och fick dem att känna sig speciella. En annan deltagare beskrev däremot att hon nog kände sig sedd av vårdpersonalen under behandlingarna, men när hon senare meddelade att hon blivit gravid kände hon dock sig endast som en i mängden. Hon berättade att hon ett år efter barnets födelse skickade ett brev med bilder för att berätta om hur hennes liv förändrats sedan IVF-resan och hur tacksam hon är för vårdpersonalens hjälp. Tyvärr fick hon aldrig något svar, vilket fick henne att känna sig som endast en siffra i statistiken.

”Ja och just då man ringde och berättade resultatet så kändes det som att de var genuint glada över att det hade lyckats. Det kändes inte som att man bara var en i mängden.”

(Stina)

”...de var som några änglar hela personalen men sedan så ändå då man far hem och sedan då det har lyckats att då är det nog, då är man någon statistik och då är man en i mängden. Ungefär att meddela om det har lyckats att tack och hej.” (Helena)

Medkänsla

I intervjuerna framkom det att deltagarna önskade att vårdpersonalen utan att vara för medlidande ändå visade medkänsla. Några deltagare uttryckte att det var speciellt viktigt för dem att vårdpersonalen var empatiska. En deltagare berättade hur nervositeten inför äggpocket lindrades när vårdpersonalen fanns där för henne genom att hålla handen på hennes axel och se henne i ögonen. En annan deltagare önskade att vårdpersonalen emellanåt skulle vara mera känslig med vad de säger, och ytterligare en deltagare tyckte att kommentarerna ibland kunde vara hårda, men uppskattade samtidigt ärligheten.

”...jag hade en sjukskötare som hela tiden höll handen på axeln så där och såg mig i ögonen. Hon var så gullig den där kvinnan så man skulle som velat ha skickat en ros till henne bara för att hon var där, jag behövde inte alls vara nervös” (Johanna)

”Att det är klart att då kändes det väldigt hårt på något sätt då hon säger att det inte är säkert att ni kan få barn. Att vi ska ju försöka vad vi kan och då upplevde man ju det ganska hårt. Men det är ju klart att man skulle ju inte vilja höra någonting som man inte kan lova heller.” (Erica)

Två deltagare tyckte däremot att vårdpersonalen kunde visa väl mycket medkänsla och medlidande. En deltagare förklarade att hon uppskattade att vårdpersonalen var vänliga, men att hon samtidigt ville ha ett professionellt bemötande eftersom de trots allt inte är hennes vänner. Hon nämnde även att om vårdpersonalen är sakliga och tydliga så känner man ett förtroende för dem. En annan deltagare berättade att det fanns tillfällen när hon kände sig mera sjuk och ynklig än vad hon egentligen var på grund av att hon fick en känsla av att vårdpersonalen tyckte synd om henne och behandlade henne som om hon vore sjuk.

”Alltså de har varit supergulliga, ”alltså hur är det vännen? Är du okej? Skulle du vilja ha någonting? Kakao, te, trip? Säg bara vad du än vill ha! Skulle du vilja ha en vätekudde? Ska jag gå efter yllestrumpor åt dig?” och då blir man ju lite så där ”alltså det är synd om mig!”. För att de var så jätteomhändertagande.” (Sofie)

”...hon var lite så där att hon satte huvudet på sned och var så där att ”jaha, nu ska vi hoppas på att det är er tur”, lite för medlidande, det tyckte jag var jättejobbigt. ... de är ju inte ens vänner, utan man är där för att få vård” (Linnea)

Bemötande av olika åldrar

Några deltagare upplevde att deras ålder var av betydelse för hur de blev bemötta av vårdpersonalen. Den deltagare som var äldst när hon sökte vård, vid tidpunkten 36 år, upplevde att vårdpersonalen fokuserade mycket på hennes ålder och påpekade att hon borde ha sökt vård tidigare. Två av de tre yngsta deltagarna, som då var mellan 23 och 25 år, upplevde däremot att de inte togs på allvar. Ena deltagaren blev uppmanad att försöka bli gravid på egen hand ytterligare ett år trots att hon redan försökt i flera år. Den andra deltagaren upplevde att vårdpersonalen inte tog hennes oro på allvar i och med att de lovade henne att hon förr eller senare kommer bli gravid.

”...och då söker vi läkarhjälp och så får vi ännu det bekräftat att ni skulle ha fått komma tidigare, och uppmaning kring det här att ni börjar vara ganska gamla.” (Helena)

”...första jag fick emot mig var ganska så där att ”jaa, försök nu ännu ett år, du är så ung ännu”.” (Aurora)

”... den där läkaren sa ju att det inte är nå bråttom att hon vet ju med 100% säkerhet att jag kommer blir gravid förr eller senare för jag är så ung.” (Anna)

Hos samma unga deltagare sjönk också förtroendet för vården efter att de fått en respektive två okänsliga kommentarer av vårdpersonalen. En av dessa deltagare fick en kommentar om ifall hon och hennes partner verkligen förstår hur man blir gravid eftersom någon orsak till infertiliteten inte hittades. Deltagaren tolkade kommentaren som att vårdpersonalen beskyllde dem för att göra någonting fel. Den andra deltagaren blev lovad av en läkare att hon någon gång kommer få ett biologiskt barn, vilket läkaren inte med säkerhet kunde veta. Hon fick även en okänslig kommentar om att hon ska ”gå hem och dricka grädde” eftersom hon behövde gå upp i vikt. Deltagaren upplevde dessutom att vårdpersonalen försökte skjuta fram behandlingarna eftersom vikten inte kom på tal förrän utredningarna var färdiga.

*”Jaa så när vi slutligen kom till *universitetssjukhus* så skämtade de så där oförsiktigt med oss att om vi verkligen vet hur man lagar barn eftersom det inte fanns något fel på oss.” (Aurora)*

”Och till sist då man har gjort allt så tyckte de att jag ska nog gå upp i vikt jag. Jag ska gå upp 5 kilo att vi kan ju vänta ett halvt år sa dem då, då man trodde att det började närma sig någonting. Gå hem och drick grädde sa läkaren” (Anna)

Åldern påverkade även hur länge deltagarna behövde vänta på att få påbörja utredningarna. Den äldsta deltagaren fick påbörja utredningarna tre månader efter att remissen till centralsjukhuset skickades, medan de yngre fick vänta betydligt längre, varav den ena blev tvungen att vänta nästan ett år. Den andra unga deltagaren berättade att när hon ringde för att ta reda på när hon skulle få påbörja utredningarna fick hon veta att det inte varit någon kö vilket gjorde henne upprörd eftersom hon då hade väntat på en tid i flera månader. Hon fick än en gång upplevelsen av att vården försökte skjuta fram påbörjandet av utredningarna.

”... hon sa bara att hon ger en remiss och i och med att jag är så pass gammal så kommer jag säkert snabbt att få en tid. Och det fick jag också.” (Helena)

”... jag sa det till sist att jag förstår att det är kö och många som är äldre än oss, jag var ju 23 år. Men då sa hon i telefon att ja vi har ingen kö, nej det är nog inte alls någon kö eller någonting. Så då blev jag nog lite arg. Att det kändes som att de försökte skjuta upp det för att jag var så ung kanske.” (Anna)

Även andra deltagare upplevde att utredningarna tog lång tid och att det var mycket väntande mellan besöken. Dock genomgick några deltagare utredningarna och behandlingarna under coronapandemin, vilket kan ha inverkat på väntetiderna. En deltagare beskriver att hon fick vänta i ett halvår innan utredningarna påbörjades. Flera deltagare nämnde också att det kändes frustrerande när utredningarna var uppdelade på flera besök och att det bara utreddes en sak i taget. En del prover behöver tas i en viss menstruationsfas och deltagarna kunde bli tvungna att vänta en hel menstruationscykel innan nästa prov kunde tas. Några deltagare ansåg också att detta är någonting som vården skulle kunna förbättra.

”Att från det här första papa-prov delen som var på våren så fick vi tid först i oktober så vi väntade ett halvår på att få fara på en utredning som tog en halv timme.” (Johanna)

”Det är som en sak i gången. Jag skulle vilja att när man tar kontakt så får man en tid och så gör man alla de här undersökningarna.” (Stina)

6.4.2 Information

De flesta av deltagarna hade ett stort behov av att hitta information. Utöver informationen de fick från vården sökte de även efter information på internet och sociala medier. Deltagarna ville läsa om andras erfarenheter men även få fakta om exempelvis olika behandlingsmetoder. En deltagare hade själv försökt ta reda på fakta om hur behandlingarna skulle gå till, men hade först efter att hon genomgått behandlingarna förstått att hon bara genomgått en av flera behandlingsmetoder.

”...den mesta infon jag fick så googlade jag faktiskt fram och var med i Facebook-grupper där man fick stöd av folk som varit med om liknande upplevelser.” (Aurora)

”...klart att man är ju själv intresserad så man läser ju på att vad är det som ska ske men det finns ju flera olika behandlingsmetoder jag har ju lärt mig efteråt att det här var ju tydligen bara en av flera olika man kan göra” (Johanna)

Två deltagare berättade att de fått tillgång till en mobilapplikation under vårdperioden som de kunde använda för att ha kontakt med vårdpersonalen. Detta ansåg de underlättade informationsutbytet eftersom de via mobilapplikationen fick både praktisk information om tidsbokningar och behandlingar men de kunde även ta upp funderingar och orosmoment med vårdpersonalen. Deltagarna hade kontakt med samma vårdpersonal via applikationen under hela vårdperioden, vilket kändes tryggt och främjade vårdrelationen. De kunde skriva till vårdpersonalen när som helst under dygnet och få svar följande morgon vilket deltagarna uppgav var till fördel eftersom frågor och funderingar ofta dykte upp på kvällen. De slapp då vänta till nästa dag och behövde inte heller sitta i telefonköer under arbetstid. I detta stycke har de fiktiva namnen valts att lämnas bort med motiveringen att det inte ska gå att

kunna koppla deltagarna till ett centralsjukhus och därmed riskera avslöja någonting om deras boendeort.

”Att det var ju som väldigt enkelt på något sätt att då man skrev där så var det ju ett par, två eller tre från sjukhusets sida som connectade till den där min kedja så det var ju som så enkelt.”

*”...det är så smidigt att ha den här appen som man kan skriva i när som helst på dygnet och man behöver inte sitta i någon (jävla) telefonkö eller något sådant. *Skratt* Det är supersmidigt, det underlättar jättemycket.”*

Informationsbrist

Deltagarna tillfrågades om de tyckte att de fått tillräckligt med information under fertilitetsvården. De flesta deltagare var nöjda med informationen de fått, men tre deltagare påpekade att de önskade få mera information av vårdpersonalen samt att information på svenska om fertilitetsvård i Finland skulle finnas mer lättillgängligt. Två av deltagarna tyckte att det var svårt att veta vem de kunde kontakta när de ville få hjälp med infertiliteten. Det blev svårare att ta det första steget till att söka vård när de inte hade någon kontakt med vården sedan tidigare. En av deltagarna säger sig förstå varför en del söker vård via den privata sektorn eftersom det kan kännas lättare att ta kontakt dit. En annan deltagare påpekade att det finns lite svenskspråkig information om fertilitetsvård som gäller i Finland och att det även är svårt att hitta finskspråkig information eftersom man behöver kunna den rätta terminologin för att ta sig fram till trovärdig information.

”Men då man inte är inkopplad på rådgivning eller då du inte har barn från tidigare så vet man ju knappt vart och vem och hur, så jag förstår att många söker sig privat.” (Johanna)

”...speciellt att hitta som finlandssvensk, att hitta information på svenska som gäller Finland så är ju ännu värre. Liksom jag kan ju nog finska men jag visste ju inte heller på vilka sökord som jag skulle börja söka på.” (Helena)

En deltagare påpekade att hon önskade att hon skulle fått mera information om vad som kommer ske redan på det första mötet med fertilitetsvården. Hon hade velat få mera information om vilka utredningar som skulle göras och att vårdpersonalen skulle ha gjort upp en vårdplan som hon också skulle få ta del av. Hon nämnde att hon nog fick information vart efter vården framskred men att det skulle varit lugnande att direkt få veta vilka olika behandlingar och alternativ som finns. En annan deltagare nämnde dock att hon var nöjd med informationen som hon fick på det första besöket. Hon berättade att hon direkt fick veta att hon kommer få IVF-behandling och fick information om hur det går till och vilka risker som finns med behandlingen.

”...men delvis önskar jag att man kunde ha gått igenom allting bättre från första början. På det första mötet så sa de egentligen ingenting mer än att vi kommer ta de här proverna nu, att det skulle kanske varit bra att få veta att det här börjar vi med och fungerar inte det så går vi över till det här eller det här eller det här.” (Aurora)

”Hon (läkare) var som så säker och lugn på sin sak och riktigt att hon sa att ”det verkar som du har endometriosis och i så fall så är det IVF som ger bäst resultat, att ni har försökt så länge” och så presenterade hon lite risker och IVF så där i korthet” (Johanna)

Det vore viktigt att vårdpersonal försäkras sig om att patienten förstår vad olika utredningar och behandlingar innebär. En av deltagarna berättade om ett missförstånd som uppstod mellan henne och en gynekolog som ledde till att deltagaren felaktigt trodde att hon skulle genomgå en operation. Gynekologen spekulerade i att hon trodde att det kunde bli aktuellt för deltagaren att genomgå en laparoskopi när gynekologen skickade remiss för fertilitetsutredningar till centralsjukhuset. Deltagaren tolkade gynekologens uttalande som att det var bestämt att hon skulle behöva genomgå en laparoskopi och eftersom gynekologen inte informerat henne om vad en laparoskopi innebär så försökte deltagaren på egen hand söka information på internet. Det slutade med att hon trodde att hon skulle genomgå en titthålsoperation redan på det första besöket vid centralsjukhuset, vilket i själva verket inte alls stämde. På centralsjukhuset gjordes endast rutinundersökningar och hon behövde aldrig genomgå någon laparoskopi. Denna händelse skapade onödig oro och rädsla hos deltagaren som hade kunnat förhindrats genom tydligare information av vårdpersonalen.

*”Hon pratade om det, det här att hon tror att de skulle kunna utföra laparoskopi. Jag far liksom halvt skräckslagen hem från gynekologen, att vad arma dagar var det så här grymt? ... ingen hade ju sagt till mig vad som kommer ske under den här undersökningen *datum*, så jag var faktiskt livrädd för jag tänkte ju att jag ska på en tillhålsoperation. Nu inser jag ju efteråt att det var ju inte alls så.” (Helena)*

Två deltagare fick även bristfällig information på grund av vårdpersonalens okunskap på hälsovårdscentralerna. Den ena deltagaren fick inte svar på om hennes blodprover var inom referensvärdena eftersom vårdpersonalen inte hade kunskap till att avläsa blodprovsvaren. Vårdpersonalen kunde inte heller hänvisa deltagaren till någon annan utan tyckte att deltagaren skulle vänta till hösten och prova ringa samma nummer igen. Den andra deltagaren upplevde också ett tillfälle när en läkare inte kunde svara på orsaken till att hennes partners spermaanalys var avvikande, utan remitterade endast vidare till centralsjukhuset. Paret blev tvungna att gå flera månader ovetandes om avvikelsen berodde på något allvarligare, såsom cancer. Deltagaren berättade även att detta var en tuff tid för hennes partner när han inte visste om han var sjuk och hur framtiden i så fall skulle se ut.

”...jag minns att jag någon gång ringde och kollade upp nå blodprover och då sa den här rådgivningsdamen bara att ”nej, men jag kan inte läsa det här”. Men kan du hjälpa mig då? Alltså vart ska jag fara som följande så sa hon att ”nej, men du måste nog ringa på nytt sen till samma nummer fast på hösten”.” (Johanna)

”...så svänger hon sig mot honom (partnern) och säger då men ditt (spermaanalys) var avvikande, men jag förstår ingenting så vi lägger remiss till sjukhuset. ... det var ju jättestor chock förstås och ja, vi visste inte alls vad det betydde. Betyder det att han har cancer eller har han, ja det kunde ju vara vad som helst.” (Erica)

Språk

I alla intervjuer kom språket på tal. Alla deltagare hade svenska som modersmål, men en del av vården gick på finska. På centralsjukhusen fick flera deltagare vård på svenska, men på universitetssjukhusen under äggplock och embryoinsättning så pratade en stor del av

vårdpersonalen finska. Några deltagare upplevde dock att somliga i vårdpersonalen försökte sitt yttersta med att kommunicera med dem på svenska. Eftersom universitetssjukhusen finns på finskspråkiga orter så förväntade deltagarna sig inte att de skulle bli bemötta på sitt modersmål, men trots detta var alla deltagare nöjda med vården de fått där.

*”Ja men i *universitetssjukhus* så pratade de ju bara finska och jag var inte alls bra på finska men jag var ändå jättejättenöjd.” (Anna)*

”...de visste ju att vi var svenska och de sa att ”nej, prata svenska ni bara” att det var någon som förstod svenska och de svarade på finska.” (Johanna)

Vårdpersonalen försökte kommunicera med de deltagare som hade svårt med finskan på andra sätt. En deltagare berättade exempelvis att vårdpersonalen erbjöd sig att prata engelska med henne men hon konstaterade att det ändå gick lättast att prata finska eftersom vårdpersonalen hade svårigheter med att kommunicera och förklara på engelska. En annan deltagare berättade att hon hade en svenskspråkig sjukskötare som kunde översätta vad den finskspråkiga läkaren förklarade. Ingen av deltagarna hade blivit erbjudna tolk, utan vid kommunikationsproblem var det oftast vårdpersonalen som försökte översätta i mån av möjlighet.

*”På *universitetssjukhus* där vi fick de här behandlingarna så först och främst så var språket ganska svårt i och med att vi behövde prata finska. De sa att vi får prata engelska men det blev nästan ännu svårare” (Aurora)*

”...vi kunde ha en finsk läkare men vi hade alltid med den här sjukskötaren som kunde svenska. Hon gav egentligen all information” (Stina)

Två deltagare berättade att de även fick den skriftliga informationen från universitetssjukhusen på finska. En av dessa deltagare ansåg att hon ändå fick bra information om behandlingarna ifrån hennes centralsjukhus så att ingenting lämnade oklart. Den andra deltagaren tyckte däremot att instruktionerna för medicineringen kändes osäkra

eftersom både den skriftliga och muntliga informationen gavs på finska. Hon berättade att hon fick använda sig både av översättningstjänster och fråga vänner för att försäkra sig om att hon förstått instruktionerna rätt. Hennes uppfattning var att hon fick tillräckligt med information men på fel språk.

*”Alla papper och allting som kom från *universitetssjukhus* var på finska men på *centralsjukhus* var de noga med att vi hade förstått” (Stina)*

*”...sen då det kom hem pappren från *universitetssjukhus* så var det ju på finska och det var en massa mediciner som man skulle ta ut, vart skulle man fara efter medicinerna? ... jag Google translate:ade mig fram till massa saker och antog att så där ska det vara och frågade av en kompis i något skede att vad betyder det här ordet och sådant.” (Johanna)*

6.4.3 Stöd från vårdpersonalen

Deltagarna tillfrågades om de var nöjda med stödet de fått från vårdpersonalen. De flesta var över lag nöjda med stödet, men några deltagare skulle ha velat ha mera stöd inför injektionerna samt mera psykiskt stöd. En deltagare var nöjd med stödet och vården hon fått vid universitetssjukhuset och inom den privata sektorn, men var missnöjd med stödet från centralsjukhuset. En annan deltagare var nöjd med stödet hon fått vid båda sjukhusen. Hon berättade att hon blev positivt överraskad över hur mycket fokus som lades på hennes mående.

*”Jaa, alltså jag är nog supernöjd, riktigt nöjd, både med det stödet vi har fått från *centralsjukhus* och det stödet vi har fått från *universitetssjukhus*. ... Mycket fokus på hur man mår. Det trodde jag inte, jag trodde mer att det skulle vara in och så ut.” (Stina)*

En annan deltagare upplevde att även hon fått bra stöd under mötena med vårdpersonalen, men konstaterade även att man också behöver stöd från annat håll eftersom vårdpersonalen inte finns tillgänglig utanför sjukhusets väggar. Dock framkom det att bland de deltagare som använt sig av centralsjukhusets mobilapplikation var tröskeln till att ta kontakt med

vården lägre och deltagarna kunde på så vis även hemifrån få stöd av vårdpersonalen. Via mobilapplikationen hade de kontakt med samma personal under hela vårdprocessen vilket gjorde att kontakten blev genuin och att vårdpersonalen lättare kunde stödja deltagarna eftersom de var insatta i deras vård. Även i detta stycke har det fiktiva namnet uteslutits efter citatet om mobilapplikationen.

”Så där allmänt är jag nöjd och jag upplever att stödet absolut fanns av all vårdpersonal då man var där, jag menar det är inte precis så att de ringer och frågar av en ”hur mår du idag, hur går det med medicinen?”” (Sofie)

”Om man liksom har några frågor som dyker upp klockan halv nio på kvällen så är det bara att skriva i appen och när dom är i jobb på morgonen så svarar dom.”

Psykiskt stöd

Under intervjuerna diskuterades vårdpersonalens psykiska stöd och deltagarna tillfrågades om de blivit erbjudna stöd i form av exempelvis samtalsstöd eller psykologtjänster. Ungefär hälften av deltagarna hade blivit erbjudna någon form av psykiskt stöd, men ingen av dem hade känt ett behov av professionellt stöd i det läget. En deltagare påpekade dock att hon nu i efterhand tror att det ändå hade varit bra för parförhållandet att få prata med någon professionell. Hon påpekade även att steget till att ta professionell hjälp hade blivit mer naturligt och lättare att ta om vården hade erbjudit någon form av exempelvis psykologtjänst i samband med sjukhusbesöken.

*”Joo, jag skulle nog säga att de både från *universitetssjukhus* och *annat universitetssjukhus* sa någonting om stöd eller terapi eller psykolog. Men vi har inte känt att vi behövt det. Så där i efterhand kan jag tänka att jag tror att det skulle ha varit en bra investering i vårt äktenskap” (Sofie)*

De flesta deltagare som inte blivit erbjudna någon form av psykiskt stöd kände inte något behov av det. En deltagare påpekade dock att hon tror att hon skulle varit i behov av

professionellt stöd om hennes vårdperiod hade blivit längre. En annan deltagare som inte heller upplevde att hon behövde någon form av professionellt stöd påpekade dock att hon önskade att hon hade fått information om vilka olika stödtjänster som finns tillgängliga. Hon ansåg att vårdpersonalen åtminstone hade kunnat nämna olika stödgrupper och tjänster som finns online. Hon berättade också att det blev tydligt för henne hur lite information hon fick om stöd under fertilitetsvården senare när hon blev gravid eftersom hon då fick mängder med information om olika verksamheter och stödgrupper som finns för gravida. Hon ifrågasatte även var det stödet fanns under fertilitetsvården och sorgen som den medförde eftersom hon faktiskt hade behövt stödet som mest då.

” Och det blev som ännu tydligare för mig senare när jag blev gravid då det bara kastades information över en, ”vi har liksom vattengymnastik för gravida, väntans café, och vi har det här och det här och föräldragrupper...” Från ett rådgivningsbesök kom jag hem med 5 infopapper om olika verksamheter som fanns för gravida. Då var jag så där att ”vart (fan) var det här stödet när jag behövde det? Inte behöver jag det nu när jag redan är gravid”.”

(Linnea)

En deltagare berättade att hon gärna hade velat få stöd under fertilitetsprocessen men inte tog emot det stöd som erbjöds på grund av rädsla för att bli dömd som olämplig förälder. Hon var orolig över att ifall hon eventuellt hade fått en diagnos på psykisk ohälsa hade det kunnat hindra henne ifrån att exempelvis få fortsätta med fertilitetsbehandlingarna eller att i framtiden få adoptera utifall att fertilitetsbehandlingarna hade misslyckats.

”...jag var rädd att vi inte skulle få göra IVF och så var jag rädd att om IVF inte lyckas så kanske vi vill adoptera i framtiden och då får man ju som inte ha några psykiska problem så jag ville ju inte berätta åt någon att jag mådde dåligt.” (Anna)

Stöd inför och efter behandlingarna

De flesta deltagare behövde inte något särskilt stöd inför behandlingarna, men två av deltagarna uppgav att de behövde extra stöd inför injektionerna på grund av deras nålrädsla.

En av dessa deltagare var nöjd med stödet hon fått, hon fick tydliga instruktioner och fick öva på att injicera på en kudde och på sig själv under uppsikt av vårdpersonal. Den andra deltagaren kände dock att hon inte fick tillräckligt med stöd och berättade att hon kände sig väldigt osäker inför de första injektionerna. Hon kände att vårdpersonalen inte tog hennes nålrädsla på allvar och hade svårt att förstå hur mycket hennes nålrädsla påverkade henne psykiskt. Även hon fick öva på att injicera på en apelsin på sjukhuset, men hon kände att hon skulle ha behövt längre tid på sig för att komma över rädslan. Hon berättade att det var hennes partner som fick injicera sprutorna under behandlingarna eftersom hon aldrig kom över sin rädsla.

”Jag var jättespruträdd, jag har nästan kunnat svimma när jag har tagit blodprov så jag tänkte att jag vet inte hur jag ska fixa att picka mig själv. Men det gick jättebra och det var inga problem, man fick som tydliga instruktioner” (Stina)

”...lite mera stöd i det här pickandet och att lära sig det. Det var en kort stund, jag förstår att vårdpersonalen har mycket att göra och så där men det var en stor grej för mig. Speciellt psykiskt, för att komma över den här rädslan så skulle jag nog ha behövt mera stöd.” (Aurora)

En deltagare uppgav att hon hade behövt få mer stöd efter att fertilitetsbehandlingarna hade lyckats. Hon berättade att livet hade kretsat kring infertiliteten i så många år och i och med graviditeten fick fertilitetsresan ett abrupt slut. Hon önskade att vårdpersonalen på mödrarådgivningen och BB hade uppmärksammat hennes tidigare infertilitet mera samt att hon skulle ha fått diskutera och bearbeta det hon varit med om.

”...jag skulle ju som gärna velat att rådgivningen skulle ha tagit upp det mera. ... Man har ju gått igenom så många år av det där och så ja, mitt i allt är det färdigt då och så är det ingen fler som bryr sig om det då utan det är som bra då. ... Man skulle nog ha behövt få fundera lite mer över vad man har varit med om och så där.” (Anna)

7 Diskussion

I detta kapitel kommer studiens tillvägagångssätt och metod diskuteras och kritiskt granskas. Även studiens resultat kommer diskuteras och speglas mot den teoretiska utgångspunkten, tidigare forskning och examensarbetets bakgrund. I resultatdiskussionen behandlas först examensarbetets syfte och sedan arbetets frågeställningar var för sig. Resultatdiskussionens struktur utgår från Henricsons (2017, s. 416) indelning av resultatdiskussion: beskrivning, förklaring, jämförelse, reflektion och kliniska implikationer.

7.1 Metoddiskussion

För att bedöma den vetenskapliga kvaliteten kommer termerna *trovärdighet*, *pålitlighet*, *bekräftelsebarhet* och *överförbarhet* i detta kapitel att diskuteras. Termerna indikerar på god vetenskaplig kvalitet vid kvalitativa studier (Henricson, 2017, s. 431). Även en kritisk granskning över studiens tillvägagångssätt samt studiens styrkor och svagheter tas upp i kapitlet.

Trovärdighet

Enligt Henricson (2017, s. 431-432) betyder trovärdighet att respondenterna tydliggör för läsaren att kunskapen är rimlig och att resultatet är giltigt. Ett tillvägagångssätt är att diskutera den preliminära tolkningen med så kallade "kritiska vänner" för att försäkra sig om att analysen är baserat på materialet (Henricson, 2017, s. 431-432). "Kritiska vänner" syftar på exempelvis kollegor, studiekamrater eller handledare, i detta examensarbete har den preliminära tolkningen av resultatet diskuterats med handledande lärare, men hon har dock inte haft tillgång till råmaterialet.

Trovärdigheten i arbetet stärks ändå eftersom vi analyserat materialet var för sig utan att diskutera materialet med varandra under pågående analys. Resultatet kan bli tydligare för en själv om det redovisas för någon annan och därför presenterade vi våra resultat för varandra efter den enskilda analysen och förhöll oss kritiskt till den andres analys (Henricson, 2017, s. 432). Trots att analysen gjordes enskilt kom vi fram till samma teman och i stora drag samma kategorier och subkategorier, det som skilde analyserna åt var mestadels kategorinamnen. I resultatredovisningen citeras alla deltagare i alla teman vilket vi anser stärker trovärdigheten.

Vi fick även insikt i att några subkategorier passar under två olika teman. Dock menar Henricson (2017, s. 287) att liknande material inte ska finnas i två olika kategorier eller teman och hänvisar till att ämnen som är svåra att skilja åt bör vara i samma kategori eller tema. Med tanke på detta kan hälsa ses som ett komplext ämne att studera, eftersom hälsa enligt WHO (u.å.b) definieras som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande” och den psykiska hälsan ofta påverkas av den fysiska och sociala hälsan och vice versa. Vi har så gott det går försökt att dela in kategorierna enligt vilken aspekt av hälsan som påverkats mest, exempelvis påverkar isolering både den psykiska och sociala hälsan men i denna studie har vi tolkat materialet som att isoleringen haft störst påverkan på den sociala hälsan. Vi har även försäkrat oss om att läsaren kan förstå sambandet mellan temana, kategorierna och subkategorierna genom att be om återkoppling av handledande lärare, vilket enligt Henricson (2017, s. 432) stärker studiens kvalitet. Dessutom har regelbundna handledningsmöten med handledande lärare hållits under examensarbetets gång.

Pålitlighet

Enligt Henricson (2017, s. 432) påvisas pålitlighet genom en beskrivning av den tekniska utrustningen som använts, samt redovisning för vem som utfört och transkriberat intervjuerna, vilket beskrivs i examensarbetets metodkapitel. Pålitlighet kan också bevisas genom att respondenterna har beskrivit sin förförståelse om ämnet (Henricson, 2017, s. 432). I bakgrunden har vi använt oss av ett tiotal olika källor samt flertalet vetenskapliga artiklar som berör ämnena infertilitet och hälsa. Vi har skrivit stora delar av arbetet tillsammans och båda är därför insatta i alla delar av arbetet och har likvärdig förkunskap om ämnena. Bakgrunden skrevs dessutom om i samband med att examensarbetet återupptogs efter sommaren och bakgrunden har ständigt kompletterats vartefter vi fått ny kunskap vilket även bidragit till att vi hållit oss insatta och uppdaterade inom ämnet infertilitet. Dock har vi ingen personlig eller yrkesmässig erfarenhet kring ämnet, vilket vi anser framkom under intervjuerna i och med att trots teoretisk kunskap kan praxisen inom vården ibland skilja sig ifrån teorin. Detta arbete är även vårt första examensarbete och intervjustudie, vilket troligtvis påverkat studiens upplägg och genomförande. Skulle arbetet göras om så skulle vi bland annat planera tiden bättre och omformulera en del intervjufrågor.

Att använda intervju som datainsamlingsmetod anser vi var den mest lämpliga metoden för studiens syfte och frågeställningar. Vi anser att vi har fått svar på vårt syfte trots att syftet omformulerats flertalet gånger i början av examensarbetet. Dock lades väl mycket fokus på

syftet under planeringen av intervjufrågorna vilket ledde till att frågeställningarna delvis glömdes bort. Nu i efterhand anser vi att vi hade kunnat få ett tydligare svar på den första frågeställningen ”Hur upplever kvinnan hennes egen hälsa under fertilitetsvården?” genom att under intervjun exempelvis be deltagarna betygsätta sin hälsa på en skala från ett till tio. I övrigt fick vi användning av alla intervjufrågor i resultatet eftersom alla deltagare besvarade frågorna med långa och utvecklade svar och diskussionen flöt på bra då frågorna ställdes i lämplig ordning, vilket även bidrog till ett stort och omfattande material. En semistrukturerad intervju passade oss bra, eftersom både vi och deltagarna har kunnat ha frågorna som stöd men vi har också kunnat be deltagarna vidareutveckla sina svar. Vi märkte att det var till fördel att kunna ha intervjun som en fysisk träff eftersom det då var lättare att kunna avläsa kroppsspråk än när intervjuerna hölls via videosamtal. Vi ville dock ändå kunna ge deltagarna alternativet att utföra intervjun på distans eftersom infertiliteten kan vara ett känsligt ämne för många.

Bekräftelsebarhet

En noggrann motivering av ställningstagandena under hela arbetets gång ökar examensarbetets *bekräftelsebarhet* (Henricson, 2017, s. 432). Vi valde att använda oss av Maslows behovstrappa som teoretisk utgångspunkt med motiveringen att Maslow förespråkade att mänskligheten är mer än dess sjukdomar och brister och att det därför är viktigt att se människan ur ett holistiskt perspektiv (Celestine, 2017). Anledningen till att vi ville undersöka kvinnornas fysiska, psykiska och sociala hälsa var att vi ville få en överskådlig uppfattning av hur dessa aspekter påverkar kvinnan. Därav ansåg vi att Maslows behovstrappa var lämplig att använda eftersom den är mera holistisk än många andra teorier. Vi ville välja en teori som fokuserar på hälsa och välmående i stället för ohälsa och sjukdom för att inte på förhand anta att kvinnan uppfattar sig som sjuk. Teorin förutsätter dessutom inte att kvinnan lider av ohälsa, utan identifierar endast risk- och skyddsfaktorer för hur människan kan uppnå en god hälsa och tillfredsställelse med livet.

Bekräftelsebarheten stärks ytterligare enligt Henricson (2017, s. 432) genom en tydligt beskriven analysprocess. I metodkapitlet redovisades examensarbetets praktiska genomförande och även motgångar såsom svårigheter med att hitta deltagare beskrivs. Att hitta deltagare tog längre tid än förväntat vilket gjorde analysen mer brådsakande. För att hitta deltagare behövde vi byta från ett bekvämlighetsurval till ett strategiskt urval, dock tror vi att detta i slutändan endast gynnade studien.

Fördelar som kan ses med det strategiska urvalet är främst att variationen mellan deltagarna blev stor. Vi försökte avsiktligt hitta deltagare med stor variation i ålder, upplevelse av fertilitetsvården och förekomsten av biverkningar samt få en jämn fördelning mellan två centralsjukhus i Österbotten. Trots deltagarnas olikheter identifierades även många likheter, såsom att alla led av primär infertilitet och hade blivit gravida med hjälp av IVF eller ICSI. Antalet deltagare kan upplevas som lite, men enligt Henricson (2017, s. 115) är det viktigare att hitta deltagare med olika erfarenheter av fertilitetsvården än att hitta ett stort antal deltagare.

En annan fördel med ett strategiskt urval är att vi har kontaktat deltagarna. På så vis har vi fått med deltagare som annars kanske inte skulle ställa upp i studien och fått ta del av både positiva och negativa men även neutrala upplevelser. Vi tror även att detta gjort så att resultatet speglar verkligheten mera, i och med att vi tror att personer med negativa upplevelser oftare medverkar i intervjustudier eftersom de kan känna ett större behov av att berätta om sin upplevelse, vilket kunde ha skett med ett bekvämlighetsurval.

Överförbarhet

Med överförbarhet menas hur studiens resultat kan överföras till andra grupper, kontexter och situationer. För att resultatet ska kunna vara överförbart behöver det vara tydligt beskrivet och trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet behöver finnas (Henricson, 2017, s. 433). Detta har vi uppfyllt genom att vi har granskat vår metod och tillvägagångssätt på ett kritiskt sätt. Vi har även följt anvisningarna för god vetenskaplig praxis och de etiska principerna för humanforskning i Finland samt Yrkeshögskolan Novias skrivanvisningar (TENK, 2012; TENK, 2019).

Resultatet kan hjälpa vårdpersonalen att bemöta och stödja kvinnan som drabbats av infertilitet. Dock kan resultatet nödvändigtvis inte överföras till kvinnor med en annan kulturell bakgrund än den finländska kulturen, eftersom inga kulturella skillnader har funnits bland deltagarna. Alla deltagare lever dessutom i heterosexuella förhållanden så studien inkluderar därför inte regnbågsfamiljer. Detta är synd eftersom regnbågsfamiljer ofta kan behöva genomgå fertilitetsbehandlingar för att kunna få biologiska barn. Vi vill även starkt poängtera att alla deltagare har blivit gravida med hjälp av fertilitetsbehandlingar och därför kan deras upplevelse av deras hälsa och fertilitetsvården skilja sig mycket från personer som ännu genomgår fertilitetsvård och personer som trots vård inte lyckats bli gravida. Några

deltagare poängterade också själva att de lättare kan se det positiva med fertilitetsvården efter att de fått barn.

7.2 Resultatdiskussion

Studien svarar på examensarbetets syfte som är att belysa fertilitetsvårdens påverkan på kvinnors hälsa, ur ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv. I resultatet framkom det att fertilitetsvården påverkar hälsans tre aspekter och att den fysiska, psykiska och sociala hälsan ofta samverkar med varandra. Det är dock svårt att urskilja om hälsan påverkas av fertilitetsvården eller infertiliteten, troligtvis handlar det om en kombination av båda. En brist i denna studie är att övriga aspekter av hälsan, såsom andlig och existentiell hälsa, inte tas i beaktande. Vi var tvungna att avgränsa syftet eftersom det inte skulle ha funnits tid och materialet skulle ha blivit för stort att hantera om andra aspekter av hälsan hade inkluderats. För att få en ännu mer helhetlig bild av hur kvinnans hälsa påverkas av fertilitetsvården kunde vidare forskning göras om hur bland annat kvinnans andliga och existentiella hälsa påverkas av fertilitetsvård.

Hur upplever kvinnan hennes egen hälsa under fertilitetsvården?

Som tidigare nämnts kunde vi ha satt till en intervjufråga för att få svar på den första frågeställningen ”Hur upplever kvinnan hennes egen hälsa under fertilitetsvården?”, men eftersom vi insåg detta efter att intervjuerna utförts så fick vi inget tydligt svar på frågeställningen. Vi frågade deltagarna endast hur de upplevt sin fysiska, psykiska och sociala hälsa, men det hade varit till fördel att även fråga hur deltagarna upplevde sin hälsa över lag. Såsom WHO (u.å.b) definierar hälsa är hälsa inte endast frånvaro av sjukdom, hälsa är subjektivt och alla människor har olika uppfattningar om vad en god hälsa innebär.

En tvärsnittsstudie gjord i Italien vars syfte var att kvantitativt mäta tillfredsställelsen med livet hos infertila par med hjälp av olika frågeformulär påvisade att de hade lägre poäng än den allmänna befolkningen bland annat på frågeformuläret Life Satisfaction Questionnaire (LSQ). De infertila kvinnorna i studien fick lägre poäng bland annat på skalorna för hälsa, egen person, sexualitet samt vänner och familj medan de fick högre poäng på skalorna för arbete samt äktenskap och partnerskap. Forskarna menar att anledningen till de låga poängen bland annat kunde bero på oro inför framtiden, social isolering, nedvärderande reaktioner från omgivningen, stress över fertilitetsbehandlingarna, ovisshet inför graviditetsresultatet

samt kommunikationsproblem med vårdpersonalen, vilket även kunde ses bland deltagarna i vårt resultat. I tvärsnittsstudien framkom det även att hos infertila par hade parrelationen en positiv inverkan på tillfredsställelsen med livet, vilket forskarna anser kunde förklaras med att ömsesidigt stöd, emotionell närhet och en god kommunikation kan vara särskilt viktiga för par som lider av infertilitet. Stödet från partnern, vikten av god kommunikation och en känsla av att relationen blev starkare kunde även ses hos majoriteten av deltagarna i vår studie. Slutligen menar forskarna att anledningen till att infertila par har lägre poäng i skalorna om tillfredsställelsen med livet kan bero på att infertilitet ofta betraktas som en sjukdom eller ohälsa. (Kiesswetter et al., 2020)

Enligt Maslows behovstrappa anses de fysiologiska behoven vara exempelvis mat, vatten och värme, alltså grundläggande behov för människans överlevnad. Maslow inkluderade dock även sexuell reproduktion på denna nivå i behovstrappan eftersom det är väsentligt för den mänskliga överlevnaden och förökningen (Cherry, 2022). Eftersom teorin förutsätter att alla fyra nivåer av behov bör tillgodoses för att den sista nivån, självförverkligande, ska kunna uppnås kunde man dra slutsatsen att människan som inte kan få barn inte kommer kunna nå självförverkligande, i alla fall inte så länge människan känner ett behov av att kunna reproducera sig. Om man utgår ifrån Kiesswetter et al. (2020) studie där infertila par sågs ha lägre poäng i skalor om hälsa och tillfredsställelse med livet än övriga par kunde man även påstå att behovet av hälsa och välbefinnande lider, vilket är en av förutsättningarna för att uppfylla den andra nivån, behovet av trygghet (Mae Sincero, 2012). Eftersom både kvinnorna och männen som led av infertilitet sågs ha en sämre syn på deras hälsa och tillfredsställelse med livet i Kiesswetter et al. (2020) studie skulle det vara intressant om vidare forskning skulle göras om hur fertilitetsvården påverkar männens hälsa och om infertiliteten hindrar dem att uppnå självförverkligande.

Hur påverkas kvinnans liv fysiskt, psykiskt och socialt?

Den andra frågeställningen ”Hur påverkas kvinnans liv fysiskt, psykiskt och socialt?” anser vi att vi fått ett överskådligt svar på. Fertilitetsvården påverkade inte deltagarnas fysiska hälsa i någon större grad. En del gjorde livsstilsförändringar för att optimera sin fertilitet, vilket även förbättrade den fysiska hälsan. Hälften av deltagarna upplevde olika biverkningar, varav endast en upplevde att de begränsade henne i vardagen. Alla deltagares psykiska hälsa påverkades negativt av infertiliteten och tecken på depression och livskris kunde identifieras. I början av behandlingscyklerna kände deltagarna sig hoppfulla, men

längre in i cykeln tog ovissheten över vilket många upplevde var det psykiskt tyngsta under behandlingarna. Olika copingmetoder för att hantera dessa känslor identifierades. En upplevelse av att livet kretsade kring infertiliteten och fertilitetsvården var vanligt, och även efter lyckad behandling kände en del deltagare sig mer oroliga under graviditeten. Trots detta kunde alla deltagare gå vidare ifrån infertiliteten och vissa ansåg till och med att infertiliteten i efterhand påverkat dem positivt. Den sociala hälsan påverkades både positivt och negativt av infertiliteten. Avundsjuka, isolering och sårande kommentarer var återkommande ämnen och kunde leda till att framför allt vänskapsrelationer försvagades. Infertiliteten och fertilitetsvården var en utmaning i parrelationen, men i slutändan stärktes relationen. Även tidigare ytliga relationer kunde stärkas om deltagarna var öppna med sin infertilitet. De som var öppna med sin infertilitet upplevde ett bra stöd från vänner, familj och arbetskollgor, samt sociala medier.

Flera deltagare i vår studie beskrev att de hade gjort olika slags livsstilsförändringar i samband med fertilitetsvården för att öka chansen för en lyckad behandling. De försökte till exempel hålla sig till en hälsosammare kost och ta vitaminer och några valde att förändra sina motionsvanor samt att minska på stressnivån. Liknande resultat kan ses i en tvärsnittsstudie gjord av Hawkins et al. (2014) som undersökte vilka livsstilsförändringar par som genomgick IVF-behandlingar trodde inverkar på behandlingens resultat. Studien visade att de flesta patienter ansåg att motion, att undvika stress och att begränsa aktiviteten efter insättningen skulle gynna behandlingens resultat. Majoriteten ansåg att träna mer än fyra timmar per vecka är till hjälp och nästan en tredjedel upplevde att sängläge efter insättningen är till fördel, trots motsatt rådgivning från vården. Det framkom även att patienter med högre utbildningsnivå och inkomst var mindre benägna att tro att livsstilsförändringar hade någon inverkan.

En metaanalys gjord av Patel, Sharma och Kumar (2018) redogör för ångest, depression, sorg och kris kopplat till infertilitet. Kris uppstår i samband med förlorad kontroll över sitt föräldraskap, om man får en diagnos på infertilitet och i samband med misslyckade behandlingar. De beskriver att eftersom behandlingens tidpunkter sammanfaller med kvinnans menstruationscykel medför varje cykel upprepade känslor av både hopp och förtvivlan. Liknande fynd sågs i vår studie, deltagarna beskrev en känsla av hoppfullhet i början av en behandlingscykel men som sedan kantades av ovisshet. Flera deltagare upplevde att livet kretsade kring infertiliteten och en nämnde att på grund av menstruationen var det oundvikligt att inte tänka på infertiliteten. En finländsk studie gjord av Sormunen, Karlgren, Aanesen, Fossum och Westerbotn (2020) påvisar att fertilitetsbehandlingar

orsakade depression och ångest samt att infertiliteten kunde upplevas som den största sorgen i livet. Deltagare i studien uttryckte också att det är tungt att inte veta hur framtiden kommer se ut och att deras liv sätts på paus då längtan efter barn upptar hela livet. Dessa tankar och känslor kunde även identifieras bland flera deltagare i vår studie.

Copingmetoder som framkom i vår studie var att ha olika strategier och reservplaner, prata om infertiliteten med vänner och familj samt att flytta fokuset ifrån infertiliteten genom att sysselsätta sig med annat. Andra studier stöder att infertilitet är en oförutsägbar och okontrollerbar situation och problemfokuserad coping kan vara svårt i ett sådant läge. Enligt Patel, Sharma och Kumar (2018) visade en studie att människor vanligen hanterade infertiliteten med hjälp av distraktion eller undvikande eftersom det kunde vara ångestladdat att tänka på infertiliteten. Andra studier påvisar även att infertiliteten oftast hanterades på egen hand eller genom att söka tröst, information och råd från vänner och familj. För att bättre kunna hantera situationen var det också viktigt att acceptera infertiliteten. (Patel, Sharma & Kumar, 2018)

Efter lyckad behandling kände en del deltagare mera oro under graviditeten på grund av fertilitetsbehandlingarna. Liknande resultat kan ses i en studie av Garcia-Blanco et al. (2018) som påstår att kvinnor som genomgått IVF-behandlingar kände mera ångest och stress under graviditetens tredje trimester men mindre depressionssymtom jämfört med mödrar som blivit gravid på naturlig väg. Efter graviditeten sjönk biomarkörerna för både IVF-mammorna och kontrollgruppen vilket även kan ses i vår studie eftersom deltagarna uttryckte att infertiliteten så småningom glömdes bort och att livet gick vidare.

Infertiliteten påverkade den sociala hälsan på flera sätt. Hela sju av åtta deltagare berättade om infertiliteten till vänner och familj, vilket skiljer sig från resultatet av en finländsk forskning gjord av Lehto, Sevón, Laakso och Rönkä (2021) där kvinnorna i forskningen var ovilliga att berätta om sin infertilitet till vänner och familj. Lehto et al. nämner dock att resultatet från deras forskning skiljer sig från resultatet av andra forskningar, vilket de menar kan bero på att den finländska kulturen uppskattar egenskapen av att klara sig själv. En möjlig orsak till att vårt resultat i sin tur skiljer sig ifrån Lehtos et al. resultat kunde vara att våra deltagare är finlandssvenskar, eftersom finlandssvenskar ofta uppfattas som mer öppna och egenskapen av att klara sig själv inte värderas i lika stor utsträckning som i den finländska kulturen.

De deltagare i vår studie som berättade om infertiliteten upplevde att de fick ett bra stöd från familj, vänner, arbetskollegor samt sociala medier. Tidigare ytliga relationer kunde stärkas

genom att de var öppna om infertiliteten, men några deltagare kände dock även att deras sociala relationer kunde påverkas negativt eftersom de kände en avundsjuka till andras graviditeter och barn. Avundsjukan ledde till att deltagarna i vissa situationer isolerade sig eller behövde ta avstånd ifrån vänner. Liknande resultat kan ses i en tvärsnittsstudie där många av deltagarna ogärna ville delta i sociala aktiviteter för att slippa uppleva förväntningar från andra och avundsjuka gentemot andra som var gravida eller fick barn (Sormunen et al., 2020). En annan forskning visade att flera infertila kvinnor och män fick utstå olämpliga eller nedvärderande kommentarer från omgivningen, vilket även kunde ses i vår studie där hälften av deltagarna hade fått höra sårande och nedvärderande kommentarer gällande deras infertilitet (Borowczak & Rotoli, 2022).

Fertilitetsvården kunde vara en utmaning i parrelationen främst i och med att partnerna hade olika sätt att hantera infertiliteten. När partnerna lärt sig acceptera och respektera varandras hanteringsmetoder upplevde många att relationen i slutändan stärktes av att de genomgått fertilitetsvården tillsammans. Liknande resultat kan även ses i Lehtos et al. studie, där flera kvinnor uppfattade att infertiliteten stärkt deras parrelation genom att de lärt sig att kommunicera med varandra (Lehto et al., 2021).

Mae Sincero (2012) beskriver att behovet av trygghet i Maslows behovstrappa innefattar trygghet mot sjukdom, olyckor och deras konsekvenser eller komplikationer, vilket kunde antyda på att biverkningar och komplikationer i samband med fertilitetsvård kunde påverka behovet av trygghet. I vår studie framkom det att deltagarna gjort en del livsstilsförändringar med avsikten att optimera sin fertilitet. Maslow (1943) anser att kroppens homeostas, inkluderat bland annat vattenhalten i blodet, salthalten och fetthalten, men även halten av andra mineraler, hormoner och vitaminer, kan ses som en del av de fysiologiska behoven. Enligt detta påstående kunde man dra slutsatsen att livsstilsförändringarna främjat nivån av de fysiologiska behoven, dock kan detta ses som ganska långsökt.

Enligt Maslow (1943) varierar innebörden av självförverkligande från person till person beroende på människans önskan och mål i livet. Personer som uppnår självförverkligande ser möjligheter i livet som de eller samhället kan uppnå och strävar därmed efter att nå dessa möjligheter snarare än att de försöker jaga någonting de saknar (West, 2022). Detta överensstämmer inte med deltagarnas berättelser om att livet kretsade kring infertiliteten och en känsla av att livet stod på paus i samband med fertilitetsvården. Dock upplevde deltagarna att livet gick vidare efter lyckade fertilitetsbehandlingar och att infertiliteten så

gott som glömdes bort, vilket kunde tyda på att infertiliteten inte längre hindrar kvinnorna ifrån att uppnå självförverkligande efter att de fött deras barn.

Den tredje nivån, behov av kärlek och samhörighet, tillgodoses genom exempelvis vänskap, parrelationer, familjerelationer, sociala grupper, samhällsgrupper och religiösa organisationer (Cherry, 2022). De flesta av deltagarna i vår studie kände en avundsjuka till framför allt vänner som hade barn eller var gravida, vilket i vissa fall ledde till isolering. Deltagarna kunde även få utså sårande och respektlösa kommentarer från omgivningen, vilket tärde på en del relationer. Dessa kommentarer kunde hindra deltagarna att uppnå den fjärde nivån, behovet av aktning, eftersom nivån dels kräver en god självkänsla, men dels även respekt och uppskattning av andra i ens omgivning (Cherry, 2022). Trots detta upplevde deltagarna ändå ett gott stöd av omgivningen och en del relationer, såsom vänskapsrelationer och parrelationen, stärktes under infertiliteten vilket i sin tur gynnar behovet av kärlek och samhörighet.

Hur kan fertilitetsvården påverka kvinnans hälsa?

Studien besvarar den tredje frågeställningen ”Hur kan fertilitetsvården påverka kvinnans hälsa?”. De flesta deltagare var över lag nöjda med vården och de positiva upplevelserna baserade sig på att de kände sig sedda, att vårdpersonalen visade medkänsla, att informationsutbytet var smidigt och att de blev erbjudna psykiskt stöd. Negativa upplevelser kunde ses i samband med att deltagarna inte kände sig sedda, att vårdpersonalen var för medlidande, att deltagarna kände sig annorlunda bemötta på grund av deras ålder, att informationen från vårdpersonalen var bristfällig samt att deltagarna inte blev erbjudna eller inte fick tillräckligt med stöd från vårdpersonalen. Att deltagarna inte fick vård på sitt modersmål påverkade inte deras upplevelse av vården så länge vårdpersonalen försäkrade sig om att deltagarna förstod informationen som gavs. Sammanfattningsvis kan man påstå att fertilitetsvården kan påverka kvinnans hälsa både positivt och negativt.

En studie gjord av Shandley et al. (2020) undersökte om patienter haft en positiv upplevelse vid fertilitetskliniker, vilket enligt studien 63% av deltagarna haft. Faktorer hos vårdpersonalen som gjorde att kvinnorna hade haft en god upplevelse var att vårdpersonalen kommunicerade på ett bra sätt, var pålitliga, visade medkänsla och en förmåga att anpassa vården ifall motgångar uppstod. Det var viktigt att deltagarna kände att vårdrelationen var god och att de blev bemötta som en människa snarare än bara en siffra. Flera likheter kan

dras till vårt resultat, till exempel att det upplevdes som positivt när deltagarna kände sig sedda och när vårdpersonalen visade medkänsla. I Shandleys et al. (2020) studie såg man även att det fanns flera andra faktorer som spelade roll då patienterna haft en positiv upplevelse, bland annat kortare väntetider och att de fick träffa samma läkare hela vårdperioden. I vår studie framkom det att flera deltagare hade upplevt väntetiderna som långa och utdragna, inte minst de yngre deltagarna. Flera deltagare i vår studie uttryckte också att det kändes tryggt då de hade samma vårdpersonal hela tiden och att det stärkte vårdrelationen. Även Berg & Lundgren (2010, s. 231) lyfter fram att det är av stor vikt att få ha ett fåtal personliga kontakter som följer en genom hela behandlingen eftersom man i samband med fertilitetsbehandlingar är i en utsatt situation.

I vår studie framkom det att ett smidigt informationsutbyte var viktigt för deltagarna och att en fungerande kommunikation mellan kvinnan och vårdpersonalen skapade en god vårdrelation. Sevcan och Merlinda (2021) har undersökt vilka faktorer som bidrar till en bättre kommunikation mellan sjukskötare och kvinnor som får vård för infertilitet. Studien visade att non-verbal kommunikation så som ett lämpligt tonfall, leende och ögonkontakt var viktigt för båda parterna. Krav som kvinnan hade var att sjukskötaren var fördomsfri och hade fått tillräcklig utbildning om kommunikation, medan det för sjukskötaren var av betydelse att det fanns tillräckligt med tid, att kvinnorna var ärliga samt att de tog emot det psykiska stöd som gavs.

En förutsättning för ett gott informationsutbyte är en tillräcklig kunskap om infertilitet hos vårdpersonalen. I vår studie bidrog vårdpersonalens okunskap till mycket oro och en lång väntan för två deltagare eftersom vårdpersonalen inte kunde uttala sig om deras hälsotillstånd. En australiensk studie undersökte vilka kunskaper om fertilitet som finns bland sjukskötare inom primärvården. I studien framkom det att mer än hälften av sjukskötarna hade bristande kunskap i hur mycket åldern och rökning inverkar på fertiliteten men de flesta dock hade god kunskap i fetma och könssjukdomars inverkan på fertiliteten. Den främsta orsaken till att fertilitet inte tas upp inom primärvården är okunskap inom ämnet. (Hammarberg, Collison, Johnson, Nguyen & Fisher, 2016).

De flesta deltagare var nöjda med vårdpersonalens stöd men några önskade att de hade fått mera stöd inför injektionerna och på mödrarådgivningen efter lyckad behandling, samt blivit erbjuden psykiskt stöd. Ungefär hälften av deltagarna blev erbjudna professionellt psykiskt stöd men ingen av dem kände att behovet fanns just då. Dock påpekade en deltagare att hon inte ville dela med sig om hennes psykiska mående även på grund av rädsla för att bli dömd

som olämplig förälder och därmed inte få genomgå fertilitetsbehandlingar. Liknande resultat kan ses i Lehtos et al. (2021) studie där endast 3 av 26 deltagare vände sig till vården för att få professionell hjälp med att hantera infertiliteten. Alla tre beskrev dock att stödet var väldigt betydelsefullt och att de utan utomstående hjälp inte skulle ha klarat av situationen. Även Berg och Lundgren (2010, s. 231) menar att det är få infertila par som söker psykosocial rådgivning och förklarar det med att det kan vara svårt att hitta till en psykolog om man inte känner till verksamheten så som deras öppettider. Det viktigaste stödet för infertila kvinnor fås av partnern, familjen och vänner men vårdpersonalen kan med hjälp av sin kunskap och tillgänglighet också ge stöd, kontinuitet och information samt identifiera djupare problem och vid behov hänvisa vidare (Berg & Lundgren, 2010, s. 231).

Berg och Lundgren (2010, s. 232) konstaterar också att negativa känslor relaterat till infertiliteten kan fortsätta under graviditeten och minnena om hopp som snabbt förvandlats till en förlust finns kvar. Oron för att förlora graviditeten är större än för kvinnor utan bakomliggande infertilitetsproblematik, vilket kunde ses i vår studie. Det är därför av stor vikt att på mödrarrådgivningen vara medveten om infertilitetens betydelse för att kunna stödja den gravida och låta henne bearbeta infertiliteten.

Utgående från Maslows teori kunde man dra slutsatsen att vården och vårdpersonalen kunde hjälpa den infertila kvinnan att nå självförverkligande. Fertilitetsvårdens främsta uppgift är att hjälpa kvinnan och hennes partner med deras infertilitet och reproduktion, men de har även till uppgift att försäkra sig om att kvinnan har ett gott fysiskt hälsotillstånd. Vårdpersonalen kan även bidra till att fylla behovet av trygghet genom att främja hälsan och välbefinnande, men även genom att vara kunniga inom sitt område och ge korrekt information till patienterna för att undvika onödig oro över exempelvis eventuella biverkningar eller komplikationer som har setts kunna uppstå vid okunskap och kommunikationsbrist. En god vårdrelation mellan vårdpersonal och patient är också en relation och kunde därmed bidra positivt till behovet av kärlek och samhörighet. Några av förutsättningarna för en god vårdrelation kunde i studien identifieras som ett gott bemötande, en känsla av att bli sedd samt att kunna visa medkänsla. En god vårdrelation kräver dessutom förtroende, värdighet och respekt, vilka alla även inkluderas i behovet av aktning från andra vilket är den första underkategorin i behovet av aktning (Bailey, 2022). Vårdpersonalen borde även identifiera de patienter som saknar självkänsla och självvärde samt visar tecken på psykisk ohälsa för att kunna erbjuda dessa patienter extra psykiskt stöd. Självvärde samt en känsla av kompetens och värdighet är förutsättningar för en god självkänsla vilket enligt Maslow innebär det samma som att ha aktning för sig själv, vilket är den andra

underkategorin i den fjärde nivån (West, 2022). Sammanfattningsvis kunde man påstå att vårdpersonalen kunde främja alla nivåer av behov tills kvinnan uppnår självförverkligande. Om den infertila kvinnan har möjlighet att nå självförverkligande enligt Maslows behovstrappa utan lyckad fertilitetsbehandling och ett familjeliv med barn är i sin tur en helt annan fråga vilket det även kunde forskas vidare på.

Baserat på vårt resultat föreslår vi att fertilitetsvården rutinmässigt skulle kartlägga patienternas behov av professionellt stöd till exempel med hjälp av screeningverktyg för psykisk ohälsa. På detta vis skulle det bli lättare för vårdpersonalen att stödja patienterna enligt deras individuella behov och de patienter som konstateras behöva få mera stöd skulle hänvisas vidare till exempelvis psykolog- eller terapitjänster. Dessutom borde alla patienter få muntlig och skriftlig information om stödtjänster både från vården och frivilliga organisationer, såsom Folkhälsan och Simpukka ry, samt hänvisning till lättillgängliga och trovärdiga fakta om fertilitetsutredningar och behandlingar, till exempel Hälsobyns sidor om infertilitet. Slutligen föreslår vi att vårdpersonalen skulle kartlägga patienternas sociala nätverk för att kunna identifiera de patienter som saknar stöd från partnern, vänner eller familj. Eftersom det sociala nätverket kartläggs under en graviditet så kunde det med fördel även göras inom fertilitetsvården.

7.3 Slutsats

Som tidigare nämnts är infertilitet ett vanligt problem. Av alla barn födda år 2020 var 4,9% med hjälp av fertilitetsbehandlingar men trots det ledde endast 18% av fertilitetsbehandlingarna gjorda i Finland samma år till ett barns födelse, vilket indikerar på att många par dagligen kämpar med infertilitet i tystnad. Det vore av stor vikt att vårdpersonal som dagligen möter blivande eller nyblivna föräldrar tar i beaktande att enligt statistiken har i princip vart tjugonde par behövt genomgå fertilitetsbehandlingar för att få uppleva graviditeten och småbarnstiden. Vi önskar att arbetet bidragit till mera kunskap om kvinnans hälsa under fertilitetsvården och att vårdpersonal såväl som anhöriga och andra som stöter på kvinnor som lider av infertilitet fått en ökad förståelse för kvinnans livssituation.

Vi anser att studien gett en god överblick av hur fertilitetsvården påverkar kvinnors fysiska, psykiska och sociala hälsa, men med hjälp av vidare forskning kunde man ännu undersöka den andliga och existentiella hälsan samt fördjupa sig i de undersökta aspekterna av hälsan. I studien framkom det att den fysiska, psykiska och sociala hälsan påverkas i olika grad av

fertilitetsvården. Upplevelsen av vården inverkade både positivt och negativt på hälsan och specifika minnen av vården finns med kvinnorna ännu idag. Trots att infertiliteten var en tung period i kvinnornas liv som kantades med sorg, avundsjuka och ovisshet samt en känsla av att livet stod stilla så vill vi ändå lyfta att kvinnornas berättelser även präglades av styrkta relationer, tacksamhet och hoppfullhet.

Baserat på studiens resultat föreslår vi att fertilitetsvården skulle kartlägga patienternas behov av stöd, ge muntlig och skriftlig information om stödtjänster och fakta om fertilitetsvården samt kartlägga patienternas sociala nätverk. I början av examensarbetet konstaterades att vi redan i tidig ålder får frågor om framtida barn och familj. Vi önskar att du som läst detta arbete undviker att ifrågasätta andra människors beslut kring att ”skaffa barn”, eftersom vi aldrig kan veta vem som lider av infertilitet.

8 Källförteckning

Aruma, E. O. & Melvins Enwuvesi Hanachor. (2017). Abraham Maslow's Hierarchy of Needs and Assessment of Needs in Community Development. *International Journal of Development and Economic Sustainability*, 5(7), 15-27. <https://www.eajournals.org/wp-content/uploads/Abraham-Maslow%E2%80%99s-Hierarchy-of-Needs-and-Assessment-of-Needs-in-Community-Development.pdf>

Axelsson O. (2019). *Reproduktionsmedicin*. Rapport 81. Svensk förening för obstetrik och gynekologi: arbets- och referensgrupp för ofrivillig barnlöshet. https://www.sfog.se/natupplaga/ARG81_LR8f508dc3-aec0-45fe-9efc-58a2b2873e50.pdf

Bacevac, J. & Ganović, R. (2001). Diagnostic value of hysterosalpingography in examination of Fallopian tubes in infertile women. *Srp Arh Celok Lek*, 129(1-2), 18-21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11534279/> [Hämtad: 10.11.2022]

Bailey, A. (2022). *What Is the Hierarchy of Needs?*. Verywell Health. <https://www.verywellhealth.com/hierarchy-of-needs-maslow-s-five-categories-of-needs-5220468> [Hämtad: 5.10.2022].

Bakhtiyar, K., Beiranvand, R., Ardalan, A., Changae, F., Almasian, M., Badrizadeh, A., ... Ebrahimzadeh, F. (2019). An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: a case-control study. *BMC Women's health*, 19(114), doi: 10.1186/s12905-019-0805-3

Berg, M. & Lundgren, I. (2010). *Att stödja och stärka: Vårdande vid barnafödande* (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E. & Andersson, U-B. (2010). *Obstetrik och gynekologi*. (4:1. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB

Borowczak, M. & Rotoli, S. (2022). A Qualitative Exploration of Social Support in Males and Females Experiencing Issues With Infertility. *Cureus*, 14(9). doi:10.7759/cureus.29763

Celestine, N. (2017). *Abraham Maslow, His Theory & Contribution to Psychology*. PositivePsychology <https://positivepsychology.com/abraham-maslow/> [Hämtad: 3.5.2023]

Cherry, K. (2022). *Maslow's Hierarchy of Needs*. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/what-is-maslows-hierarchy-of-needs-4136760> [Hämtad: 5.10.2022]

Christensen, R. & Marieb E. N. (2012). *Anatomi och fysiologi för sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal* (1. uppl.) Harlow: Pearson.

Felman, A. (2020). *What is good health?*. Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/150999#preserving-health> [Hämtad: 11.10.2022]

Finlands läkarförbund. (u.å). *Behandling av barnlöshet*. <https://www.laakariliitto.fi/lakaretik/livets-borjan-och-graviditeten/behandling-av-barnloshet/> [Hämtad: 10.5.2023]

FPA. (2023). *Sjukvårdsersättning för fertilitetsbehandling*. <https://www.kela.fi/samarbetspartner-halsovardspersonal-sjukvardsersattningar-lakararvoden-atgarder-fertilitetsbehandling> [Hämtad: 8.5.2023]

García-Blanco, A., Diago, V., Hervás, D., Ghosn, F., Vento, M. & Cháfer-Pericás, C. (2018). Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women *after* in vitro fertilization: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 33(7), 1237-1246. doi: 10.1093/humrep/dey109

Gonzalez-DeHass, A. R. & Willems, P. P. (2013). *Theories in educational psychology: Concise guide to meaning and practice*. Lanham: Rowman & Littlefield Education.

Gottlieb, C. & Fridström, M. (2010). *Ofrivillig barnlöshet*. Rapport 64. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.

Government of Canada. (2015). *Chronic Disease Risk Factors*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-diseases/chronic-disease-risk-factors.html> [Hämtad: 11.10.2022]

Gunnarsson, R. (1999). *Urvalsstrategier och datainsamling*. INFOVOICE.SE. <https://infovoice.se/urvalsstrategier-och-datainsamling/> [Hämtad: 10.1.2023]

Halkola, S-T., Koivula, M. & Aho, A-L. (2021). A qualitative study of the factors that help the coping of infertile women. *Nursing Open*, 9(1) 299-308 doi: 10.1002/nop2.1062

Hammarberg, K., Collison, L., Johnson, L., Nguyen, H., Fisher, J. (2016). Knowledge, attitudes and practices relating to fertility among nurses working in primary health. *Australian Journal of Advances Nursing*, 34(1), 6-13.

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

Hawkins, L.K., Rossi, B.V., Correia, K.F., Lipskind, S.T., Hornstein, M.D. & Missmer, S.A. (2014). Perceptions among infertile couples of lifestyle behaviors and in vitro fertilization (IVF) success. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 31, 255-260. doi: 10.1007/s10815-014-0176-5

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

Henriksson, O. & Rasmusson, M. (2018). *Fysiologi: med relevant anatomi* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Hippeläinen, M. & Räsänen, M. (2002). Lapsettomuuden perustutkimukset. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 118(5), 497-502. <https://www.duodecimlehti.fi/duo92827> [Hämtad: 6.11.2022]

Hälsobyn. (2018). *Stimulering av ägglossningen och spermieproduktionen*. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/reproduktiv-h%C3%A4lsa/infertilitet-%E2%80%93-ofrivillig-barnl%C3%B6shet/infertilitetsbehandlingar/stimulering-av-%C3%A4gglossningen-och-spermieproduktionen> [Hämtad 5.5.2022]

Höglund-Nielsen, B., & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3:1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Johansson, M. & Berg, M. (2005). Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 58-63. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00319.x

Kalliola, T. (2003). Transvaginaalinen hydrolaparoskopia – synnyttelinten uusi tutkimusmenetelmä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 119(16), 1546-1551 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/16/duo93735?keyword=lapsettomuuden%20perustutkimukset> [Hämtad: 10.11.2022]

Kaplan A., Hogg B., Hildingsson I. & Lundgren I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. (3. [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Kekäläinen, J. (2021). Ovatko hedelmättömyyden syyt yksinomaan patologisia? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 137(15) 1475-1477. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2021/15/duo16343?keyword=lapsettomuus%20> [Hämtad: 1.1.2023]

Kenrick, D.T., Griskevicius, V., Neuberg, S.L. & Schaller, M. (2010). Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. *Perspectives on Psychological Science*, 5(3), 292-314. doi: 10.1177/1745691610369469

Kiesswetter, M., Marsoner, H., Luehwink, A., Fistarol, M., Mahlkecht, A., & Duschek, S. (2020). Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. *Behavioral Medicine*, 46(2), 130–141. doi:10.1080/08964289.2018.1564897

Klemetti R., Sevón T., Gissler M. & Hemminki E. (2005). Complications of IVF and ovulation induction. *Human Reproduction*. 20(12), 3293-3300. doi: 10.1093/humrep/dei253

Klemetti, R., Gissler, M., Sevón, T. & Hemminki, E. (2007). Resource allocation of in vitro fertilization: a nationwide register-based cohort study. *BMC Health Services Research*, 7(210). doi: 10.1186/1472-6963-7-210

Kuivasaari-Pirinen P., Raatikainen K., Hippeläinen M., & Heinonen S. (2012). Adverse outcomes of IVF/ICSI pregnancies vary depending on aetiology of infertility. *International Scholarly Research Notices*, doi: 10.5402/2012/451915

Lag om assisterad befruktning 1237/2006. (2006).
<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2006/20061237> [Hämtad: 10.5.2023]

Lehto, S., Sevón, E., Laakso, M-L. & Rönkä, A. (2021). Infertility as a lonely struggle? Coping stories of previously infertile women. *Health Care for Women International*, 44(4), 397–417. doi: 10.1080/07399332.2021.2007246

Lindgren H., Christensson K., Dykes A. & Abascal G. (2022). *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB

Mae Sincero, S. (2012). *Maslow's Hierarchy of Needs*. Explorable.
<https://explorable.com/maslows-hierarchy-of-needs> [Hämtad: 2.5.2023]

Maslow, A.H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
<https://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm> [Hämtad: 5.10.2022]

McLeod, S. (2007). *Maslow's Hierarchy of Needs*. SimplyPsychology
<https://www.simplypsychology.org/maslow.html> [Hämtad: 11.10.2022]

Mental Health Foundation. (2022). *Physical health and mental health*.
<https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/physical-health-and-mental-health> [Hämtad: 11.10.2022]

Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. (2012a). Hedelmättömyyden hoidot – osa I. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 128(14), 1478-1485.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/14/duo10381?keyword=Hedelm%C3%A4tt%C3%B6myyden%20hoidot> [Hämtad: 7.11.2022]

Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. (2012b). Hedelmättömyyden hoidot – osa II. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 128(15), 1568-1575.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/15/duo10440?keyword=lapsettomuus%20>
 [Hämtad: 10.5.2023]

Murray, S.P. (2022). *Updating Maslow's Hierarchy of Needs*. RealTime Performance
<https://www.realtimetype.com/updates/maslows-hierarchy-of-needs/> [Hämtad 10.10.2022]

Namdar A., Naghizadeh M.M., Zamani M., Yaghmaei F. & Sameni M.H. (2017). Quality of life and general health of infertile women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(139), doi: 10.1186/s12955-017-0712-y

N-Wihlbäck, A-C. & Wulff, M. (2004). ABC om Basal infertilitetsutredning. *Läkartidningen*, 45(101), 3525-3529
<https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/2004/29374.pdf>

Odlind, C. (2015). *Social samvaro skyddar vår hälsa*. Karolinska institutet.
<https://nyheter.ki.se/social-samvaro-skyddar-var-halsa> [Hämtad: 11.10.2022]

Patel, A., Sharma, P.S.V.N. & Kumar, P. (2018). "In Cycles of Dreams, Despair, and Desperation:" Research Perspectives on Infertility Specific Distress in Patients Undergoing Fertility Treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(4), 320-328. doi: 10.4103/jhrs.JHRS_42_18.

Ramirez-Duran, D. (2021). *What Is Social Wellbeing? 12+ Activities for Social Wellness*. PositivePsychology. <https://positivepsychology.com/social-wellbeing/#activities> [Hämtad 11.10.2022]

Revonta, M., Raitanen, J., Sihvo, S., Koponen, P., Klemetti, R., Männistö, S. & Luoto, R. (2010). Health and life style among infertile men and women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(3), 91-98. doi: 10.1016/j.srhc.2010.06.002

Rova, K., Passmark, H. & Lindqvist, P.G. (2012). Venous thromboembolism in relation to in vitro fertilization: an approach to determining the incidence and increase in risk in successful cycles. *Fertility & Sterility*, 97(1), 95-100. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.10.038

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjälje, J. (2021). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi* (3. uppl.). Stockholm: Liber AB.

Sevcan, F. & Merlinda, A.T. (2021). Communication between infertile women and nurses: facilitators, barriers and requirements for improving. *Psychology, Health & Medicine*, 27(8), 1704-1714. doi: [10.1080/13548506.2021.1916959](https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916959)

Shandley, L.M., Hipp, S.H., Anderson-Bialis, J., Anderson-Bialis, D., Boulet, S.L. McKenzie, L.J. & Kawwass, J.F. (2020). Patient-Centered Care: Factors Associated with Reporting a Positive Experience at United States Fertility Clinics. *Fertility & Sterility*, 113(4), 797–810. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.12.040.

Skedgel, C., Ralphs, E., Finn, E., Markert, M., Samuelson, C. & Whitty J.A. (2022). How Do People with Experience of Infertility Value Different Aspects of Assistive Reproductive Therapy? Results from a Multi-Country Discrete Choice Experiment. *The Patient – Patient-Centered Outcomes Research*, 15, 459-472. doi: 10.1007/s40271-021-00563-7 [Hämtad: 2.1.2023]

Sormunen, T., Karlgren, K., Aanesen, A., Fossum, B. & Westerbotn, M. (2020) The role of social media for persons affected by infertility. *BMC Women's Health*, 20(112). doi: 10.1186/s12905-020-00964-0

Suomi.fi (2021). *Ofrivillig barnlöshet och fertilitetsbehandling*. <https://www.suomi.fi/medborgare/parforhallande-och-familj/fa-och-varda-barn/guide/infertilitetsbehandling-och-adoption/ofrivillig-barnloshet-och-fertilitetsbehandling> [Hämtad 26.9.2022]

Taebi, M., Kariman, N., Montazeri, A. & Alavi Majd, H. (2021). Infertility Stigma: A qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 15(3), 189-196. doi: 10.22074/ijfs.2021.139093.1039

TENK. (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

TENK. (2019). *Etiska principer för humanforskning och etikprovning inom humanvetenskaperna i Finland: Forskningsetiska delegationens anvisningar 2019*. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf

THL. (2022). *Assisterad befruktning 2020-2021 – Antal fertilitetsbehandlingar ökade 2021*. Statistikrapport 25/2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144572/Assisterad_befruktning_2020_2021.pdf?sequence=5&isAllowed=y [Hämtad: 3.5.2023]

Thörn Å., Bunne M. & Hallberg H. (2001). Kvalitativa forskningsmetoder i klinisk medicinsk praxis. *Läkartidningen*, 12(98). <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/2001/22617.pdf>

Tiitinen A. (2021a). *Lapsettomuus*. Duodecim, Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00151/lapsettomuus?q=lapsettomuus> [Hämtad 4.5.2022]

Tiitinen A. (2021b). *Naisen lapsettomuus*. Duodecim, Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00737/naisen-lapsettomuus?q=infertiliteetti> [Hämtad 8.5.2022]

Tiitinen, A. (2022a). *Gynekologinen ultraäänitutkimus*. Duodecim, Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00126> [Hämtad: 10.11.2022]

Tiitinen, A. (2022c). *Normaali kuukautiskierto*. Duodecim, Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00158/normaali-kuukautiskierto?q=normaali%20kuukautiskierto> [Hämtad: 10.5.2023]

Umberson, D. & Karas Montez, J. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behaviour*, 51(1), 54-66 doi: 10.1177/0022146510383501

West, M. (2022). *Maslow's hierarchy of needs: Use and criticisms*. Medical News Today. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/maslows-hierarchy-of-needs> [Hämtad: 6.10.2022]

WHO. (u.å.a). *Infertility*. https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1 [Hämtad 4.5.2022]

WHO. (u.å.b). *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution*. <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Hämtad 4.5 2022]

WHO. (2022). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Hämtad 11.10.2022]

Xu H., Ouyang N., Li R., Tuo P., Mai M. & Wang W. (2017). The effects of anxiety and depression on in vitro fertilisation outcomes of infertile Chinese women. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 37-43. [doi: 10.1080/13548506.2016.1218031](https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1218031)

ÅUCS. (u.å.). *Infertilitetsundersökningar och behandlingar*. <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHPRuotsi/Infertilitetsunders%C3%B6kningar%20och%20behandlingar.pdf>

ÅUCS. (2019). *Barnlöshet*. <https://www.vsshp.fi/sv/hoito-ja-tutkimukset/Sidor/lapsettomuus.aspx> [Hämtad 4.5.2022]

Informationsbrev

Bästa deltagare!

Våra namn är Lova Byggningsbacka och Lina Hyöty och vi studerar tredje året till hälsovårdare vid Yrkehögskolan Novia. Vi utför för tillfället vårt examensarbete om hur kvinnors hälsa påverkas av fertilitetsvården med hjälp av en kvalitativ intervjustudie. Syftet med examensarbetet är att belysa hur kvinnorna upplever sin hälsa ur ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv. Vårt mål är att öka vårdpersonalens kunskap om kvinnans helhetshälsa och därmed kunna bidra till att förbättra kvinnors upplevelse av fertilitetsvården. Med hjälp av din värdefulla kunskap önskar vi kunna bidra till att göra kvinnans röst hörd.

Intervjun är helt frivillig och du kan avbryta din medverkan, utan förklaring, när som helst under studiens gång. Materialet kommer endast att användas till detta examensarbete. Intervjun utförs enligt överenskommelse endera som ett fysiskt möte eller online. Med din tillåtelse kommer vi att banda intervjun. Bandningen transkriberas och ljudfilen förstörs därefter. Intervjun är en semistrukturerad intervju, vilket innebär att intervjun består av 14 på förhand bestämda frågor, men vi kan även ställa följdfrågor. Om du inte vill besvara en fråga så är det okej. Det är endast vi som har tillgång till materialet och det behandlas konfidentiellt under hela studiens gång. Personliga uppgifter som kan avslöja din identitet kommer inte tas med, men citat utan personlig information kan dock förekomma. Studien kommer att publiceras på theseus.fi.

Tack för ditt deltagande!

Med vänliga hälsningar,
Lova Byggningsbacka och Lina Hyöty

Samtyckesblankett

Härmed samtycker jag till att mitt deltagande i studien är frivilligt och att jag fått information om studien, samt godkänner att materialet används i resultatet.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Ansvariga för examensarbetet intygar att materialet som samlas in under intervjun behandlas konfidentiellt.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Kontaktuppgifter:

Studerande

Lova Byggningsbacka

lova.byggningsbacka@edu.novia.fi

Studerande

Lina Hyöty

lina.hyoty@edu.novia.fi

Handledande lärare

Marie Hjortell

marie.hjortell@novia.fi

Intervjufrågor

Förnamn:

Ålder:

Boendeort:

Barnets/barnens födelseår:

1. Vem ingår i din familj?
2. När började du och din partner aktivt försöka få barn?
3. Efter hur lång tid sökte ni hjälp, och var?
4. Vilka utredningar genomgick du? Hittades någon orsak till infertiliteten?
5. Hur upplevde du utredningarna? (din egen hälsa, första mötet med fertilitetsvården, vårdpersonalens bemötande)
6. Vilka behandlingar genomgick du?
7. Hur upplevde du behandlingarna? (din egen hälsa, skillnader mellan olika behandlingar, vårdpersonalens bemötande)
8. Orsakade behandlingarna några biverkningar och/eller komplikationer? I så fall, begränsades du av biverkningarna/komplikationerna?
9. Hur upplevde du din fysiska hälsa under vårdperioden? (livsstilsförändringar, begränsningar)
10. Hur upplevde du din psykiska hälsa? (självkänsla, personlig utveckling, tankar, känslor och rädslor)
11. Hur upplevde du din sociala hälsa? (parrelation, relation till vänner och familj, arbete, hobbyer och intressen, stöd från omgivningen)
12. Hur påverkade infertiliteten dig senare under graviditeten?
13. Hur upplevde du stödet av vårdpersonalen? Är du nöjd med vården du fått?
14. Har du några förslag på hur man kunde förbättra fertilitetsvården?