

**"Den misslyckade kvinnan som inte kan göra det mest naturliga:  
att kunna skapa ett barn"**

— En enkätstudie om hur kvinnans psykiska hälsa påverkas vid ofrivillig barnlöshet

Miranda Westerback

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

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2024

## EXAMENSARBETE

Författare: Miranda Westerback  
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa  
Handledare: Anita Wikberg

Titel: "Den misslyckade kvinnan som inte kan göra det mest naturliga: att kunna skapa ett barn"  
— En enkätstudie om hur kvinnans psykiska hälsa påverkas vid ofrivillig barnlöshet

---

Datum: 16.5.2024

Sidantal: 71

Bilagor: 3

---

### Abstrakt

Ofrivillig barnlöshet också kallat infertilitet drabbar många människor någon gång under deras levnadstid och syftet med denna studie var att belysa kvinnors känslomässiga upplevelser vid ofrivillig barnlöshet samt hur relationer påverkas och hur kvinnor upplever eller har upplevt vårdpersonalens bemötande och stöd i samband med den ofrivilliga barnlösheten.

Mera specifikt var min avsikt att lyfta fram hur kvinnans psykiska hälsa påverkas vid ofrivillig barnlöshet och vilka känslor som uppstår till följd av den. Genom att skapa förståelse för kvinnors upplevelser och känslor är det också lättare att vara närvarande och stötta personer på rätt sätt. Därför önskade jag belysa betydelsen av vårdpersonalens bemötande och stöd vid ofrivillig barnlöshet. Studien avgränsades till kvinnor som genomgår eller genomgått fertilitetsbehandlingar i åldern 18-45 år.

Studien genomfördes med hjälp av en kvalitativ webbenkät med kvantitativa inslag som omfattade frågor med både öppna och fasta svarsalternativ. Innehållsanalys användes till den kvalitativa metoden och beskrivande statistik till den kvantitativa metoden. Den kvalitativa anonyma webbenkäten skickades ut på sociala medier för att komma åt så många kvinnor med ofrivillig barnlöshet som möjligt. Sammanlagt 41 svar inkom.

I resultatet framkommer det att den ofrivilliga barnlösheten ger upphov till känslomässig turbulens där man ständigt tampas mellan hopp och besvikelse. Stressen och den påfrestande längtan och väntan som uppstår till följd av den ofrivilliga barnlösheten skapar ett stort tryck på den psykiska hälsan. Olika relationer sätts på spel när det gäller den ofrivilliga barnlösheten. Allt från parförhållandet, hur kvinnorna upplever andras graviditeter och moderskap samt kvinnans självbild påverkas. Vården kring ofrivillig barnlöshet är betydelsefull för den drabbade och vårdpersonalen har en stor betydelse kring hur upplevelsen känns för den drabbade. Kvinnorna poängterar starkt hur stor del stödet har i denna svåra process. Det psykiska måendet påverkas mera än det fysiska måendet, vilket betyder att vårdpersonalen skulle behöva lägga mer tyngd på det psykosociala stödet under hela processens gång.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: ofrivillig barnlöshet, psykisk hälsa, relationer, stöd, bemötande, enkätstudie

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Miranda Westerback  
Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidtaja, Vaasa  
Ohjaaja(t): Anita Wikberg

Nimike: "Se epäonnistunut nainen, joka ei voi tehdä kaikkein luonnollisinta: lapsen luominen"  
— Kyselytutkimus siitä, miten naisen mielenterveyteen vaikutetaan tahattomasti lapsettomuuden yhteydessä

---

Päivämäärä: 16.5.2024

Sivumäärä: 71

Liitteet: 3

---

### Tiivistelmä

Tahaton lapsettomuus, jota kutsutaan myös hedelmättömyydeksi, vaikuttaa moneen ihmiseen jossain vaiheessa heidän elinaikanaan, ja tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esiin naisten tunneperäiset kokemukset tahattomasta lapsettomuudesta sekä siitä, miten se vaikuttaa ihmissuhteisiin ja miten naiset kokevat tai ovat kokeneet hoitohenkilökunnan kohtelua ja tukea, joka liittyy haluttomaan lapsettomuuteen.

Tarkemmin sanottuna tarkoituksenani oli korostaa sitä, miten naisen mielenterveyteen vaikuttavat tahattomasti lapsettomuus ja siitä johtuvat tunteet. Myös ymmärtämällä naisien kokemuksia ja tunteita on helpompaa olla läsnä ja tukea ihmisiä oikealla tavalla. Halusin siksi korostaa terveydenhuollon ammattilaisten hoidon tärkeyttä ja tukea tahattoman lapsettomuuden yhteydessä. Tutkimus rajattiin naisille, joilla on meneillään tai on käynyt 18–45-vuotiaita hedelmällisyshoitoja.

Tutkimus tehtiin kvalitatiivisen verkkokyselyn avulla, johon sisältyi sekä avoimia että kiinteitä vastausvaihtoehtoja sisältäviä kysymyksiä. Sisältöanalyysiä käytettiin laadulliseen menetelmään ja kuvailevia tilastoja määrälliseen menetelmään. Kvalitatiivinen anonyymi nettikysely lähetettiin sosiaalisessa mediassa, jotta saataisiin mahdollisimman monta tahatonta lapsettomuutta sairastavaa naista. Vastauksia saatiin yhteensä 41 kappaletta.

Seurauksena on, että tahaton lapsettomuus aiheuttaa tunneperäistä turbulenssia, jossa toivoa ja pettymystä tallataan jatkuvasti. Tahattomasta lapsettomuudesta johtuva stressi ja rasittava kaipuu ja odottelu aiheuttavat suurta painetta mielenterveydelle. Tahattoman lapsettomuuden suhteen vaakalaudalla ovat erilaiset suhteet. Se vaikuttaa aina parisuhteesta, siitä miten naiset kokevat toisten raskaudet ja äitiyden sekä naisen omakuvan. Tahattoman lapsettomuuden hoito on uhrille tärkeää, ja hoitohenkilöstöllä on suuri merkitys siitä, millainen kokemus hänellä on. Naiset korostavat voimakkaasti tuen määrää tässä vaikeassa prosessissa. Psykososiaaliseen tukeen vaikuttaa enemmän kuin fyysinen hyvinvointi, mikä tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon ammattilaisten olisi painotettava enemmän psykososiaalista tukea koko prosessin ajan.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Tahaton lapsettomuus, mielenterveys, suhteet, tuki, hoito, kyselytutkimus

## BACHELOR'S THESIS

Author: Miranda Westerback  
Degree Programme: Nurse, Vaasa  
Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: "The Failed Woman, who Cannot do the Most Natural Thing: Being Able to Create a Child"  
— A Survey Study on how Women's Mental Health is Affected by Involuntary Childlessness

---

Date: 16.5.2024

Number of pages: 71

Appendices: 3

---

### Abstract

Involuntary childlessness, also called infertility, affects many people at some point during their lifetime and the aim of this study was to highlight women's emotional experiences of involuntary childlessness, how relationships are affected and how women experience or have experienced the treatment and support of health professionals in connection with the involuntary childlessness.

More specifically, my intention was to highlight how a woman's mental health is affected by involuntary childlessness and what feelings arise as a result of it. By creating an understanding of women's experiences and feelings, it is also easier to be present and support people in the right way. That is why I wanted to highlight the importance of care workers' response and support in case of involuntary childlessness. The study was limited to women undergoing or who had undergone fertility treatments aged 18-45.

The study was conducted using a qualitative online questionnaire with quantitative elements that included questions with both open and fixed answer options. Content analysis was used for the qualitative method and descriptive statistics for the quantitative method. The qualitative anonymous web survey was sent out on social media to access as many women with involuntary childlessness as possible. A total of 41 replies were received.

The result shows that involuntary childlessness gives rise to emotional turbulence in which one constantly struggles between hope and disappointment. The stress and the strenuous longing and waiting that arises from the involuntary childlessness creates a great pressure on mental health. Various relationships are put on stake when it comes to involuntary childlessness. Everything from the couple relationship, how women experience other people's pregnancies and motherhood as well as the woman's self-image is affected. The care around involuntary childlessness is very significant for the person affected and the care staff creates a great importance around how the experience feels for the person affected. The women strongly emphasize how much support they have in this difficult process. Mental well-being is more affected than physical well-being, which means that health care workers would have to put more emphasis on psychosocial support throughout the process.

---

Language: Swedish

Key words: involuntary childlessness, mental health, relationships, support, survey study

# Innehållsförteckning

1	Inledning .....	1
2	Syfte och frågeställning .....	2
3	Bakgrund.....	3
3.1	Vad innebär fertilitet? .....	3
3.2	Lagen om fertilitetsbehandlingar i Finland.....	4
3.3	Statistik .....	7
4	Ofrivillig barnlöshet.....	8
4.1	Orsaker.....	9
4.1.1	Kvinnan.....	9
4.1.2	Mannen .....	11
4.1.3	Gemensamt hos båda könen.....	13
4.2	Utredning och undersökningar .....	13
4.2.1	Kvinnan.....	15
4.2.2	Mannen .....	16
4.3	Behandling .....	17
4.3.1	Hormoner .....	18
4.3.2	Insemination.....	19
4.3.3	Provrörsbefruktning (IVF).....	19
4.3.4	ICSI: IVF med mikroinjektion .....	20
4.3.5	Frysbehandling .....	21
4.3.6	Äggdonation .....	21
4.3.7	Spermiedonation .....	22
4.3.8	Adoption och fosterföräldrar .....	22
5	Påverkan på den psykiska hälsan vid ofrivillig barnlöshet .....	23
5.1	Affektiva störningar .....	25
5.2	Ångeststörningar .....	25
5.3	Psykosor .....	25
5.4	Stress.....	26
5.5	Sociala situationer .....	26
5.6	Depression .....	27
5.7	Känslor .....	27
5.8	Tankar .....	28
5.9	Parrelationen, kriser och sexualitet .....	29
5.10	Upplevelser .....	31
6	Stöd och bemötande .....	32

7	Teoretisk utgångspunkt.....	35
7.1	Lidandets drama.....	36
7.2	Hälsa och lidande.....	37
7.3	Olika former av lidande.....	38
7.4	Lidandet kan lindras.....	40
8	Metod.....	40
8.1	Datainsamling - kvalitativ enkätstudie med kvantitativa inslag.....	40
8.2	Urval.....	42
8.3	Dataanalys.....	42
8.4	Etiska överväganden.....	43
9	Resultat.....	44
9.1	De slutna frågornas resultat.....	44
10	De öppna frågornas resultat - Tabell med kategorier och subkategorier.....	51
10.1	Faktorer som påverkar/påverkat kvinnans psykiska hälsa vid ofrivillig barnlöshet 52	
10.1.1	Känslor.....	52
10.1.2	Fertilitetsbehandlingar.....	53
10.1.3	Psykiska besvär & tillstånd.....	54
10.1.4	Existentiell kris.....	55
10.2	Den ofrivilliga barnlöshetens påverkan på relationer.....	55
10.2.1	Parförhållandet.....	56
10.2.2	Andras graviditeter & moderskap.....	56
10.2.3	Kvinnans självbild.....	57
10.3	Kvinnors upplevelse av stöd och bemötande av vårdpersonal.....	58
10.3.1	Vikten av stöd.....	58
10.3.2	Positivt bemötande.....	59
10.3.3	Negativt bemötande.....	59
11	Diskussion.....	60
11.1	Metoddiskussion.....	60
11.2	Resultatdiskussion.....	63
11.3	Slutsats.....	66
12	Källförteckning.....	67

## Förteckning över Bilagor

Bilaga 1: Inlägg

Bilaga 2: Informationstext i Google Docs

Bilaga 3: Enkät

# 1 Inledning

Ofrivillig barnlöshet dvs infertilitet innebär ett tillstånd i det kvinnliga eller manliga reproduktionssystemet som definieras som oförmågan att bli gravid trots regelbundet oskyddat samlag i 12 månader. Infertilitet kan således orsaka omfattande lidande, stigmatisering samt problem med ekonomin vilket då inverkar på människans psykosociala men också det mentala välbefinnandet. (WHO, 2023).

Enligt Dagens Medicin (2013) är att vara ofrivilligt barnlös inte en sjukdom som är dödlig men däremot en väldigt stor orsak till ohälsa hos individen. Denna sjukdom kan inte ses utifrån men har däremot en inverkan som är stor på den psykiska hälsan hos de som är drabbade.

Ofrivillig barnlöshet också kallat infertilitet drabbar många människor någon gång under deras levnadstid. Cirka 1 av 6 vuxna människor i världen lider av ofrivillig barnlöshet, detta betyder cirka 17,5% av den vuxna befolkningen. Detta indikerar således ett akut behov av att förbättra samt höja möjligheten till högkvalitativ fertilitetsvård till låga priser till de som är drabbade. (WHO, 2023).

Mängden ofrivilliga barnlösa kvinnor i Finland år 2020 är cirka 20 procent vilket är något högre än grannländerna Sverige, Norge samt Danmark. I Finland sjunker nativiteten eftersom finländarna får allt färre barn. Under första halvåret 2023 föddes 21 180 barn, det innebär att det är mer än tusen färre än vid samma tidpunkt förra året och mer än 8000 människor dog. (Statistikmyndigheten, 2020; Weckström, Grönroos, 2023).

Enligt Finlands läkarförbund (2021) och Simpukka ry (u.å.) lider var femte person i Finland som är i en fertil ålder av ofrivillig barnlöshet och cirka 60 procent av dessa barnlösa par söker hjälp till fertilitetsbehandlingar. Det är aldrig någon självklarhet att man lyckas bli gravid och att inte lyckas är för många en stor sorg men också en av livets största kriser som någon genomgår. Omgivningens attityd, krav samt önskemål kan ibland göra att krisen förvärras och är ännu svårare att hantera. Viktigt att också betona är att alla upplever ofrivillig barnlöshet på olika sätt och behöver stöd och hjälp på olika sätt. Utöver den medicinska hjälpen man kan få är det också viktigt att lyfta upp att psykosocialt stöd men också stöd från andra som är ofrivilligt barnlösa kan hjälpa i den svåra situationen man befinner sig i.

Inom den offentliga sektorn utförs det i allt större utsträckning befruktningsbehandlingar med egna könsceller samt könsceller som är donerade. Antalet assisterade graviditeter som påbörjades 2021 var cirka 15 300. Preliminära data tydde på omkring 14 400 behandlingar påbörjades 2022, vilket betyder 6,1% mindre än ett år tidigare. År 2020 började universitetssjukhusen inom den offentliga sektorn ge behandlingar med donerade könsceller vilket bidrog till att år 2021–2022 ökade antalet behandlingar. Den offentliga sektorn har med behandlingar med donerade könsceller stått för 32,4% år 2022, vilket betyder fler än någonsin tidigare. År 2021 slutade 18,4% av de assisterade graviditeterna med att ett barn föddes men än år 2020 blev andelen på likadan nivå. Omkring 2880 barn föddes genom behandlingarna, vilket betyder att i huvudsak 6,2% av alla barn som föddes (år 2020 var det 4,9%). (THL, 2023).

Det diskuteras inte i samhället om i stor utsträckning om hur det är att vara ofrivilligt barnlös och hur det påverkar individers hälsa både fysiskt, psykisk och socialt. Vem som helst när som helst kan drabbas av detta. Därför är det viktigt att lyfta fram detta känsliga ämne att mer lättare och öppet kunna diskutera om hur ofrivilligt barnlösas hälsa och välmående påverkas. Genom att skapa förståelse för andras upplevelser och känslor är det också lättare att vara närvarande och stötta personer på rätt sätt. Därför är det viktigt att lyfta fram och betona detta ämne mer både för vårdpersonal, anhöriga och hela samhället. I denna studie fokuseras det därför på hur kvinnans hälsa påverkas men även också hur bemötandet kan förbättras.

## 2 Syfte och frågeställning

Syftet med denna studie är att belysa kvinnors känslomässiga upplevelser vid ofrivillig barnlöshet samt hur relationer påverkas och hur kvinnor upplever eller har upplevt vårdpersonalens bemötande och stöd i samband med den ofrivilliga barnlösheten.

Mera specifikt är min avsikt att lyfta fram hur kvinnans psykiska hälsa påverkas vid ofrivillig barnlöshet och vilka känslor som uppstår till följd av den. Genom att skapa förståelse för kvinnors upplevelser och känslor är det också lättare att vara närvarande och stötta personer på rätt sätt. Därför önskar jag att belysa betydelsen av vårdpersonalens

bemötande och stöd vid ofrivillig barnlöshet. Studien avgränsas till kvinnor som genomgår eller har genomgått fertilitetsbehandlingar.

Studiens frågeställningar:

- 1) Hur påverkas kvinnans psykiska hälsa vid ofrivillig barnlöshet?
- 2) Hur påverkas relationer vid ofrivillig barnlöshet?
- 3) Vilket stöd och bemötande upplever/upplevt kvinnor av vårdpersonal vid ofrivillig barnlöshet?

### 3 Bakgrund

I bakgrunden tas det upp vad fertilitet, infertilitet och sterilitet innebär samt orsaker, upplevelser och behandling samt vad man kommit fram till i tidigare forskning.

#### 3.1 Vad innebär fertilitet?

Vid fertilitet är åldern en avgörande roll. Fertil ålder innebär den tid då kvinnan kan bli gravid och få barn och kännetecknas av menstruationscyklar som är regelbundna, men avvikelser är också vanliga. Kvinnan är som mest fertil vid en ålder på 22–26 år. Fertiliteten avtar gradvis efter 35 års åldern fram till menopausen eller det så kallade klimakteriet vilket innebär då menstruationen och ägglossning upphör vilket då betyder att kvinnans fertila period är förbi. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens & Wangel, 2019, s. 33)

Vid 20–30 årsåldern är kvinnan som mest fertil och börjar avsevärt sjunka vid 35 årsåldern vilket innebär att befruktningen blir betydligt svårare. Manlig infertilitet minskar också efter 30 årsåldern, men hos dem är det inte lika betydande som hos kvinnan. Generellt sätt kan man påpeka att under 30 år är man som mest fertil hos båda könen. (Ovumia, u.å.).

I cirka 35 år förbereder sig en kvinnas kropp varje månad för en ny chans att bli gravid. Ägget mognar, lossnar samt lämnar äggstocken och färdas sakta ner i äggledaren och möter

så småningom en spermie som kan forcera in i ägget. Processen styrs av en rad olika hormoner som i blodet stiger men också sjunker under menstruationscykeln. (Bratt, 2013, s. 19).

Hos fertila kvinnor förekommer en blödning varje månad som kallas menstruation. Menstruationen är vanligtvis 3–8 dagar och inträffar var 23-25:e dag, men det förekommer individuella variationer från kvinna till kvinna. Menscykeln definieras som en period som stäcker sig från den första dagen av menstruationen till den första dagen av nästa mens. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens & Wangel, 2019, s. 33)

Nyckelverktyget för att kunna bli gravid är ägglossning. När ägglossningen infaller kan variera från kvinna till kvinna, beroende på till exempel hur lång menstruationscykeln är samt om man har en regelbunden mens. När man blir äldre blir också menstruationscykeln kortare vilket innebär att en kvinna i åldern 40 år kan ha en menstruationscykel som ligger cirka på 26 dagar jämfört när man är i en yngre ålder där cykeln brukar ligga runt 30 dagar. Follikelfasen kallas den period före ägglossningen och det är den fasen som vanligtvis skiljer sig mellan kvinnor. Lutealfasen är tiden efter ägglossningen vilket betyder att den så gått som 14 dagar lång i de flesta fall. De flesta kvinnor har ägglossning mitt i menstruationscykeln, runt dag 14 om kvinnan har en 28-dagarscykel, alltså cirka 12–14 dagar före mens. Två dagar före ägglossning eller på ägglossningsdagen är det som störst chans att lyckas bli gravid. Ägglossning kan kännas och upplevas olika för kvinnorna. Det kan kännas som en tillfällig buksmärta, en liten fläckblödning som är vaginal eller att flytningarna ändrar konsistens. Flytningarna kan bli slemmiga, klarare, rikligare men även tråddragande vilket kan jämföras med en äggvita som är rå. (Bratt, 2013, s. 19–20; Borgfeldt m.fl., 2019, s. 34).

### 3.2 Lagen om fertilitetsbehandlingar i Finland

I Finland regleras lagen om assisterad befruktning genom Finlands lagstiftning. Denna lag trädde i kraft den 1 september 2007 och styr samt reglerar användningen av olika metoder som stödjer att par som inte kan få barn på naturlig väg kan bli gravida. (Lag om assisterad befruktning 2006/1237).

Assisterad befruktning involverar insamling samt bearbetning av könsceller i ett laboratorium, vanligtvis genom insemination eller provrörsbefruktning, och dessa

behandlingar regleras av lagen om assisterad befruktning. Både insemination och provrörsbefruktning kan utföras antingen med egna eller donerade könsceller. I Finland tillåts fertilitetsbehandlingar för heterosexuella par, kvinnliga par och ensamstående kvinnor men däremot är surrogatmoderskap inte tillåtet. (Söderström-Anttila & Laivuori, 2018).

Lagen om assisterad befruktning har för avsikt att könsceller eller ett embryo överförs in i kvinnans livmoder i syfte till att bli gravid. Det som också omfattar lagen är förvaring samt donation av embryon eller könsceller som används vid befruktning (Lag om assisterad befruktning 2006/1237, §1).

I vissa fall kan assisterad befruktning stoppas och detta gäller om patienten inte gett sitt skriftliga samtycke, avlidit eller dragit tillbaka sitt samtycke. Om kvinnans hälsotillstånd eller ålder medför en risk för att graviditeten kan skada antingen kvinnan själv eller barnet samt om det är uppenbart att uppväxten som barnet skulle kunna få inte kan garanteras kan också den assisterade befruktningen hindras. (Lag om assisterad befruktning 2006/1237, §8). Behandlingar med donerade könsceller tillåts oberoende parternas kön eller förhållande (Lag om assisterad befruktning 2006/1237, §2).

Om ingreppet har skett i arvsmassan eller om embryot har skapats genom kloning, är det förbjudet att använda könsceller samt embryon. Dessa får heller inte användas i forskning, förutom om observationer har genomförts för att förbättra livsdugligheten eller säkerställa en arvs massa som är frisk. Dessa åtgärder eller observationer bör utföras utan att påverka den naturliga utvecklingen. (§4). Om personen vars könsceller har lagrats återkallar sitt samtycke eller avlider, ska de lagrade könscellerna eller embryona genast förstöras (Lag om assisterad befruktning 2006/1237, §6).

En människa kan fritt fram donera könsceller om de är över 18 år gammal. För att få göra detta bör också personen gå igenom en hälsoundersökning och godkännas i denne. Hälsogranskningen syftar till att garantera att donatorn inte har smittsam eller ärftlig allvarlig sjukdom som skulle kunna få konsekvenser för kvinnan som går igenom den assisterade befruktningen eller för det blivande barnet. (Lag om assisterad befruktning 2006/1237, §13).

För de donerade könscellerna ges ingen ersättning men det kan finnas möjlighet till kompensation för eventuella inkomstförluster (Lag om assisterad befruktning 2006/1237, §21). Barn som fötts genom assisterad befruktning med donerade könsceller eller embryo har vid 18 års ålder rätt att anhålla om information om donators identitet (Lag om assisterad befruktning 2006/1237, §23).

Assisterade befruktningar är inte tillåtna om någon av partnerna som genomgår behandlingen är gift eller lever i ett registrerat partnerskap med någon annan, om en graviditet anses vara en allvarlig risk på basis av kvinnans ålder eller hälsa, om det tydligt framgår att barnet inte kan garanteras en ordentlig uppväxt, eller om det finns misstankar om att barnet kommer att överlämnas för adoption. Om assisterad befruktning likväl genomförs med avsikt, trots dessa bestämmelser så kan personen som genomför behandlingen straffas med böter. (Lag om assisterad befruktning 2006/1237, §35).

Vid brist på fungerande ägg eller spermier kan donerade könsceller användas för assisterad befruktning. I Finland har donerade spermier använts sedan början av 1980-talet och donerade ägg och embryon sedan början 1990-talet. (Söderström-Anttila & Laivuori, 2018).

Det är sällan framgångsrikt att genomföra standard-IVF för kvinnor över 43 år. Emellertid kan äggdonation från en ung och frisk kvinna möjliggöra graviditet även långt efter 50-årsåldern, förutsatt att kvinnan har en fungerande livmoder. I Finland utförs behandling med äggdonation vanligtvis upp till 45–46 års ålder om kvinnan är frisk. (Söderström-Anttila & Laivuori, 2018).

Enligt (Julkari, 2024) har de flesta behandlingskliniker har fastställt en övre åldersgräns för deltagande i fertilitetsbehandling, även om ingen lag anger någon åldersgräns. Generellt sett är åldersgränsen 40–47 år för kvinnor men denna gräns skiljer sig lite mellan olika kliniker. Åldersgränsen inom den offentliga sektorn var lägre än inom den privata sektorn, vanligtvis 40 år.

Vanligtvis inom den offentliga sektorn finns det en övre åldersgräns för män som ligger på 60 år och som deltar i behandling som ett par. För äggdonatorer är den generella övre åldersgränsen 35 år, medan den för spermatorer i genomsnitt ligger mellan 40–45 år. (Julkari, 2024).

Inom privata sektorn och den offentliga sektorn varierar också antalet behandlingsomgångar som tillåts. Inom den offentliga sektorn har det fastställts en gräns på tre behandlingar vilket skiljer sig åt från privata kliniker. Gränserna varierar försåts mellan olika kliniker. (Julkari, 2024).

Nuförtiden skjuter kvinnor och unga par ofta upp graviditeter och familjebildning till en tidpunkt då den åldersrelaterade fertiliteten redan börjat minska. Kvinnans fertilitet minskar efter 30-årsåldern och upphör cirka tio år före menopausen, som vanligtvis inträffar vid 51 års ålder. Med tanke på att allt fler väljer att skjuta upp barnafödande till senare åldrar, har möjligheten till att frysa ner ägg för framtida bruk, kallar social äggfrysning, blivit mer vanligt. Den optimala perioden för äggfrysning anses vara när kvinnan är mellan 23 och 30 år gammal. (Söderström-Anttila & Laivuori, 2018).

### 3.3 Statistik

I Finland ansöker årligen cirka 3000–4000 par eller ensamstående kvinnor om vård eller infertilitetsbehandling. (Tiitinen, 2022).

Andelen barnlösa kvinnor under 35 år ökar kraftigt. I en undersökning som THL utfört vilket benämns "hälsosamma Finland", framkommer det att 73 procent av kvinnor i en ålder mellan 20–34 år ännu inte blivit mödrar och innebär en ökning sedan 2017 med hela åtta procentenheter. (THL, 2024).

I åldersgruppen 30–74 år har 16 procent av kvinnorna och 11 procent av männen upplevt ofrivillig barnlöshet. De som har kämpat med ofrivillig barnlöshet och som har sökt sig till fertilitetsundersökningar eller behandlingar är ungefär 60 procent. Hälften av dessa har sedan lyckats bli gravida och fått barn genom behandlingar. (THL, 2024).

Preliminära siffror från 2023 bekräftar att den temporära ökningen av antalet födslar under pandemiåren 2020–2021 har upphört och att antalet födslar kommer att fortsätta att minska. Trenden i den minskade födelsetalen fortsätter eftersom det visar sig att det under tidsperioden januari till september detta år föddes 4,5 procent färre barn än vad det gjorde under samma period år 2022. (Fredriksson, 2023).

Enligt THL (2023) fortsätter föderskornas genomsnittliga ålder att stiga. En fjärdedel av förstföderskor är över 35 år. Under 2021 kom 49 762 barn till världen i Finland, vilket

motsvarar en ökning med 6,6 % jämfört med året innan. Antalet nyfödda barn minskade stadigt från 2011 tills det vände och år 2020 började öka tillbaka. (THL, 2023)

Genomsnittsåldern för kvinnor som föder barn har ökat under de senaste åren. År 2021 låg medelåldern för samtliga föderskor på 31,6 år medan medelåldern för kvinnor som får sitt första barn var 30,0 år. Av alla föderskor var 25,8 % över 35 år, medan endast 1,1, procent var under 20 år. År 2021 var 16,2 procent av förstföderskorna över 35 år, jämfört med 10,8 procent för tio år sedan. (THL, 2023).

## 4 Ofrivillig barnlöshet

Infertilitet eller så kallad ofrivillig barnlöshet är väldigt vanligt. Medicinskt anses ett par vara infertila/barnlösa om man inte lyckats bli gravid trots regelbundna oskyddade samlag inom ett år eller om en graviditet flera gånger avbryts. (Simpukka rf, 2020).

Orsakerna till barnlösheten fördelas rätt så jämnt, där omkring 25% av fallen beror på kvinnan, 25% på mannen, 25% på både kvinnan samt mannen och i 25% av fallen kan orsaken inte konstateras. En utveckling har skett kring fertilitetsbehandlingar och största delen som genomgår någon slags behandling lyckas få barn. Hela processen kring barnlösheten och fertilitetsbehandlingarna kan ta många år vilket tär på människan psykiskt samt fysiskt. (Simpukka rf, 2020).

Med medicinska metoder kan ofrivillig barnlöshet behandlas, men liksom fysiska smärta känns inte infertilitet i kroppen. Den ofrivilliga barnlösheten känns samt beaktas främst i de sociala samt psykologiska aspekterna av livet. Vid ofrivillig barnlöshet kan många känslor och upplevelser uppstå bland annat känslor så som att man känner sig värdelös som människa samt en enorm besvikelse. Man kan också börja isolera sig från vänner, släktingar och allmänheten samt bli deprimerad och tappa meningen med livet. Men viktigt att veta är att alla dessa upplevelser och känslor är individuella från person till person. (Simpukka rf, 2020).

Det finns även andra orsaker som kan ligga bakom barnlöshet så som sjukdom. Mediciner samt behandlingar kan hindra till möjligheten att få barn. Allt fler blir också barnlösa eftersom de inte har en passande partner. Önskemålen hos partner kan vara avvikande

men det kan också finnas andra bakomliggande orsaker att inte kunna få ett barn. Längtan efter barn och sorgen som barnlösheten för med sig är en upplevelse som alltid är individuella. (Simpukka rf, 2020).

Ofrivillig barnlöshet kan delas in i primär och sekundär. En primär infertilitet innebär när en person aldrig har blivit gravid medan sekundär infertilitet avser en graviditet har skett minst en gång tidigare. (WHO, 2023).

Enligt Bratt (2013, s. 44) betyder sterilitet då andra sidan en konstant oförmåga att få barn som är biologiska. Endast ett par av hundra är sterila. Men även om man skulle vara drabbad av sterilitet finns det fortfarande en möjlighet att få barn genom t.ex. donation av ägg eller spermie.

## 4.1 Orsaker

Orsakerna till ofrivillig barnlöshet i det manliga reproduktionssystemet är oftast relaterat till problem med utlösning, lågt eller inget spermieantal, onormal spermieform (morfologi) eller spermierörelsen (motilitet). (WHO, 2023).

I det kvinnliga reproduktionssystemet kan avvikelser i äggstockarna, äggledarna, livmodern samt hormonsystemet vara olika orsaker till ofrivillig barnlöshet. (WHO, 2023).

### 4.1.1 Kvinnan

Det finns flera faktorer som kan vara bakomliggande orsaker till kvinnors svårigheter att bli gravida. En av de mest förekommande förklaringarna är kvinnans ålder, där ökande ålder kan minska chansen att bli gravid. Vikten spelar också en väsentlig roll när det kommer till möjligheten att uppnå graviditet och föda ett friskt barn. Det sker också ibland situationer där äggblåsor som är halvmogna förblir åter på äggstocken och kan synas som små vätskefyllda cystor vid ultraljudsundersökningar. (Bratt, 2013, s. 57).

Enligt Lindgren, Christensson och Dykes (2022, s. 139) kan störningar i ägglossningen vara en orsak. Genom att utvärdera kvinnans ägglossning, observerar man hennes menstruationscykel. Om kvinnan har regelbundna samt normalt långa menstruationscykler visar det tecken på en normal ägglossning. Däremot om kvinnans menstruationscykler är

långa och oregelbundna ökar sannolikheten att det kan finnas en rubbning i ägglossningen som i sin tur kan förklara infertilitetsproblem.

Ovariell dysfunktion kan ta sig i uttryck genom ägglossningar som uteblir konstant eller mer ofta. De underliggande orsakerna till ägglossningsrubbningar kan bero på endokrina sjukdomar så som diabetes mellitus, hypotyreos, metabola rubbningar samt tumörer som är hormonproducerande. Att ägglossningen inte inträffar förekommer med en ökande ålder och är en faktor bakom minskad fertilitet hos äldre kvinnor. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010, s. 237).

Kvinnan bör också genomgå en gynekologisk undersökning av uterus för att bedöma positionen av den samt dess storlek. Man kontrollerar även formen och tjockleken på livmoderhålan för att finna eventuella myom (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 139). Huvudsakligen består uterus av glatta muskelceller vilket innebär att dessa muskelceller ibland kan börja växa och skapa så kallade knutor i uterus vilket kallas myom. Om muskelknutan är belägen inuti uterus eller har en verkan på livmoderhålan är det skäl att ta bort den eftersom risken för missfall samt en möjlighet till graviditet då kan förbättras. (Widsell & Tristen, 2019, s. 147-150).

Enligt Lindgren m.fl. (2022, s.139) kan tubarskador kan också vara en bidragande faktor till infertilitet. Vanligaste orsaken till dessa äggledarskador är kopplade till genitala infektioner vilket medför en risk att infertiliteten ökar i takt med antalet infektioner.

PCOS så kallat polycystiskt ovariesyndrom förekommer hos 5-15 procent av kvinnor i fertil ålder och är också en vanlig orsak till infertilitet (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens & Wangel, 2019, s. 205). Hos fertila kvinnor i Sverige är detta syndrom den vanligaste hormonella störningen. Orsaken till PCOS är hormonella obalanser och kännetecknas av ägglossningar som är oregelbundna eller helt uteblivna. Något som också hör till PCOS är ökad produktion av manliga könshormoner med tillhörande symtom så som en kraftig hårväxt och akne samt polycystiska ovarier vilket innebär äggstockar med många äggblåsor som är små. (Widsell & Tristen, 2019, s.126).

Enligt Widesll och Tristen (2019, s. 138-143) är endometriosis också kopplad till infertilitetsproblem men majoriteten av kvinnorna kan ändå lyckas bli gravida. När livmoderslemhinnan växer på platser utanför livmodern uppstår endometriosis och den finns

teorier som föreslår att den inflammation som påverkar äggledarna kan leda till sammanväxningar, vilket i sin tur kan försvåra spermiernas och äggens möjligheter att mötas.

En totalt avsaknad av livmoder kan också vara orsaken till infertilitet, men i dessa fall kan ett par ändå lyckas få egna biologiska barn genom att använda surrogatmoderskap med egna könsceller i kombination med in vitro fertilisering så kallad IVF, detta är dock inte tillåtet i Finland eller Sverige men man kan åka utomlands för att göra det. (Söderström-Anttila & Laivuori, 2018).

Faktorer i cervix är för en del också en bidragande orsak till nedsatt infertilitet. För att spermier skall kunna passera genom livmoderhalsen vid den tid då kvinnan har ägglossning krävs det att sekretet i livmoderhalsen är optimalt. Det som kan hindra spermier från att tränga igenom sekretet är en hormonpåverkan som är bristande eller en cervixinfektion som är pågående. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010, s. 237).

Enligt Borgfeldt, Sjöblom, Strevens och Wangel (2019, s. 206) kan det för en del finnas anatomiska avvikelser så som förändringar i uterus vilket kan vara myom, polyper i slemhinnan, missbildningar eller sammanväxningar vilket kan påverka fertiliteten negativt.

En annan faktor kan vara äggledarna. Äggledarnas funktion inkluderar att fånga upp ägget efter ägglossningen och sedan transportera ägget en bit in i äggledaren där ägget (som är befruktat) skall hållas i tre till fem dagar för att sedan föras ner till livmodern. Om man har skador på äggledarna kan alla dessa funktioner störas. Tidigare operationer, missbildningar som är medfödd samt endometriosis är alla orsaker som kan medföra en nedsatt äggledarfunktion. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010, s. 237).

#### 4.1.2 Mannen

En bristande förmåga att producera tillräckligt med spermier är huvudorsaken till manlig infertilitet. En blockering eller skador på sädesledarna efter till exempel en könssjukdom är andra orsaker som kan påverka kvaliteten på spermier. En annan faktor som kan vara bidragande orsak till infertilitet är pungåderbräck och endokrina sjukdomar som hypogonadism som kan påverka spermier samt testiklarna negativt. Utöver en bristande kvalitet av spermier kan också manlig infertilitet ha andra orsaker så som till exempel

störningar i ejakulationen, hypospadi, avvikelser i kromosomer, störningar i erektionen eller svårigheter inom relationer. (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 139).

När mannen blir äldre kan de hos en del män orsaka hormonella förändringar som inverkar på produktionen av spermier (Bratt, 2013, s. 85). Även läkemedel kan förändra och påverka hormonbalansen vilket gör att vissa mediciner kan påverka en mans chans att få barn negativt. Den känsliga hormonbalansen i kroppen kan störas på grund av de aktiva ämnen i dessa läkemedel vilket i sin tur kan resultera i färre och mindre spermier som är rörliga. De som missbrukar anabola steroider riskerar i en allt högre grad att bli infertil eftersom dessa steroider hämmar produktionen av testosteron, det manliga könshormonet. De anabola steroiderna kan också orsaka att testiklarna krymper, att kvaliteten på spermier blir sämre och till och med impotens. Problemen kan vara långvariga även efter att användningen av de anabola steroiderna upphört. (Bratt, 2013, s. 85–86).

Enligt Bratt (2013, s. 89) kan hormonbrist också vara en annan bidragande faktor till barnlöshet hos män. För omvandlingen av omogna sädesceller till spermier i mannens testiklar är de två hormonerna FSH (follikelstimulerande hormon) samt LH (luteiniserande hormon) framför allt betydelsefulla. Om det finns brist på något av dessa två hormoner kan det leda till manlig infertilitet.

Vissa infektioner och könssjukdomar kan resultera i ärrbildning men också kroppens immunförsvar kan ibland reagera på de egna spermier som om de vore något obekant och i stället angriper dem genom att bilda specifika antikroppar. (Bratt, 2013, s. 86-87).

En annan orsak kan också vara ofta förekommande impotens, impotens är mer vanligt förekommande än vad många kanske tror men även för en del män kan det också ske en bakåtgående ejakulation. Det är ett relativt vanligt problem och som innebär att sädesvätskan i stället för att komma ut genom penis vid orgasm riktas bakåt in i urinblåsan och leder till infertilitet. (Bratt, 2013, s. 87-88).

Tilltäppta sädesledare samt att testikeln ej har vandrat ner till pungen är också ett bidragande problem. Problem med placeringen av testiklarna, åderbrock eller blockering i sädesledarna kan påverka rörelsen av spermier. Omkring var tionde infertil man lider

antingen av blockeringar av sädesledarna eller saknar hela eller delar av dem. (Bratt, 2013, s. 88).

Enligt Bratt (2013, s.83–84) kan övriga faktorer som påverkar infertiliteten hos män inkluderar över- eller undervikt, rökning, alkohol- och drogmissbruk samt exponering för miljögifter och kemikalier som är farliga.

#### 4.1.3 Gemensamt hos båda könen

Gemensamma orsaker till infertilitet är åldersrelaterade faktorer, skadliga ämnen, antikroppar samt coitusfaktorer. Fertiliteten minskar i takt med stigande ålder. Detta påverkar främst kvinnor, där fertiliteten avtar dramatiskt efter menopausen. Generellt sett kan man säga att problem med infertilitet förekommer hos ungefär 5 procent av de under 20 år, hos cirka 30 procent av paren mellan 35 och 40 år, och hos över 70 procent av paren över 40 år. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010, s. 237–238).

Enligt Borgfeldt m.fl. (2010, s. 237–238) kan ämnen som är skadliga också ha en bidragande orsak, tobaksrökning är en väl dokumenterad och signifikant negativ effekt på fertiliteten hos båda könen. Även cannabis, kokain och anabola steroider har visat sig ha tydliga negativa konsekvenser för reproduktionsförmågan hos båda könen. Radioaktiv strålning är också välkänd som en betydande faktor som påverkar fertiliteten.

Bildandet av antikroppar mot spermier kan förekomma både lokalt samt systemiskt hos båda könen. Även om coitusrelaterade faktorer är speciellt ovanligt är det viktigt att notera att vissa par kan ha svårt att ha fullständigt genomförda samlag. Orsakerna till detta kan variera och inkludera impotens hos mannen, vaginism hos kvinnan eller även andra hälsoproblem eller ingrepp inom det genitala området som till exempel kvinnlig omskärelse. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010, s. 237- 238).

## 4.2 Utredning och undersökningar

En fertilitetsutredning avslöjar sannolikheten för att bli förälder, både med och utan medicinsk behandling (Bratt, 2013, s. 43). Innan undersökningar påbörjas, genomgår båda partners en noggrann anamnes. Det innefattar en översikt över tidigare samt pågående sjukdomar, särskilt infektioner inklusive sexuellt överförbara sjukdomar, kirurgiska ingrepp

och sjukhusvistelser. Även livsstilsfaktorer såsom arbete, motion, rökning samt exponering för skadliga ämnen undersöks, tillsammans med kvinnans menstruationsmönster, eventuell tidigare graviditetshistorik, medicinering och frekvensen av sexuell aktivitet.

Efter detta steg utförs den medicinska utredningen, som i huvudsak syftar till att analysera mannens spermier, ägglossningen hos kvinnan samt funktionen av äggledarna. Vid utredningens början bör både mannen och kvinnan testas för HIV, hepatit B, hepatit C, HTLV I-II (retrovirus) samt syfilis. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010, s. 238–239).

Enligt Bratt (2013, s. 45) ställer läkaren också frågor om parets hälsa och livsstil, inklusive vikt, tidigare använda mediciner, historik av könssjukdomar, rökvanor, konsumtion av alkohol samt användningen av droger. Läkaren är även intresserad av parets sexliv samt även frekvensen och timingen av samlag. Detta beror på att läkaren vill fastställa om samlagen inträffar under kvinnans ägglossning och därmed när hon är som mest fertil.

I de flesta fall av fertilitetsutredningar upptäcker man en eller flera faktorer som minskar parets möjligheter att bli gravida, vilket kallas subfertilitet. Det är ovanligt att man finner absolut oförmåglighet att bli gravid hos någon av partnerna, varför orsakerna oftast finns hos kvinnan, mannen eller båda i paret. Ibland är orsaken till barnlösheten okänd, vilket kallas oförklarad infertilitet. (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 137).

Faktorer som påverkar fertiliteten inkluderar motion, kost, vikt, stress, rökning, konsumtion av alkohol samt även användningen av droger och koffein. Både över- och undervikt kan påverka möjligheten att bli gravid. Höga nivåer av stress kan störa den naturliga menstruationscykeln och ägglossningen. Regelbunden motion kan hjälpa till att upprätthålla en hälsosam vikt och förbättra blodcirkulationen. Dock bör överdriven och högintensiv träning undvikas, eftersom det kan orsaka ägglossningsproblem hos kvinnor. (Lindgren m.fl., 2022, s. 135-136).

Utredningar i fertiliteten kan också framkalla känslor. Att få ett svar om att något står fel till kan kännas jobbigt men kan också upplevas som en lättnad att det just finns en anledning till barnlösheten. Det kan också upplevas som en skön känsla att höra att man är frisk, men det är fortfarande svårt att förstå varför inte det lyckas. (Andén-Angelström & Sundström, 2013, s. 15).

#### 4.2.1 Kvinnan

I kvinnans del av fertilitetsutredningen fortsätter processen med olika prover samt tester. Läkaren tar bland annat blodtrycksmätningar och hormonprover, inklusive TSH vilket är ett sköldkörtelstimulerande hormon, för att utvärdera sköldkörtelfunktionen. Ibland tas även prov för att mäta nivåerna av gulkroppshormon, progesteron, ett hormon som är avgörande för att ett befruktat ägg ska kunna fästa sig i livmodern. (Bratt, 2013, s. 49).

Följande gynekologiska undersökningar och tester genomförs oberoende av kvinnans menstruationscykel. Klamydiatest, vaginalt ultraljud, hysterosalpingosonografi, hormonanalyser samt progesteronprov. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010, s. 239).

En anamnes som visar tidigare symptomgivande salpingit kan ge misstanke om att det finns en underliggande problematik relaterad till äggledarna, ofta benämnd som tubarfaktor. Om en kvinna rapporterar oligomenorré, det vill säga oregelbunden menstruationscykel, kan detta tyda på en potentiell avsaknad av ägglossning, vilket är känt som anovulation. Däremot kan svår dysmenorré, som är uttalad smärta i samband med menstruation, vara en indikation på förekomst av endometriosis, ett tillstånd där vävnad som normalt täcker livmoderslemhinnan växer utanför livmodern. Dessa indikationer från anamnesen hjälper läkaren att identifiera möjliga orsaker till kvinnans fertilitetsproblem och vägleda utredningen. (Hillensjö & Nilsson, 2005, s. 38).

Klamydiatest görs för att utesluta infektion med klamydia, som kan påverka fertiliteten negativt. Vaginalt ultraljud används för att visualisera livmodern och äggstockarna och leta upp eventuella avvikelser. Hysterosalpingosonografi är ett test där en kontrastvätska införs i livmodern för att undersöka om äggledarna är öppna och fungerar korrekt. Hormonanalyser inkluderar TSH, FSH, LH samt prolaktin. Vid misstanke om PCOS kan även testosteron och SHBG (könshormonbindande globulin) analyseras för att identifiera eventuella hormonella obalanser. Progesteronprov tas också vanligtvis på dag 21 av en 28-dagars cykel för att bedöma om ägglossning har inträffat, eftersom progesteronnivåerna ökar efter ägglossning. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens & Wangel, 2019, s. 204–205).

Enligt Bratt (2013, s. 49) utförs läkaren också en gynekologisk undersökning för att bedöma livmodern och äggstockarna. Under denna undersökning kan läkaren känna storleken och eventuella avvikelser i äggstockarna och söka efter livmodermyom med hjälp av vaginalt

ultraljud. Antalet omogna äggblåsor räknas för att bedöma kvinnans äggreserv. Samtidigt kontrollerar läkaren om ägget kan röra sig fritt genom äggledarna på sin väg till livmodern eller om det finns några blockeringar.

En annan metod för att bedöma kvinnans fertilitet är att mäta nivåerna av tre hormoner som påverkar äggmognad i äggstockarna: FSH (follikelstimulerande hormon), LH (luteiniserande hormon) och AMH (anti-Müllerian hormon). Dessa tester ger insikt i äggstockarnas funktion och äggreserv. (Bratt, 2013, s. 49).

#### 4.2.2 Mannen

För män innebär fertilitetsutredningen vanligtvis en serie av spermaprover och spermaanalyser. I första hand mäts volymen av sädesvätskan och man undersöker dess konsistens för att se om det innehåller klumpar eller om det är tjockt och segt. Enligt WHO-riktlinjer bör en frisk man ha minst 40 miljoner spermier per utlösning. Därefter genomgår spermerna en stimulerad simningstest för att bedöma deras rörlighet och simförmåga. (Bratt, 2013, s. 50).

I fall där mannen har ett lågt spermieantal eller inga spermier alls, kan en kromosomanalys utföras för att utesluta Klienefelders syndrom, som involverar en extra X-kromosom i kromosomuppsättningen hos mannen. Om spermaprovet visar sig vara normalt avslutas utredningen för mannen. Om avvikelser upptäcks, ombeds mannen att lämna ett nytt spermaprov efter ungefär tio veckor. Om detta prov också ger ett onormalt resultat kan en blodprovstagnung utföras för att utvärdera eventuella hormonavvikelser eller sjukdomar som påverkar fertiliteten. (Bratt, 2013, s. 50).

Läkaren kan även utföra fysisk undersökning av mannens reproduktiva organ, inklusive testiklarna, bitestiklarna, sädesledarna och prostatakörteln. Under denna undersökning palperar läkaren testiklarnas storlek, konsistens och deras läge i pungen. Detta är för att försäkra sig om att testiklarna har korrekt vandrat ned från bukhålan till pungen och att de inte är atrofiska eller förstorade på grund av eventuella tumörer. Det är viktigt att notera att sjukdom och medicinsk behandling kan påverka spermieproduktionen, och därför bör spermaprovet alltid kontrolleras igen efter cirka tre månader då en ny generation spermier bildats. Detta säkerställer en mer heltäckande utvärdering mannens fertilitet. (Borgfeldt, Sjöblom, Strevens & Wangel, 2019, s. 205).

### 4.3 Behandling

Enligt suomi.fi (2021) kan fertilitetsbehandlingar ges till par som består av en kvinna och man eller av två kvinnor samt även för ensamstående kvinnor som vill ha ett barn. Behandlingarna ges från den offentliga hälso- och sjukvården men också från kliniker som är privata. För att man skall kunna få behandlingar från den offentliga hälso- och sjukvården krävs det att kvinnan högst är omkring 40 år medan gränsen på åldern på privata kliniker kan vara något högre. Ett par bör söka behandling om de har försökt bli gravida i ungefär ett år utan att lyckas. Par med två kvinnor eller ensamstående kvinnor kan även få hjälp med fertilitetsbehandlingar. Om ett kvinnligt par av samma kön får barn genom fertilitetsbehandling ska moderskapet till den andra modern fastställas. Faderskapet ska också fastställas när en särboende kvinna och man får barn genom fertilitetsbehandlingar.

Behandlingarna är inte gratis utan alltid avgiftsbelagda. Alla behandlingskostnader betalas alltid av patienten medan inom den offentliga hälso- och sjukvården behöver endast en klientavgift betalas. Behandlingar inom kliniker som är privata betalas enligt dess prislistor men är förstås dyrare än behandlingar inom den offentliga sjukvården. I vissa undantag kan man söka om ersättning från FPA, och det gäller till exempel om det finns en medicinsk orsak bakom infertilitet. Dock kan man inte ansöka om ersättning om behandlingarna beror på andra orsaker än medicinska. (Suomi.fi, 2021).

I en Sydafrikansk studie gjord av Pedro & Faroa (2017) undersökte man hur fertilitetsbehandlingarna hos infertila kvinnor upplevdes. I resultatet framkom det att fyra huvudteman som speglade kvinnornas upplevelser. För det första lyftes bristen på medkänsla hos vårdgivare fram som en betydande faktor som påverkade kvinnornas upplevelser av vården negativt. Deltagarna uttryckte också ett starkt behov av psykosocialt stöd från vårdgivare för att kunna hantera den emotionella och mentala påfrestningen som infertiliteten orsakar. Ett annat viktigt tema som framkom i resultatet var behovet av ekonomiskt stöd för att kunna fortsätta med fertilitetsbehandlingar. Många kvinnor upplevde att kostnaderna för behandlingarna var ett betydande hinder för dem. Det betonades att fertilitetsbehandlingarna bör vara mer lättillgängliga och överkomliga för att möjliggöra tillgång för alla som behöver dem. Slutligen betonades behovet av fortbildning för vårdpersonal för att öka medvetenheten om de känslomässiga och psykologiska behoven hos patienterna. I resultatet betonades vikten av att förbättra vården genom att

öka medvetenheten om de psykosociala aspekterna av ofrivillig barnlöshet och att erbjuda adekvat stöd och resurser för att möta kvinnornas behov på ett mer helhjärtat sätt.

Det identifieras under behandlingen gång möjliga orsaker till den ofrivilliga barnlösheten och en behandlingsform som är lämpligt väljs. Behandlingsalternativen inkluderar till exempel framkallning av ägglossning, insemination samt IVF. Donerade celler, egna celler eller embryon kan användas under behandlingen. Olika hormonella läkemedel används också under behandlingen. Om en risk för en ärftlig sjukdom i familjen finns kan fosterdiagnostik finnas att tillgå. Fosterdiagnostik innebär att man kan undersöka fostret som skapats genom fertilitetsbehandling. Många faktorer påverkar behandlingarnas framgång, nämligen möjligheten att få ett barn, orsakerna till den ofrivilliga barnlösheten men också åldern hos kvinnan och typerna av behandlingar. (Suomi.fi, 2021).

#### 4.3.1 Hormoner

Kvinnor som upplever störd eller utebliven ägglossning kan behandlas med ägglossningsstimulerande mediciner, vanligtvis i form av tabletter eller injektioner. En vanlig metod för att övervaka behandlingen är att använda ultraljud för att följa utvecklingen av äggblåsor i äggstockarna. Paret har sedan samlag under tiden när ägglossningen förväntas inträffa. (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 142).

Enligt Bratt (2013, s. 95-96) kan de ägglossningsstimulerande läkemedlen klassificeras i två huvudgrupper: antiöstrogener och gonodotropiner. Det är vanligt att inleda behandlingen med en antiöstrogener, vilket kallas klomifencitrat. Det verkar genom att lura hjärnan att tro på att det råder brist på det kvinnliga könshormonet östrogen i kroppen. Hjärnan svarar genom att öka produktionen av hormonet FSH, vilket stimulerar äggproduktionen i äggstockarna. Kvinnan tar klomifencitrat i tablettform under fem dagar. Därefter genomförs ett ultraljud för att bedöma om äggblåsor har utvecklats och om ägglossningen har påbörjats. Målet är att producera en eller två mogna äggblåsor som kan befruktas naturligt eller genom insemination.

Gonodotropiner utgör en annan typ av hormonbehandling som stimulerar äggstockarna att bilda och frigöra ägg. Ett vanligt preparat är Menopur, som administreras via subkutana injektioner på magen, en gång dagligen i ungefär en vecka. Menopur innehåller två olika hormoner. FSH som stimulerar äggproduktionen och LH som utlöser ägglossningen när

äggblåsor brister och frigör ägget. Det finns en risk för överstimulering av äggstockarna med dessa hormoner, vilket kan ha olika skadliga konsekvenser. Därför övervakas patienten med regelbundna blodprov och ultraljud under behandlingen. (Bratt, 2013, s. 95-96).

Om ägglossning inte uppnås med hjälp av ägglossningsstimulerande tabletter är nästa steg vanligtvis att övergå till injektioner med FSH-hormon. Detta beror på att hormonproduktionen är så låg att tabletter inte är tillräckligt effektiva. Denna typ av behandling kan vara tålamodsprövande. Om det inte ger resultat efter cirka sex försök överväger man vanligtvis att gå vidare till in vitro fertilisering, alltså IVF-behandling. (Widsell & Tristen, 2019, s. 163–164).

#### 4.3.2 Insemination

Enligt Lindgren, Christensson och Dykes (2022, s. 142) är insemination den mest grundläggande metoden för assisterad befruktning och fungerar som det första steget i behandlingen vid infertilitet. Det innebär att man introducerar noga utvalda spermier i kvinnans reproduktiva system med avsikt att underlätta befruktningen. Dessa spermier kan komma från kvinnans manliga partner eller från en spermadonator. Spermadonatorer används när den manliga parten inte producerar spermier, i fallet med lesbiska par eller hos ensamstående kvinnor som önskar bli gravida.

I vissa fall kan kvinnor genomgå hormonbehandling inför insemination för att stimulera äggstockarna och förbättra chanserna till ägglossning. Insemination används huvudsakligen i situationer där orsaken till infertiliteten är oklar, och kvinnan är normalt sett under 35 år. Äldre kvinnor har oftast en minskad äggreserv, vilket innebär att det oftast övergår direkt till in vitro-fertilisering (IVF) i stället. IVF, även kallat provrörsbefruktning, involverar befruktning av äggen utanför kroppen och införandet av de befruktade äggen i kvinnan livmoder. Det är en mer avancerad metod som kan vara mer lämplig för äldre kvinnor eller de som inte svarar väl på insemination. (Bratt, 2013, s. 97).

#### 4.3.3 Provrörsbefruktning (IVF)

Idag är IVF-behandlingen en rutinmässig och väletablerad metod för assisterad befruktning. Processen inleds vanligtvis ungefär en vecka före förväntad menstruation.

Kvinnan börjar med att använda en nässprej som innehåller ett hormon som sätter kroppens naturliga regleringssystem i viloläge. Efter cirka två veckor inleds en injektionsbehandling som pågår i 8–12 dagar och stimulerar utvecklingen av äggblåsor och ägg. Kvinnan administrerar hormoninjektioner själv. Under denna period genomgår kvinnan även regelbundna ultraljudsundersökningar för att övervaka tillväxten av äggblåsorna och blodprov för att mäta östrogennivåerna. (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 142).

När äggblåsorna har mognat tas en så kallad ägglossningspruta, och äggaspiration utförs med hjälp av en ultraljudsledd sond som införs via slidan. Samma dag som äggen tas ut, lämnar mannen i ett heterosexuellt par ett spermprov. För lesbiska par och ensamstående kvinnor används donerade, nedfrysta spermier. Spermiprovet genomgår en särskild förberedelseprocess, varpå spermier och ägg sammanförs i en petriskål. Därefter placeras äggen och spermier i en inkubator, där de odlas i en näringslösning som efterliknar livmoderns naturliga miljö. (Lindgren m.fl., 2022, s. 142).

Efter ett dygn kontrolleras om äggen har blivit befruktade. Sedan fattas beslut om när det embryot med bäst kvalitet ska överföras till kvinnans livmoder via en tunn kateter. Efter detta steg fortsätter kvinnan med en avslutande hormonbehandling. Med tanke på risken för tvilling- eller flerbördsgraviteter överförs idag vanligtvis endast ett embryo. Den här processen, från hormonstimulering till embryotransfer, utgör den vanliga proceduren för IVF-behandling och har hjälpt många par att uppfylla sin önskan om att få barn. (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 142).

#### 4.3.4 ICSI: IVF med mikroinjektion

Vid nedsatt spermiekvalitet tillämpas ofta en teknik som kallas ICSI, vilket är förkortningen för intracytoplasmisk spermieinjektion. Detta innebär att en lämplig spermie individuellt väljs och injiceras direkt i ägget. Därefter fortsätter ägget att utvecklas i en inkubator på samma sätt som det görs vid konventionell IVF-behandling. (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 142).

Bratt (2013, s. 104) beskriver att under tidigt 1990-tal introducerades en ny teknik som möjliggjorde användningen av IVF även i situationer där infertiliteten beror på manliga faktorer. Denna metod kallas ICSI och involverar att en enskild spermie injiceras direkt i

ägget. IVF i kombination med ICSI har också blivit ett alternativ för män som saknar spermier i sädesvätskan och önskar bli fäder. Metoden används även när kvinnans ägg har tjockare än normala skal eller när paret har upplevt upprepade misslyckande med konventionell IVF-behandling.

#### 4.3.5 Frysbehandling

Överblivna embryon med god kvalitet kan frysas ned och användas i en kommande behandlingscykel, vanligtvis i en icke-stimulerad menstruationscykel. Ungefär 40–50% av alla IVF- och ICSI-behandlingar resulterar i övertaliga embryon som kan återföras vid ett senare tillfälle. Det kan ske om den aktuella behandlingen inte lyckas eller om paret planerar att utöka sin familj med syskon i framtiden. (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 144).

#### 4.3.6 Äggdonation

Vissa kvinnor möter utmaningar i sitt försök att bli gravida på grund av bristen på ägg i sina äggstockar. Det kan vara att det är födda utan äggceller, har drabbats av tidigt klimakterium, eller att deras ägg har skadats av cellgiftbehandling eller strålning. Även kvinnor som har för få eller lågkvalitativa ägg kan uppleva svårigheter att bli gravida, särskilt efter att de har fyllt 40 år, även vid användningen av IVF. För dessa kvinnor kan äggdonation vara ett alternativ. (Bratt, 2013, s. 105).

Behandlingarna erbjuds till par eller kvinnor som inte har några andra behandlingsalternativ och när det finns medicinska indikationer. Mottagaren av de donerade äggen får östrogen-tabletter för att stimulera tillväxten av livmoderns slemhinna så att den är redo att ta emot det ägg som ska befruktas med spermier från kvinnans partner. Samma dag som donator donerar sina ägg börjar mottagaren använda vaginapiller som innehåller gulkroppshormon för att förbereda livmodern för äggmottagning. Ett befruktat ägg väljs ut och förs sedan in i mottagarens livmoder med hjälp av en tunn kateter. Om det finns ytterligare befruktade ägg av hög kvalitet kan dessa frysas ned för eventuella framtida behandlingar. (Lindgren m.fl., 2022, s. 145–146).

#### 4.3.7 Spermiedonation

Enligt Bratt (2013, s. 106) visar det att det finns flera faktorer som kan orsaka oförmåga hos mannens spermier att befrukta ett ägg. Det kan bero på störningar i spermieproduktionen, blockeringar i sädesgångarna eller tidigare infektioner som påverkar spermiekvaliteten. Behandlingarna följer i stort sett samma steg som vid insemination.

Spermadonation är lämplig för par där mannen inte kan producera spermier själva, t.ex. på grund av tillstånd som Klinefelters syndrom eller tidigare strålbehandling eller cellgiftbehandling, eller där mannen bär anlag för allvarliga ärftliga sjukdomar. Vid spermiedonation används spermier som har varit nedfrysta i minst 6 månader för att försäkra sig om att donation inte är smittad av virus. Därefter tinar man spermierna och behandlingen utförs antingen genom insemination eller IVF. Inseminationen kan ske på dagen för ägglossningen i en normal menstruationscykel eller i en hormonbehandlad cykel. (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 145–146).

#### 4.3.8 Adoption och fosterföräldrar

Inte alla par som kämpar med ofrivillig barnlöshet önskar gå igenom fertilitetsbehandling. Ändå känner vissa av dessa par att det är viktigt att förstå och fastställa orsakerna bakom deras svårigheter. För vissa är adoption eller att ta hand om fosterbarn ett alternativ till att leva utan barn. Det bör diskuteras vilka möjligheter till olika behandlingsalternativ som finns. Särskilt nog kan väntetiden för att adoptera ett barn vara lång, och med tanke på det framtida adoptivbarnets välbefinnande rekommenderas det att avbryta fertilitetsbehandlingen om beslutet har tagits att påbörja en process till adoption. Detta möjliggör för paret att koncentrera sig på att bli föräldrar genom adoption i stället för att hålla fast vid tanken på ett biologiskt barn. Senare kan man eventuellt återuppta fertilitetsbehandlingar, beroende på de möjligheter som finns att lyckas. (Finlands läkarförbund, 2021).

Det är möjligt att ansöka om adoption för de par som är gifta eller ensamstående över 25 år. Åldersgapet mellan det minderåriga adoptivbarnet och de blivande föräldrarna kan vara högst 45 år, samt att det sökande inte får vara över 50 år gammal. De som är gifta kan endast adoptera tillsammans. I Finland och i länder som tillåter adoption till samkönade föräldrar, kan gifta par av samma kön adoptera. (Suomi.fi, u.å.)

## 5 Påverkan på den psykiska hälsan vid ofrivillig barnlöshet

Psykisk hälsa innebär att individen har ett gott välbefinnande. Det påverkas av flera variabler, så som ärftliga faktorer, våra handlingar, levnadssätt och samhällets inverkan på oss. Denna psykiska balans reflekteras i våra tankar, känslor och handlingar. Negativa tankar kan förändra känslor och beteende. (Folkhälsomyndigheten, 2022).

I en studie gjord av Donkor, Naab & Kussiwaah (2017) konstaterade man att kvinnorna som led av infertilitet upplevde en del emotionella svårigheter. Dessa inkluderade känslor av ensamhet, ångest och depression. Dessutom rapporterade kvinnorna att de hade svårigheter med koncentrationen och kände oro. Dessa känslomässiga utmaningar påverkade också deras sexuella tillfredsställelse negativt. Studien visade betydande psykologiska påfrestningar som kvinnor med infertilitet i Ghana hade upplevt.

Enligt (Weiner Thordarson, 2017, s. 38) handlar psykisk hälsa om att främja och stärka de positiva faktorerna och minska de negativa. Det handlar om att upprätthålla en balans i vardagen, genom att ta hand om sömn, kost, rörelse, sociala band och vara kreativ. Genom våra val kan vi påverka både vårt eget och andras välbefinnande. Vägen till välmående handlar inte om att uppnå något, utan snarare att vårda och respektera oss själva, ha medkänsla och värdesätta en själv.

Psykisk ohälsa påverkar en persons sinnesintryck, tankar, känslor, beteende samt relationen mellan dessa. Om man tror att man inte är tillräckligt bra som person kommer det att påverka dina känslor negativt. Om man känner sig hopplös, maktlös samt värdelös och har självmordstankar kan detta visa sig i ett beteende med handlingar som är dramatiska. Våra känslor som vi upplever har en påverkan på vårt beteende samt tankarna styr vad vi känner. Det motsatta är också sant. Hur man tänker och känner i olika situationer kan också påverka i hur vi agerar. (Weiner Thordarson, 2017, s.38).

När individens rytm och rutiner upprätthålls så som till exempel vila, sömn, motion, mat, relationer, intressen samt kreativiteten så stöder det, det psykiska välbefinnandet. Med valen kan man främja både egen psykiska hälsa och andra nära och käras välbefinnande. Att uppnå ett gott välbefinnande handlar inte om att för höga krav och förhoppningar om sig själv utan i stället att vårda, genom att ha medkänsla, vänlighet samt respekt mot sig själv. (MIELI, 2022).

Med hjälp av friskfaktorer stärks den psykiska hälsan medan den försvagas av riskfaktorer. Genom att stärka de så kallade friskfaktorerna kan den psykiska hälsan stödjas. Därför kan man dela in friskfaktorerna i yttre samt inre friskfaktorer. (MIELI, 2021).

Välbefinnande påverkas av många olika faktorer: rytmen i det dagliga livet, fysisk och psykisk hälsa, funktionella mänskliga relationer och en känsla av syfte i tillvaron och en känsla av mening. (MIELI, 2022).

För individer eller par som upplever ofrivillig barnlöshet påverkas vanligtvis viktiga aspekter av deras psykiska hälsa samt livskvalitet. Det inkluderar utmaningar relaterade till att planera framtiden, svårigheter med sociala situationer som påminner om barnlösheten och en negativ påverkan på sexualiteten under en period som är både kort och lång. (Järvholm, 2022).

Det har gjorts en studie med kvinnor från Turkiet där syftet med studien var att påvisa och ta reda på upplevelsorna men också hopplösheten som kvinnor genomgår vid en infertilitetsbehandling. Totalt 276 kvinnor som då gick igenom infertilitetsbehandlingar deltog i studien. Resultatet delades in i fyra olika teman, där det framkom från de medverkande att de på grund av infertilitetsbehandlingarna blev oroliga, stressade men också kände sig förtvivlad i situationen kring behandlingarna men också kände ett bristande socialt stöd. Dessa känslor uppkom även kring en osäkerhet om att lyckas få barn. De medverkande upplevde också extrema svårigheter i känslor på grund av graviditetstest som visade negativt, det sociala trycket men också ett tryck från anhöriga. Det kom också fram att de upplevde stress i parrelationen samt att de flesta av deltagarna uttryckte en rädsla för att bli stigmatiserade på grund av trycket från anhöriga och utomstående. Slutresultatet påvisade att det medverkande upplevde fysiska och psykiska problem, förvirring men också känslor som var komplexa. Man såg också att de medverkande var rädda för att bli stigmatiserade. (Çitil Canbay, Çitil, Şadiye Çitil Şap & Şap, 2022).

Barnlöshet är en känslomässig resa som vävs in i livets alla aspekter. Vardagliga aktiviteter kan plötsligt kännas överväldigande, och det som en gång var roligt kan tappa sitt syfte, påverkat av de komplicerade känslor, tankar och hopp som är en del av den här upplevelsen. Det kräver ofta betydande kämpande och kan skapa en känsla av att klättra uppför ett berg, vilket resulterar i en tyngd och trötthet som förändrar ens perspektiv på tillvaron. (Andén-Angelström & Sundström, 2013, s. 179).

## 5.1 Affektiva störningar

Affektiva störningar hänvisar till tillstånd som omfattar bipolär sjukdom samt depression sjukdomar. Depressionssjukdomar kan uppstå under olika skeden av livet, allt från tidig barndom till ålderdom och är en vanlig orsak till självmord. Dessa tillstånd kännetecknas av förändringar i sinnesstämningen som manifesterar sig genom olika symtom, främst känslor av nedstämdhet och förlusten av att kunna känna av glädje. Beroende på svårighetsgraden kan depression klassificeras som mild, måttlig eller svår, eller som en depression på psykotisk nivå. (THL, 2019).

## 5.2 Ångeststörningar

Enligt THL (2019) är ångest ett tillstånd av olika känslor så som rädsla, oro, rastlöshet samt spänningar men kan till och med skapa känslor av panik eller skräck. Kortvarig rädsla och mild ångest är känslor som vi alla kan uppleva i vardagen, en naturlig del av livet för många människor.

När man lider av ångestsyndrom är känslan av ångest stark och långvarig, vilket påverkar förmågan att fungera normalt. Ångestsyndrom är vanliga psykiska störningar som ofta begränsar livet för de drabbade och minskar deras förmåga att fungera i vardagen och deras livskvalitet. Vanliga ångestsyndrom inkluderar paniksyndrom, rädsla för sociala situationer, social fobi samt generaliserat ångestsyndrom. (THL, 2023).

## 5.3 Psykoser

Psykoser innebär allvarliga störningar i hur vi uppfattar verkligheten, vanligtvis manifesterade genom vanföreställningar och hallucinationer. Psykossjukdomar inkluderar tillstånd som vanföreställningssyndrom, kortvarig psykos och schizoaffektivt syndrom. (THL, 2023).

Vid många psykossjukdomar finns förändringar i kognitiva funktioner, inklusive svårigheter med uppmärksamhet, minne och planering av handlingar. Dessa tillstånd kan påverkas av många faktorer i uppväxtmiljön eller genom traumatiska upplevelser, vilka kan bidra till risken för att utveckla en psykos. (THL, 2023).

## 5.4 Stress

Enligt Järvholm (2022) kan återkommande behandlingsförsök och missfall leda till psykisk stress och vanligen har en negativ inverkan på parrelationen för de drabbade. Främst kopplad är den psykologiska stressen till själva behandlingsperioden, och det verkar som det psykiska välmående stabiliseras över tiden, särskilt för dem som lyckas bli föräldrar.

I en studie gjord av Doyle och Carballedo (2014) har det också påvisats att stress, ångest och depression är vanliga följder av ofrivillig barnlöshet. Deltagarna i studien har även påpekat att fertilitetsbehandlingarna är mycket påfrestande och skapar relationssvårigheter. I jämförelse mellan infertila och fertila par konstaterade man att de infertila var mer deprimerade, hade dålig självkänsla och självförtroende än de fertila kvinnorna. Efter en misslyckad IVF-behandling minskade de infertilas självkänsla och depression ökade. Då IVF-behandlingarna resulterade i graviditet försvann de negativa känslor, vilket tyder på att fertilitetsbehandlingar ger upphov till en signifikant stress som är relaterat till risken för en misslyckande behandling.

## 5.5 Sociala situationer

Psykisk ohälsa kan påverka beteendet genom att individen undviker sociala sammanhang och kontakt med andra, vilket kan leda till en känsla av att dra sig tillbaka från omvärlden. Det kan även manifesteras genom ovanliga rörelsemönster, till exempel stereotypa beteenden och tvångsmässiga handlingar. En person kan tala för sig själv eller integrerar introvert med någon som den andra inte ser. Därutöver kan individen utstråla en känsla av skygghet och signalera till andra att inte komma för nära. (Weiner Thordarson, 2017, s. 39).

Enligt Sharma och Shrivastava (2022) framkom det att i det indiska samhället, där barnafödande ofta ses som en nödvändighet, kan det sociala trycket att få barn ytterligare öka stressen för de drabbade. Infertiliteten kan dessutom påverka relationen mellan partnern, familj och vänner negativt vilket kan leda till känslor av isolering och minska sociala interaktion.

## 5.6 Depression

Depression är en form av sjukdom som påverkar hela kroppen, vilket innebär att den har lika stor inverkan på den fysiska hälsan som på individens känslor, tankar och beteenden gentemot andra. Det sträcker sig långt bortom att bara vara nedstämd eller känna sig nere. Depression kan ge upphov till känslor av tomhet, likgiltighet, brist på värde och en total brist på intresse för aktivitet som en gång varit njutbar, vilket kan resultera i extremt kort temperament hos personen. (Skärsäter & Arvidsson, 2006, s. 102).

## 5.7 Känslor

Psykisk ohälsa påverkar också våra känslor, vilket kan visa sig i förändrade eller extremt intensiva känslomässiga tillstånd. Det kan innefatta nedsatt eller förhöjd stämning samt att vara lättretlig och impulsstyrd. Andra känslor som kan uppstå vid psykisk ohälsa inkluderar stress, oro, rädsla, ilska, ångest och en känsla av värdelöshet eller att man är en bluff. (Weiner Thordarson, 2017, s. 39).

I en studie gjord av Sharma & Shrivastava (2022) konstaterade man att diagnostiseras som infertil kan vara en påfrestande upplevelse för par. Studien visade att ofrivillig barnlöshet kan leda till psykisk stress och påfrestningar som är känslomässiga. De framkom att de känslor som de ofrivillig barnlösa möter kan vara allt från ilska, skuld, sorg, depression, ångest till en känsla av förlorat självförtroende och självkänsla.

Enligt MIELI (2021) är ängslan och oron över framtiden vanliga känslor som vi alla kan känna, men om det tar över och dominerar ens tankar kan det handla om generaliserat ångestsyndrom, vilket är en psykiatrisk diagnos. Det kan yttra sig som en överdriven och konstant oro och ångest inför framtiden. Det kan vara svårt att koppla bort och svårt att vara närvarande i nuet. Orsakerna till generaliserat ångestsyndrom är inte helt klara, och ångesten kan vara kopplad till tidigare upplevelser i livet som handlar om förluster och rädslor.

Sorg är en individuell upplevelse, och det är naturligt att sörja på ett personligt sätt. Sorgen kommer ofta i vågor, där ena dagen kan kännas svårare än den andra. Den kan omfatta en rad känslor såsom oerhörd saknad, förnekande, känslor av övergivenhet, osäkerhet, meningslöshet, ångest, skuld och ilska. Det finns termer som ofta används för att beskriva

känslorna kopplade till sorg såsom smärta, lidande, en konstant känsla av förlust. Sorg kan komma i skov, där vissa dagar är lättare än andra. Över tid brukar känslorna jämna ut sig och det blir möjligt att leva med förlusten. Emellertid kan sorg ibland fortsätta under en längre tid och utvecklas till depression. I sådana fall kan det vara viktigt att söka professionell hjälp. (MIELI, u.å.).

Enligt Andén-Angelström (2013, s. 183) är att vara ofrivillig barnlös innebär att leva i en värld präglad av mycket sorg och tårar. Det är en värld där livet går igenom snabba och tvära kast från hopp och förtvivlan till känslan av misslyckande och uppgivenhet. Det är påfrestande och tröttande resa, där konstanta misslyckande kan leda till att man mår dåligt och känner sig ledsen.

I en studie gjord av Sormunen, Karlgren, Aanesen, Fossum och Westerbotn (2020) var hos de infertila kvinnorna att uppleva barnlöshet något av den största sorgen man någonsin kunnat uppleva i sina liv. De kände känslor som desperation, hopplöshet och förlorade allt hopp. De upplevde även en mängd plågsamma reaktionen såsom en enorm sorg över att inte ha förmågan att skaffa barn och en känsla av att livet inte hade någon mening. Den egna synen på kvinnokroppen beskrevs som bristfällig och oförmåga att föda barn vilket påverkade kvinnans självkänsla av att hon kände sig otillräcklig och värdelös. Vissa deltagare rapporterade också att barnlöshet hade en negativ inverkan på deras sexliv. De påverkades genom att det inte kändes njutbart och romantiskt som det hade gjort tidigare. Sociala sammanhang och aktiviteter började också undvikas hos deltagarna eftersom de ville undvika frågor som var svåra att svara på samt alla förväntningar från omgivningen.

## 5.8 Tankar

Tankarnas innehåll kan genomgå förändringar och bli mer dystert, pessimistiskt, orealistiskt överdrivet, ostrukturerat och förvrängt. En vanlig förekommande tanke, även hos friska individer med låg självkänsla, är att inte anse sig vara betydelsefull, värda att bli älskade eller att andra fokuserar på och granskar individens beteende och eventuella misstag. Dessa tankar kan uppstå utan att personen gör färre misstag än vad de flesta andra gör. (Weiner Thordarson, 2017, s.38).

Enligt MIELI (2023) är självdestruktiva tankar inte ovanliga och kan uppkomma hos vem som helst under livets gång. Självskadebeteende kan uttryckas oberoende av personens

livssituation, kön, ålder samt bakgrund. Det innebär vanligtvis tankar eller beteenden som strävar efter att skada sig själv på något sätt. Självskadebeteende kan ha olika betydelser för olika individer och uttrycks på individuella sätt. Dessa tankar kan variera avsevärt, och det innebär inte nödvändigtvis att personen tänker på att begå självmord.

Självskadebeteende är ofta kopplat till någon form av psykisk ohälsa, även om självskadebeteendet i sig inte utgör en sjukdom. Det kan även kopplas till fysisk sjukdom, kriser eller svåra livssituationer, som exempelvis skilsmässa, mobbning eller förlust av nära och kära. Traumatiska upplevelser och misshandel är också en riskfaktor för självskadebeteende och självmord, liksom missbruk av alkohol och andra substanser. (MIELI, 2023).

Människor med självdestruktiva tankar känner ofta hopplöshet, värdelöshet eller att deras liv har nått en återvändsgräns utan någon utväg. Dessa överväldigande känslotillstånd är verkliga, trots att det i verkligheten finns alternativ för att lösa situationen. (MIELI, 2023).

## 5.9 Parrelationen, kriser och sexualitet

Barnlösheten utgör en prövning för de flesta par som går igenom eller har gått igenom denna situation. Att ha någon vid sin sida att dela detta med är en lättnad, men det händer att vi uppfattar situationen på olika sätt. En av oss kan känna en stark påverkan av barnlösheten medan den andra inte anser det vara lika betydelsefullt. Ibland vill en part fortsätta försöka medan den andra känner att det är dags att ge upp. Det är därför mycket viktigt att prata med varandra och uttrycka hur man upplever situationen. (Andén-Angelström & Sundström, 2013, s. 184).

För många infertila par förändrades även det sexuella samspelet när de påbörjade fertilitetsbehandlingarna. Sexet blev ofta schemalagt och förlorade sin spontanitet och njutning. På grund av det bristande psykologiska och emotionella stödet ökade stressnivån under hela behandlingsprocessen. (Sharma & Shrivastava, 2022).

Kriser kan uppstå under olika skeden och händelser i livet. Det är vanligt att känna sig hjälplös och överväldigad när man ställs inför något nytt och svårt, som en tung förlust eller en stor livsförändring. Under en kris kan en bred skala av symtom och känslor uppstå, inklusive ångest, sömnproblem, nedstämdhet, irritabilitet och besvär som är fysiska.

Känslan av trygghet urholkas och man kan känna att man tappar kontrollen över livet. (MIELI, 2023).

För somliga kan den ofrivilliga barnlösheten resultera i en livskris eller ett livslidande. Barnlösheten kan kännas och upplevas som att sörja en närståendes död. Så länge längtan till ett barn varar och prövningarna fortsätter så har sorgen en viss tendens att dröja sig kvar, men det är individuellt och inte så för alla. Många sätter upp nya mål och försöker fortsätta framåt medan somliga tror de kan lyckas för evigt. (Andén-Angelström & Sundström, 2013, s. 15).

I en Amerikansk studie undersökte man hur infertilitet påverkar kvinnors roller och vardagsliv. Totalt deltog 21 kvinnor i åldrarna 20-46 år. Samtliga hade fått diagnosen infertilitet. I resultatet framkom det att hur infertiliteten påverkade alla aspekter av kvinnornas liv så som arbete, livsstil och känslan av att vara ensam. Det var tydligt att infertiliteten hade en betydande inverkan på deras dagliga liv och att de ställdes inför utmaningar som påverkade deras självkänsla och välbefinnande. Kvinnorna ifrågasatte hela sin identitet och sitt syfte som kvinna, de upplevde även att infertiliteten betraktades som ett tabubelagt ämne vilket skapade en känsla av social isolering för de drabbade kvinnorna. Infertiliteten påverkade kvinnorna genom att de drog sig tillbaka från aktiviteter eller människor som de normalt skulle umgås med eftersom de kunde mötas av opassande kommentarer från andra människor. Kvinnorna försökte också undvika att bli konfronterade med andras graviditeter både i verkliga livet samt genom media så som Tv eller sociala medier. Detta berodde på att det kunde väcka starka och smärtsamma känslor för dem. Relationen till kvinnans partner påverkades också negativt eftersom det kunde leda till känslor av bitterhet och ilska om mannen var den bidragande faktorn till den ofrivilliga barnlösheten. Det som även var märkbart var att kvinnor i olika åldrar och livssituationer hade liknande upplevelser av hur infertiliteten påverkade deras liv. Denna instinkt bidrog till en ökad försåelse för de många dimensioner av infertilitetens påverkan och behovet av stöd och resurser för kvinnor som drabbas av denna diagnos. (Collins, 2019).

Enligt Andén-Angelström och Sundström (2013, s. 16) kan det kännas enormt ensamt att vara ofrivilligt barnlös. Man kan uppfatta som att alla andra i sin omgivning lyckas bli gravida men faktum är att det inte är så. Det finns många andra i samma situation och

genom att dela med sig av sin situation till andra upptäcks det att det är många som är drabbade. Att vara ofrivilligt barnlös behöver inte betyda att loppet är över utan både stöd och hjälp finns att tillgå.

Enligt MIELI (2023) kan en kris kan utlösas av en plötslig förändring eller en påfrestande händelse. Den kan även bero på flera samtidiga stressande omständigheter. Till och med en naturlig och förväntad livshändelse kan utlösa en kris. Krisernas mångfald illustreras av att de kan kategoriseras som utvecklingskriser, livskriser eller kriser som är traumatiska.

Kriser rubbar den grundläggande stabiliteten och känslan av kontinuitet i livet. Återhämtningen efter en kris är en individuell process, och det kan vara gynnsamt att söka stöd från nära och kära eller professionella. (MIELI, 2023).

## 5.10 Upplevelser

Enligt Widsell och Tristen (2019, s. 161) upplevs den ofrivilliga barnlösheten som en känsla av hjälp- och maktlöshet. Att försöka skaffa barn men inte lyckas är något som är otroligt frustrerande. Under dessa stunder kan man också få höra många "goda" råd men som för den drabbade i stället kan kännas som irriterat. En känsla av ledsamhet, depression samt maktlöshet är några av känslor som upplevs hos många par med ofrivillig barnlöshet. De som finns runtomkring en ser och upplever inte dessa känslor men lyfter fram råd som i dessa fall inte hjälper. De ofrivilligt barnlösa får ofta höra om råd som stressa mindre, slappna av, tänkt inte på det osv. För många par är barnlösheten det enda man kan tänka på, oro som liknar ett svart moln, som ett hål som är svart. Hur mycket man än försöker är den ofrivilliga barnlösheten något man inte kan kontrollera och styra över.

Barnlösheten som är ofrivillig upplevs som en känslomässig resa. Det blir en fruktansvärd besvikelse när något så normalt som att bli gravid inte fungerar och lyckas. För varje misslyckande som sker ökar den mentala spänningen och varenda gång som menssen kommer tillbaka, upplevs en känsla som ett fall ner i helvetet. Detta innebär att de sätter spår om det fortsätter månad efter månad och år efter år. Förhållandet sätts på prov och kan påverkas, att ta sig till jobbet kan verka svårt samt relationerna till familj men också vänner kan påverkas och bli annorlunda. Det som man upplevts varit roligt kan i stället kännas som något tungt. Men ett barnalängande minskar inte fast det, det blir rättare sagt

raka motsatsen. Att försöka om och om igen blir drivkraften. (Andén-Angelström & Sundström, 2013, s. 14–15).

I en studie gjort av Assaysh-Öberg, Borneskog och Ternström (2023) studerade man kvinnors upplevelser som varit med om infertilitet samt IVF i ett globalt sammanhang. Den framkom i studien att det finns många likheter mellan kvinnornas upplevelser som de genomgått vid infertilitet. I studiens resultat fanns elva underteman där många olika upplevelser från kvinnorna beskrevs. Det som framkom i underteman var att kvinnorna kände förutom en psykisk smärta även en fysisk smärta, som berodde på medicineringarna och behandlingarna. Kvinnorna upplevde ett nedsatt sexliv, brist på psykologiskt stöd, ingen medkänsla från vårdpersonal och beskrev känslor så som livssorg, osäkerhet, maktlöshet och ensamhet. Eftersom många kvinnor upplevde sorg kring barnlösheten orsakade det en tortyr som var psykologiskt och en förtvivlan vilket gjorde att kvinnorna led bland annat av frustration, ångest, sömnlöshet, rädsla. För många par hade den ofrivilliga barnlösheten även lett till ekonomiska svårigheter på grund av brist på det ekonomiska stödet. Parrelationen påverkades dels positivt och negativt, för en del skapade det konflikter medan andra kom varandra närmre och bandet mellan dem stärktes. Däremot upplevde många kvinnor en känsla av stigma samt isolering vilket gjorde att relationerna till anhöriga och bekanta blev sämre men även på grund av oförståelsen och kunskapen från anhöriga till den drabbade.

## 6 Stöd och bemötande

Att möta barnlöshet utgör en betydande utmaning. Det påverkar inte bara livet på många olika sätt, utan även framkallar känslor och tankar som kan vara svåra att hantera. Sorg är ett exempel, men det är vanligt att känna sig avundsjuk, bitter eller arg gentemot gravida kvinnor eller de som redan har barn. Det kan kännas udda och kanske till och med pinsamt att uppleva sådana känslor, men faktum är att det är helt normalt att dessa känslor uppstår när vi ser andra ha det vi själva längtar efter. Även om fler känner så här kan det vara tröstande att höra att dessa känslor är fullständigt normala. Att få stöd för att hantera de känslor och tankar som barnlösheten ger upphov till är viktigt. Många IVF-kliniker samarbetar med terapeuter som är specialiserade på frågor kring barnlöshet, men det är

också möjligt att söka stöd på vårdcentralen eller hos en privat klinik. (Andén-Angelström & Sundström, 2013, s. 181).

I en studie gjord av Sharma & Shrivastava (2022) har man kommit fram till att psykoterapi är avgörande för dem som lider av ofrivillig barnlöshet. Innan man börjar med fertilitetsbehandlingar är det oerhört viktigt att få rådgivning för att hantera de emotionella utmaningarna som uppkommer under processens gång. Avslappningstekniker såsom t.ex. meditation, djupandning och yoga hade visat sig vara effektiva för att minska negativa känslor och stress hos personer som genomgår fertilitetsbehandlingar.

Hälsofrämjande vård bygger på ett samarbete som involverar en ömsesidig interaktion mellan sjuksköterskan och patienten. Sjuksköterskan måste vara aktivt involverad i kommunikationen med patienten för att förstå patientens individuella potential för hälsa och välbefinnande. Att sjuksköterskan tar patientens erfarenheter på allvar är avgörande för att patienten ska känna sig trygg och öppet kunna diskutera sig själv och sin situation, vilket är av stor vikt för att främja hälsoprocesser. (Skärsäter & Arvidsson, 2006, s. 48).

I en annan studie om vård vid fertilitetsbehandlingar där portugiser deltog framkom det att fertilitetsbehandlingar är extremt svår under hela processen, framför allt under sista behandlingsperioden. Vårdpersonal och de ofrivilligt barnlösa patienterna har insett att det är speciellt betydelsefullt att stödja dem som misslyckat med behandlingarna. Under hela behandlingsvägen är det stor efterfrågan på psykosocialt stöd. Både patienter och hälso- och sjukvårdpersonal ansåg att förebyggande vård dels innan och efter att behandlingarna avslutades var viktigt. I studien framkom det att miljön på kliniker och kommunikationen från vårdpersonal, speciellt läkare ibland var okänsliga med hur de uttalade saker samt erbjöd inte strategier hur det skulle förbereda sig och hantera sina förväntningar ifall misslyckande i fertilitetsbehandlingarna skedde. (Sousa, Fernandes, Reis, Costa, Figueiredo & Gameiro, 2022)

En god, professionell och främjande omvårdnad bygger på sjuksköterskans förmåga och mod att vara äkta och personlig i sin relation till patienten. Med andra ord innebär det ingen motsättning att vara personlig och ändå behålla professionalismen inom omvårdnadsrelationen. Samtidigt beskriver sjuksköterskor att de måste behålla en professionell distans till patienten och till sina egna känslor för att bibehålla helhetsbilden

och undvika den emotionella belastningen som det innebär att vara nära en lidande individ. (Skärsäter & Arvidsson, 2006, s. 48–49).

Genom att tillämpa sin professionella expertis kan psykiatriska sjuksköterskor fungera som ett stödverktyg för personer som lider av psykisk ohälsa. Detta innebär att ge stöd, assistans och vägledning till personer som upplever psykisk ohälsa. Med allt detta är svårt att utföra om inte den drabbade personen har förtroende för sjuksköterskan och tillåter att en ömsesidig och förtroendefull relation byggs upp. (Skärsäter & Arvidsson, 2006, s. 126).

Enligt Simpukka ry (u.å.) är det för många är en outtalad önskan om att få barn en djup sorg och en av de mest kännbara kriserna i vuxenlivet. Ibland kan hanteringen av denna kris påverkas av ens inställning, förhoppningar och till och med omgivningens förväntningar.

Enligt Andén-Angelström och Sundström (2013, s. 16) kan det kännas enormt ensamt att vara ofrivilligt barnlös. Man kan uppfatta som att alla andra i sin omgivning lyckas bli gravida men faktum är att det inte är så. Det finns många andra i samma situation och genom att dela med sig av sin situation till andra upptäcks det att det är många som är drabbade. Att vara ofrivilligt barnlös behöver inte betyda att loppet är över utan både stöd och hjälp finns att tillgå.

Assaysh-Öberg et al. (2023) beskriver också i deras studie att behandlingarna men även hela processen kring ofrivillig barnlöshet har effekter på kvinnors liv genom psykologiska, fysiska, sexuella, andliga samt känslomässiga faktorer. Resultaten visade även att hälso- och sjukvårdens samt samhällets stöd vid infertilitet fattades samt att ofrivillig barnlöshet kan medföra en kris som är existentiell med känslor som saknad, smärta och sorg. Genom studien kunde man konstatera att det speciellt betydande är att social- och hälsovården ger stöd, info samt tid till den som drabbats av ofrivillig barnlöshet för att dessa skall kunna handskas med hela processen och behandlingar för att välbefinnandet samt livskvaliteten skall bevaras.

I en studie gjord i Finland undersökte man faktorer som bidrog till att kvinnor kunde hantera sin infertilitet. Totalt deltog 101 kvinnor i åldrarna 20–52 år. Resultatet av studien visade att kvinnorna behövde omvärdera sin identitet som kvinna och sitt förhållande till sig själv för att acceptera sin infertilitet. Deltagarna kände att det var viktigt att hitta nya livsmål som inte nödvändigtvis inkluderade moderskap samt att de behövde finna en ny

mening med sitt liv. Det som kvinnorna ansåg var viktigt var att främja sitt mentala välmående med saker som fick dem att må bra som t.ex. fysisk aktivitet, positivt tankesätt, bibehålla dagliga rutiner, leva hälsosamt och umgås med vänner och familj. En del kvinnor påpekade att de hanterade infertiliteten genom att hitta andra i samma situation att prata och dela sina erfarenheter med, dessa hittade dem genom stödgrupper, online forum eller sociala medier. Att ha denna gemenskap gjorde att de kände sig mindre isolerade och skapade en känsla av tillhörighet. Andra kvinnor påpekade också att umgås med barn till andra människor hjälpte dem. Detta bidrog till att de inte längre undvek att vara i närheten av barn, vilket var en del av deras sätt att bearbeta och hantera situationen. (Halkola, Koivula & Aho, 2022).

Utöver att söka medicinsk hjälp är det klokt att också söka psykosocialt stöd och stöd från andra som också lider av ofrivillig barnlöshet. Individer som upplever ofrivillig barnlöshet behöver förståelse, acceptans och stöd från sina närstående och andra i deras omgivning. En outtalad önskan om barn är förknippad med motsägelsefulla känslor, tankar och upplevelser. Att sväva mellan hopp och förtvivlan samt osäkerhet präglar denna kris. Att få socialt och kamratstöd från andra som upplever likande utmaningar är av stor hjälp i en sådan komplex livssituation. Trots att orsakerna till barnlösheten varierar och ger upphov till olika svårigheter, är sorgeupplevelsen ofta gemensam. (Simpukka ry (u.å.).

## 7 Teoretisk utgångspunkt

I denna studie används/valdes Katie Erikssons teori "Den lidande människan" som teoretisk utgångspunkt. Enligt Eriksson (1994, s. 11–12) är lidandet något som för människan är tillägnat. Att lida innebär också att vara vid liv. Lidandet definieras som en ständig kamp mellan ont och gott, bland lidandet samt lusten. Det som bildar kärnan i en hel human värld är liv och död samt lidande och lusten. Lidande är ett begrepp som har haft tendens att försvinna sedan 1940-talet och har ersatts av flera andra begrepp/termer, till exempel av sjukdom, ångest och smärta. En smärta, plåga, vånad och ett kval innebar lidande (Eriksson, 1994, s. 19–20). Lidande betyder alltid att kämpa, en ständig kamp. Lidande är inte detsamma som ångest, men en som lider kan vara drabbad av ångest, vilket betyder att lidandet som upplevs kan bero på ångesten man känner (Eriksson, 1994, s. 30).

Lidande är som redan nämnt en del av livet. Lidande kan innebära att människan inte kan bli vad hon borde vara, alltså helt enkelt att hon inte kan inse sin inre natur. Det djupaste lidandet som människan kan uppleva är när man går miste om livskraften och man fylls av att vara trött på livet. Lidandet uttrycks på olika vis från person till person, men oftast saknar man medel för att uttrycka sig i vad man verkligen känner. Därför tvingas människan att ombilda lidandet till en form som man på ett mer konkret sätt kan uttrycka sig med. Man tvingas ge förklaringar till varför man lider, vilket betyder att lidandet blir smärta, ångest eller rent ut sagt ett fysiskt uttryck som kan iakttas. Det finns även ett relationslöst lidande vilket innebär att ett lidande som människan bär på sig, inom sig. Detta lidande har framkallats av självfördömelse, en känsla av otillräcklighet men också en bristande förmåga att kunna leva ett liv som man hade önskat sig (Eriksson, 1994, s. 38–39).

Denna teori valdes eftersom ofrivillig barnlöshet kan väcka många starka känslor och skapa ett outhärdligt lidande samt kan vara svårt att förstå för andra. För att tyda resultaten som uppstår i denna studie används denna vårdteori.

## 7.1 Lidandets drama

Allt mänskligt lidande framställs som ett drama som är lidande. Att man försöker lindra medmänniskors lidande innebär att man vågar delta som en deltagare i dramat. Människor i dagens värld saknar kommunikationsmedel för att uttrycka de inre känslorna men även sitt lidande. Lidandet har förminskats till ett sjukdomsspråk eller till ett lidande som är fysiskt. Tre akter ingår i lidandets drama och dessa är:

1. Bekräftelse av lidandet.
2. Själva lidandet, d.v.s. tid och rum för att få lida ut.
3. Försoningen, d.v.s. vägen fram till en ny enhet

**Bekräftelse av lidandet** - När man erkänner en annan persons lidande innebär det att kommunicera till personen att "jag ser". Att en annan person ser lidandet är en tröst och en tilltro till att någon kan komma att möta. Med en blick, beröring eller med ett ord kan bekräftelsen förverkligas genom. Att inte erkänna lidande innebär att ignorera det eller även bortförklara det, vilket då innebär ett mer lidande för den berörda personen. (Eriksson, 1994, s. 53–55).

**Själva lidandet** - Varje lidande person behöver utrymme och tid för att lida. Att hitta snabbt orsaker och att försöka bortförklara ett lidande kan göra så att möjligheten till ett lidande minskas. Att befinna sig i någon form av lidande är att svänga fram och tillbaka mellan hopp samt förtvivlan. Övergivenhet i sitt lidande är lätt att känna och det kan ge en känsla av hopplöshet, vilket i sin tur skapar förtvivlan. Där hoppet inte längre finns samt det som dödar innebär förtvivlan. Ett nytt liv går inte att forma då en människa är förtvivlad. (Eriksson, 1994, s. 53–55).

**Försoningen** - försoningen betyder att ett drama slutar lyckligt. Med försoning menas att hitta ett "nytt liv" vilket innebär att bilda ett nytt liv där något definitivt gått förlorat. En person som uppnått försoning kan ofta ge mening med lidandet man genomgått. Vägen till försoningen kan vara olika för alla människor. När försoningen sker kan även vara olika för alla och för en del uppkommer den efter en djup hjärtesorg eller en kamp som varit förödmjukande. Ibland kan också försoningen ske genom en lugn förståelse av livets oundvikliga verkligheter. Än hur försoningen sker innebär det en förändring där det har skapats en ny enhet. Om man inte kan delta i lidandets drama som tar en fram till en sann försoning, upplever man i slutändan ett större lidande som i sin tur leder till trasighet eller död. (Eriksson, 1994, s. 53–55).

## 7.2 Hälsa och lidande

Lidandet och hälsa utgör den verkliga substansen, där kampen mot lidandet och kampen för tillvaron innebär att antingen kämpa eller att ge upp och välja inget liv. Människan kan inte värdesätta hälsan förrän man står inför en sjukdom. Allt detta handlar om medvetenhet. Lidande kan ge mening åt hälsan genom att göra människor medvetna om kontrasterna och de olika möjligheterna i deras egna inre resurser. Lidanden, från hälsans synvinkel, betyder att en person är avskild från sig själv och sin helhet. En människa mognar genom kärlek och lidande till en mer mångsidig och djupare helighet. (Eriksson, 1994, s. 63–76).

Lidandet kan därför upplevas på tre nivåer vilka är: "lidande", "att vara i lidande" och att "varda i lidande".

**Lidande** - innebär att människan drivs och styrs av omständigheter som är yttre. Att lida betyder också att vara obekant för sig själv, för egna inre önskningar samt också därför för sina egna möjligheter. (Eriksson, 1994, s. 63–76).

**Att vara lidande** - Är att söka något heligare. Människor upplever ofta ångest och oro till en synes anpassning som är fridfull. Varandet upplevs under en tid som ett tillstånd av hälsa, harmoni samt lycka men att vara är dock inte tillräckligt. (Eriksson, 1994, s. 63–76).

**Att varda i lidandet** - innebär en kamp, det är en kamp där man lever mellan liv och död samt mellan hopp och hopplöshet. Om livet vinner i denna kamp leder det ofta till en högre nivå av integration och man kan som människa finna mening i lidandet. (Eriksson, 1994, s. 63–76).

Outhärdligt är något som den lidande människan kan känna av oavsett vilken nivå den ligger på. Hälsa samt lidande utgör två olika aspekter av en människas livsprocess, ständigt näravande och integrerade i en människas liv. Människan är med om olika grader av lidande och/eller hälsa beroende på omständigheterna. Lidande skapar dock en känsla av hopplöshet, och det behöver hopp för att kunna lindra lidandet (Eriksson, 1994, s. 63–76).

### 7.3 Olika former av lidande

Sjukdomslidande, vårdlidande samt livslidande är tre olika typer av lidande som man möts av inom vården. Med sjukdomslidande upplevs ett lidande i relation till sjukdom och behandling. Vid vårdlidande upplevs lidande i relation till vårdsituationen. Vid livslidande upplevs i relation till det egna unika livet, alltså leva och att inte leva. Att förstå absolut individualitet och därmed även ensamhet. (Eriksson, 1994, s. 82–84).

Sjukdomslidande kan delas i en kroppslig smärta samt ett själslig och andligt lidande. Sjukdomslidande innebär smärta. En smärta som är rent ut sagt fysisk vilket innebär en orsak som är vanlig i samband med sjukdom. Som vi redan konstaterat är smärta inte detsamma som lidande och en sjukdom bör inte alltid orsaka smärta. Det som är centralt är dock förhållandet mellan smärta och lidande, och genom att försöka minska på smärtan kan ett outhärdligt lidande lindras. Kroppssmärta är vanligtvis fokuserad på ett specifikt ställe, alltså en av en del av kroppen vilket gör att den upptar en persons fulla uppmärksamhet vilket gör det svårt att använda den fulla potentialen för att hantera

lidandet. Det som kan leda till en andlig och själslig död är kroppsmärtan som kan vara outhärdlig. Viktigt är att smärtan måste lindras med alla möjliga medel som finns att tillgå. Kroppsmärta är orsakade av sjukdom och behandling. Smärtan upplevs av personen som helhet och är vid sällsynta fall enbart fysisk. Kroppsligt skall man förstå att det finns smärta och därför ett lidande som påverkar en person och som ger sig i uttryck fysiskt. När en person upplever intensivt fysiskt lidande är en stor del av deras medvetande fokuserad på det (Eriksson, 1994, s. 82–84).

Att människor skäms och utsätts för förnedring finns det många situationer av inom vården. Det kan handla om olika situationer så som under sjukdomen och behandlingen men och om upplevelsen att man t.ex. känner sig misslyckad samt att man känner att man inte får vara delaktig i behandlingen som man genomgår. Något som också påverkar är att man behöver söka information, vänta, köa, fråga samt använda gemensamma utrymmen för intima åtgärder (Eriksson, 1994, s. 85).

Enligt (Eriksson, 1994, s. 87) är vanligaste formen av vårdlidande är kränkning av patientens värdighet, detta betyder att neka personen om möjligheten att vara helt mänsklig. Genom direkta och konkreta handlingar kan kränkning av människovärdet ske men även mer abstrakt på grund av bristande etisk attityd eller att "inte se" eller ge vika för en person. Alla människor har samma värdighet och värde.

Att undvika alla typer av kränkningar hör till vårdarens uppgift. Då den naturliga vården förblir ogjord sker en kränkning av patientens värdighet. Något som kan upplevas som kränkande är när man inte ses eller uppfatta som någon man inte är eller inte vill vara och det kan skapa känslor så som förtvivlan, skuld och skam. Att inte kunna tala och förmedla sig till omvärlden är något av patientens största lidande. Fördömelse och straff, maktutövning, utebliven vård eller icke vård är typer av vårdlidande och att stärka människovärdet i vården innebär att behandla och bemöta varje patient individuellt (Eriksson, 1994, s. 88–90).

Det som berör en hel människa livssituation är sjukdom, ohälsa samt situation att vara patient. Ett självklart förankrat liv bryts och tas av en mer eller mindre oväntat. Livslidande är lidandet för att vad det kan innebära att leva och att vara människa bland andra människor. En persons livssituation som en plötsligt påtvingad förändring slåss mot det

naturliga vilket gör att man behöver hitta ett nytt sammanhang av mening. (Eriksson, 1994, s. 93–94).

## 7.4 Lidandet kan lindras

Vi bör försöka avlägsna det onödiga lidandet, men en del lidande kan inte avlägsnas och därför bör det göras allt för att lindra den. En vårdkultur där patienter upplever sig välkommen, vårdad och respekterad är en förutsättning för att minska lidandet. Att inte kränka patientens värdighet, inte fördöma och missbruka makt är a och o för att lindra en patients lidande. Något av det viktigaste är att man vågar möta lidande, samt uppleva lidande. Att hantera sitt lidande är att försöka uthärda det och det är det enda sättet. Alla olika kategorier av professionella vårdgivare bidrar många gånger till att ett vårdlidande sker omedvetet. Detta beror på bristande kunskap samt reflektion om mänskligt lidande (Eriksson, 1994, s. 95–98).

## 8 Metod

I detta kapitel redogörs urval, datainsamling, dataanalysmetod och forskningsetiska aspekter. Som metod i denna studie användes kvalitativ metod med kvantitativa inslag. En kvalitativ metod användes för att analysera de öppna frågorna medan en kvantitativ metod användes för att analysera de slutna frågorna.

Studien genomfördes med hjälp av en kvalitativ webbenkät med kvantitativa inslag som omfattade frågor med både öppna och fasta svarsalternativ. Den kvalitativa anonyma webbenkäten skickades ut på sociala medier för att komma åt så många kvinnor med ofrivillig barnlöshet som möjligt.

### 8.1 Datainsamling - kvalitativ enkätstudie med kvantitativa inslag

För att samla in materialet till studien genomfördes en kvalitativ webbenkät med kvantitativa inslag. Med enkäter kan man undersöka exempelvis personers åsikter, attityder, upplevelser och erfarenheter. (Henricson, 2023, s. 129). Studien riktade sig till ofrivilligt barnlösa kvinnor som genomgår eller genomgått fertilitetsbehandlingar.

Enkätstudie valdes att göras eftersom ofrivillig barnlöshet är och kan upplevas som ett känsligt och privat ämne vilket kan göra det svårt att prata om. Genom enkätstudie får respondenten tid att fundera på frågorna och säkrad anonymitet.

Enkäten består av 24 egenkonstruerade frågor, med både öppna och fasta svarsalternativ. Inspiration till enkätfrågorna inhämtades genom att lyssna på podcasts med anknytning till ofrivillig barnlöshet, från sociala medier, andra examensarbeten och information från bakgrundskapitlet. Frågorna i enkäten bygger på studiens syfte och frågeställningar. De öppna frågorna som gav respondenterna fritt utrymme att beskriva sina upplevelser och erfarenheter om ämnet.

Enkäten inleds med nio bakgrundsfrågor vilka inte direkt svarar på studiens frågeställningar men som anses vara relevanta för studiens resultat. I enkätens sista fråga kunde respondenterna fritt tillägga något som var viktigt om ämnet, såvida det inte redan i tidigare svar framkommit. Enkäten ses i bilaga 1.

En så kallad pilotstudie utfördes innan enkäten publicerades på Facebook, dvs att enkäten skickades ut till några testpersoner för att kontrollera hur de uppfattade frågorna i formuläret, om någon fråga saknades och så att formuläret fungerade. De bekanta fick information om att deras svar inte var anonyma eftersom de besvarade enkäten innan någon annan kunde besvara den. Efter att pilotstudien var gjord ändrades några frågor i formuläret som uppfattades fel, till exempel frågor som började med hur ändrades till beskriv så att jag skulle få ett mera omfattande svar av deltagarna. Enkätfrågorna, frågeställningarna och informationstexten skickades till handledande lärare för godkännande innan enkäten publicerades på sociala media.

Respondenter söktes via två privata Facebook grupper "Ofrivillig barnlöshet", "Mammor och gravida i Österbotten FINLAND" och på den egna Facebook profilen. Ett inlägg publicerades (se bilaga1) i gruppen där respondenterna fick en kort informationstext om vem jag var, till vad jag studerar, studiens syfte, vem som kunde delta, hur studien gick till samt hur man skulle göra. De som valde att svara på enkäten såg en informationstext (se bilaga 2) i början av enkäten. Både i Facebook inlägget och i informationstexten stod det information om skribenten och varför studien gjordes. I början av frågeformuläret stod en informationstext med instruktioner på hur enkäten ifylldes. Alla respondenter skulle vara kvinnor som genomgår/genomgått fertilitetsbehandlingar och deltagarna förblev

anonyma. Enkäten togs bort från Facebook efter 5 dagar då sammanlagt 41 svar hade inkommit. Genom att samla in material genom virtuella frågeformulär gav det en fördel genom att deltagarnas berättelser redan var nerskrivna vilket betyder att ingen extra tid gick åt till att transkribera materialet.

## 8.2 Urval

Kvalitativa studier involverar vanligtvis respondenter som är färre i antal än i studier som är kvantitativa. Forskaren vill att urvalet i studier som är kvantitativa ska företräda en population som är större i antal och därför har urvalsstrategin helt andra kriterier. I kvalitativa studier vill forskaren lyfta fram innebörden och få en förståelse som är fördjupad för ett visst fenomen. Vid de studier som är kvalitativa gäller det då att finna respondenter med erfarenhet som är olika och som kan ge mångsidiga beskrivningar av ett visst fenomen. Alltefter studiens syfte kan till exempel kön och antal barn vara av betydelse som grund för urvalet. Vid forskningsfrågor som tangerar personliga och känsliga ämnen kan det finnas en viss utmaning för deltagarna att fullständigt dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser, vilket i sin tur kan motivera behovet av ett större urval. (Henricson, 2023, 118–119).

Ett av studiens syfte var att belysa kvinnors känslomässiga upplevelser vid ofrivillig barnlöshet. Enkäten riktade sig till kvinnor i åldern 18–45 som genomgick eller genomgått fertilitetsbehandlingar. För att nå ett så stort urval som möjligt söktes respondenter via sociala mediekaneln Facebook. Inlägget publicerades på gruppen "Ofrivillig barnlöshet" och "Mammor och gravida i Österbotten FINLAND". Därtill postades också inlägget på den egna Facebook-profilen där inlägget delades vidare med hjälp av snöbollsmetoden. Enligt (Henricson, 2023, 129) är det lättare att få människor att delta i en undersökning om andra, till exempel i min studie bekanta, rekommenderar andra att delta. Enkäten besvarades elektroniskt genom programmet Google Docs. Svarstiden för enkäten var fem dygn. Inom svarstiden inkom sammanlagt 41 enkätsvar, inga påminnelser gjordes.

## 8.3 Dataanalys

Studien genomfördes med en kvalitativ enkätstudie, där innehållsanalys användes till den kvalitativa metoden och beskrivande statistik till den kvantitativa metoden. Dessa två

metoder användes för att få fram respondenternas åsikter samt tankar men även statistik. Detta ledde till en djupgående analys av materialet. (Henricson, 2023, 296 & 277). Den kvalitativa innehållsanalysen valdes för att skribenten ville lyfta fram deltagarnas erfarenheter av ofrivillig barnlöshet. Kvalitativ innehållsanalys kan tillämpas för att behandla det insamlade materialet som respondenter lämnat in. (Henricson, 2023, 120).

Alla enkätsvar som inkom sammanställdes i ett Word-dokument. Sedan klassificerades alla öppna svar från respondenterna i tre huvudkategorier, psykisk hälsa, känslor samt stöd och bemötande. Dokumentet printades ut i pappersformat. Dokumentpapperen lästes sedan igenom flera gånger innan färgkodningen började. Meningsenheterna fick kodnamn och dessa koder upptäcktes på flera ställen i pappersdokumentet. Koderna utvecklades till subkategorier som i sin tur bildade kategorier. Ett kategorischema skapades sedan baserat på insamlade data och citat togs med för att förstärka dem.

Med en beskrivande analys och nominalskala analyserades de slutna frågorna i enkäten. Enkäten gjordes i Google Docs vilket betyder att datorprogrammet framställer statistiken av de slutna frågorna automatiskt. Till sist framförs de åstadkomna tabellerna som skribenten tagit fram med subkategorier till höger och till vänster finner man kategorierna.

## 8.4 Etiska överväganden

Forskning kan endast vara etiskt acceptabel och tillförlitlig, och dess resultat är trovärdiga endast genom att forskningen utövas i enlighet med en god forskningssed, vetenskaplig praxis. Ett system baserat på TENK:s nationella riktlinjer för att identifiera samt lösa avvikelser från en god vetenskaplig praxis används i Finland. (Forskningsetiska delegationen, 2023).

Genom hela examensarbetet är det extremt betydelsefullt att följa de etiska normerna och ha kunskap men också följa de etiska principerna. Som skribent är det viktigt att följa de moraliska samt etiska skyldigheter för att alla deltagare som skall känna sig trygga, och bekväma samt så att deras rättigheter skall iakttas. Eftersom detta ämne kan vara väldigt känslösamt är det viktigt att respondenterna informeras om att materialet från enkäterna kommer att behandlas konfidentiellt samt att det är frivilligt att delta och att de när som helst under forskningens gång kan avbryta sitt deltagande. (Arene rf, u.å.)

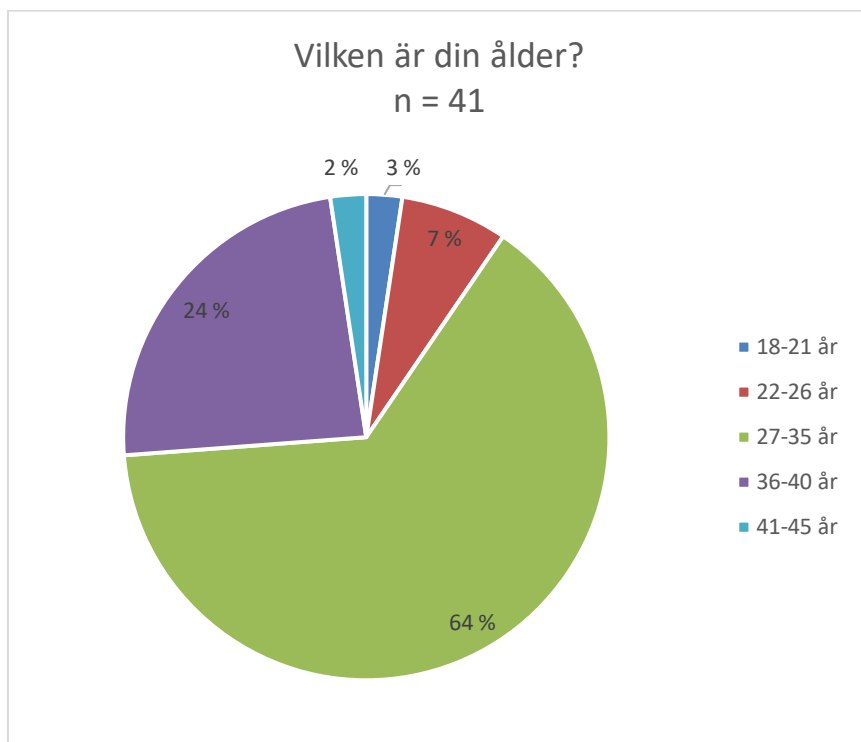
I enkäten som skickades ut fanns ett informationsbrev där det framgick vad studiens ämne och syfte var, vad deras medverkan innebar, hur materialet skulle användas, bevaras, skyddas och förstöras efter att arbetet var färdigt. Respondenterna informerades också om att citat kommer att tas med. Det betonades också att deltagandet är frivilligt och att de deltagare som valde att besvara enkäten skulle förbli helt anonyma. Uppgifterna som gavs skall behandlas konfidentiellt för att skydda respondenternas åsikter och värderingar. Det informerades även om var de hade möjlighet att ta del av det färdiga arbetet. (Arene rf, u.å.)

## 9 Resultat

I detta kapitel redovisas resultatet som bildats från de insamlade enkäterna. I studien används innehållsanalys för de öppna frågorna. Först presenteras de slutna frågorna och därefter de öppna frågorna. I alla enkätsvar kunde man se likheter, men även olikheter förekom. Utifrån analysen av resultatet bildades tre kategorier med tillhörande subkategorier. Kategorierna som uppkom gav svar på studiens frågeställningar. De kategorier som uppstått i resultatet är: faktorer som påverkar/påverkat kvinnans psykiska hälsa vid ofrivillig barnlöshet, den ofrivilliga barnlöshetens påverkan på relationer och kvinnors upplevelse av stöd och bemötande av vårdpersonal. Kategorierna och subkategorierna presenteras nedanför. Citat förekommer skrivna med kursiv stil för att stärka trovärdigheten av studiens resultat.

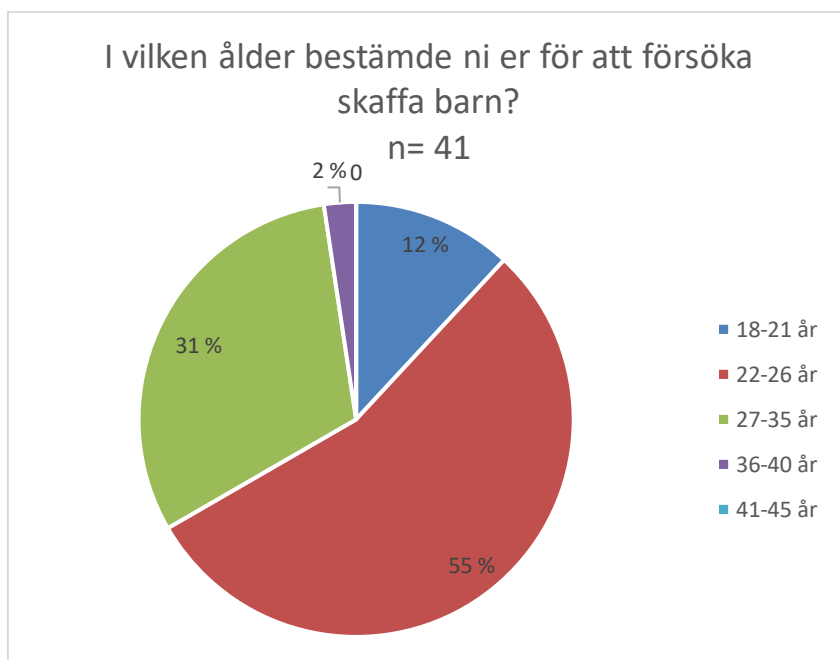
### 9.1 De slutna frågornas resultat

Åldern vid deltagande i studien var mellan 18–45 år. 3% (1 st) var mellan 18–21 år, 7% (3 st) var mellan 22–26 år, 64% (27 st) var mellan 27–35 år, 24% (10) var mellan 36–40 år och 2% (1) var mellan 41–45 år.



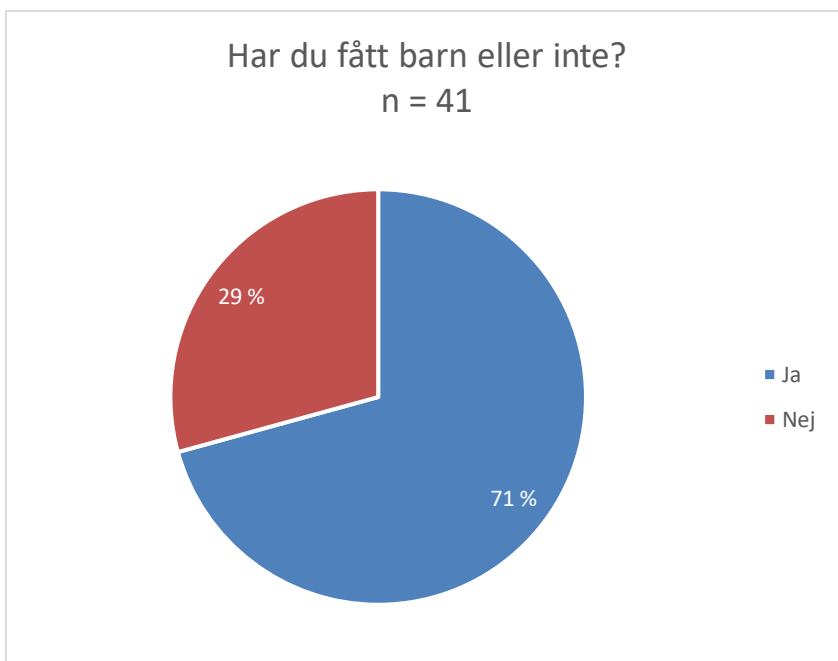
Figur 1. Åldern vid deltagande.

Åldern när respondenterna bestämde sig för att försöka skaffa barn var varierande. 12% (5 st) var mellan 18–21 år, 55% (23 st) var mellan 22–26 år, 31% (13) var mellan 27-35 år, 2% (1 st) var mellan 36-40 år och 0% (0 st) var mellan 41-45 år.



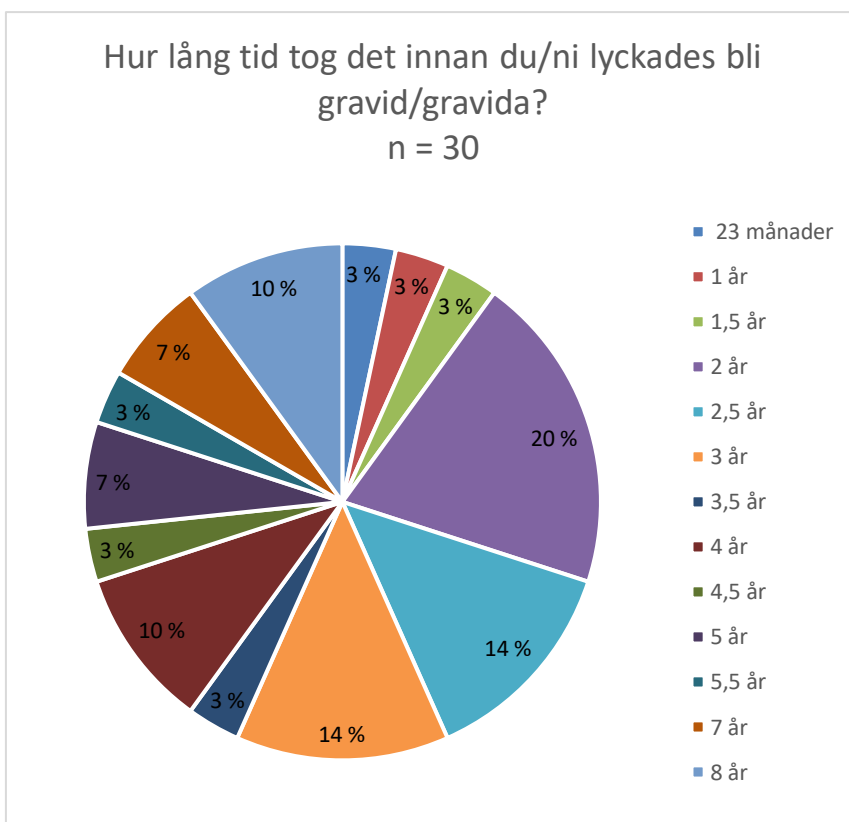
Figur 2 Åldern när man bestämt sig för att börja försöka skaffa barn.

På frågan har du fått barn eller inte besvarade 71% (29 st) ja och 29% (12 st) nej.



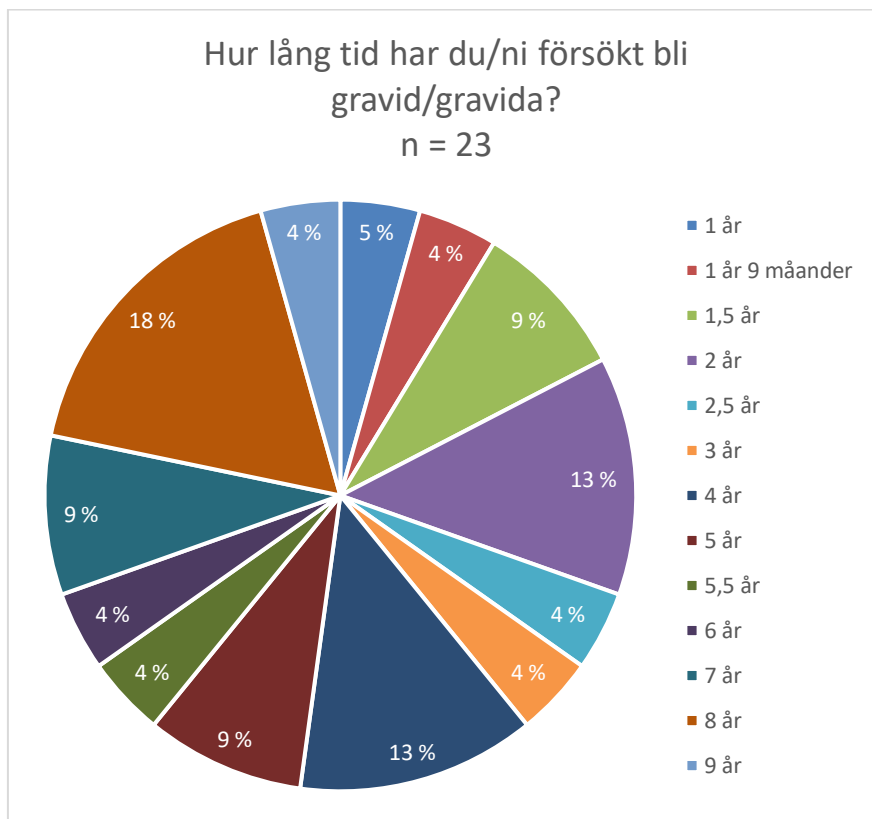
Figur 3. Om respondenterna fått barn eller inte.

Hur lång tid det tagit att lyckas bli gravid var varierande. Allt från 23 månader till 8 år.



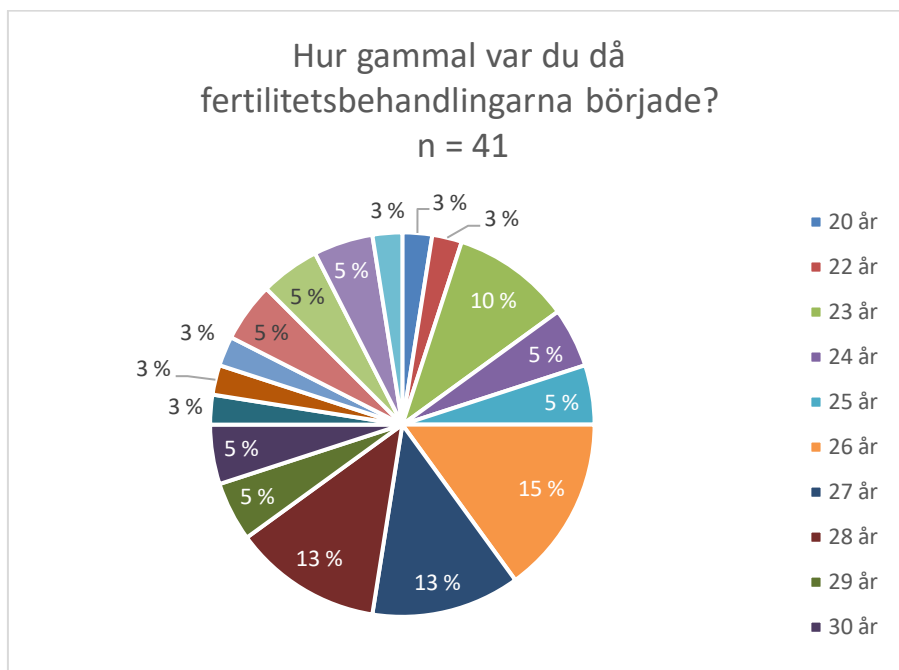
Figur 4. Tiden att lyckas bli gravid.

På frågan hur lång tid som man har försökt bli gravid var också väldigt varierande. Allt från 1 år till 9 år.



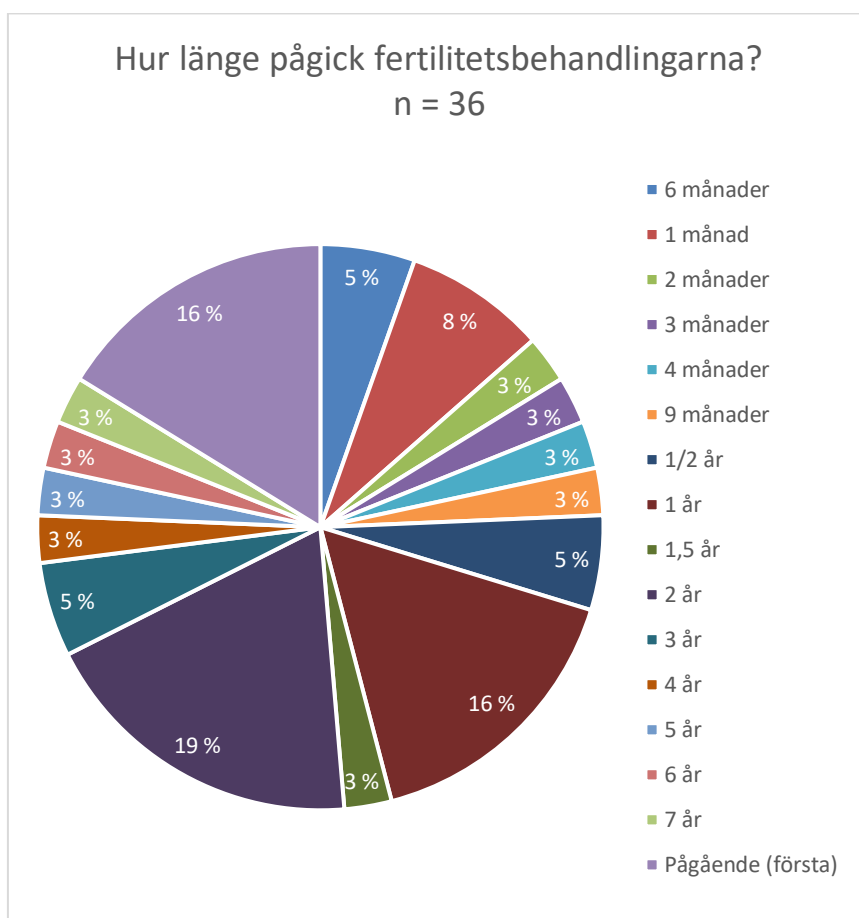
Figur 5. Tiden man försökt bli gravid.

Hur gammal respondenterna var när de började med fertilitetsbehandlingar var allt mellan 20 år och 37 år. 3% var i åldern 20, 22, 25, 31, 34 och 37 år. 5% var i åldern 24, 30, 33, 35 och 36 år. 10% var 29 år. 13% var 27 och 28 år och 15% var 26 år.



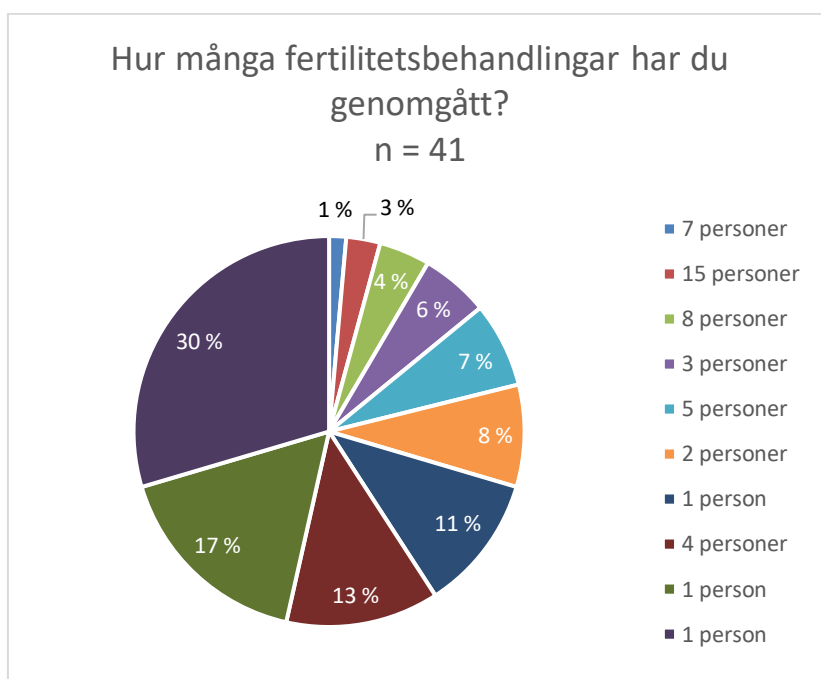
Figur 6. Ålder vid påbörjande av fertilitetsbehandlingar.

Fertilitetsbehandlingarna pågick också olika länge mellan respondenterna, allt från 6 månader till 7 år. Några hade även startat sin första fertilitetsbehandling som pågick ännu.



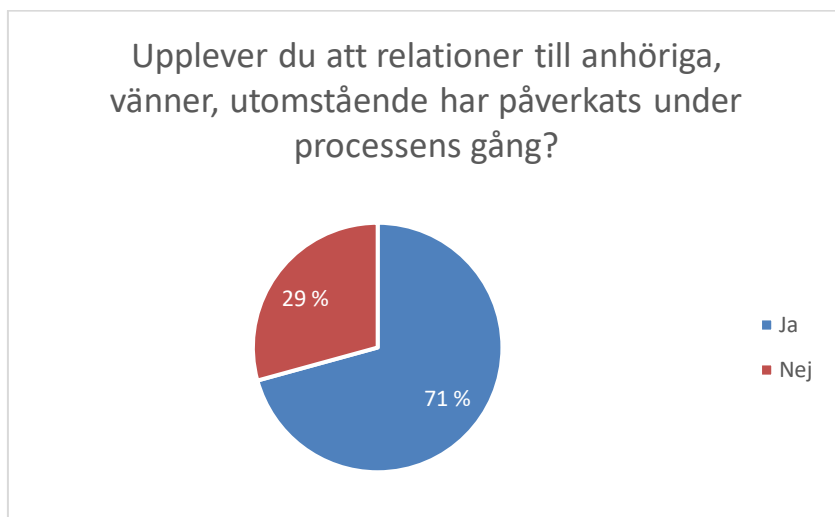
Figur 7. Fertilitetsbehandlingarnas längd.

Varierande skillnader var det även i hur många fertilitetsbehandlingar som genomgåtts. 7 personer hade genomgått 1 (7%) behandling. 15 personer hade genomgått 2 (3%) behandlingar. 8 personer hade genomgått 3 (4%) behandlingar. 3 personer hade genomgått 4 (6%) behandlingar. 5 personer hade genomgått 5 (7%) behandlingar. 2 personer hade genomgått 8 (11%) behandlingar. 1 person hade genomgått 8 (11%) behandlingar. 4 personer hade genomgått 9 (13%) behandlingar. 1 person hade genomgått 12 (17%) behandlingar medan en annan hade genomgått hela 21 (30%) behandlingar.



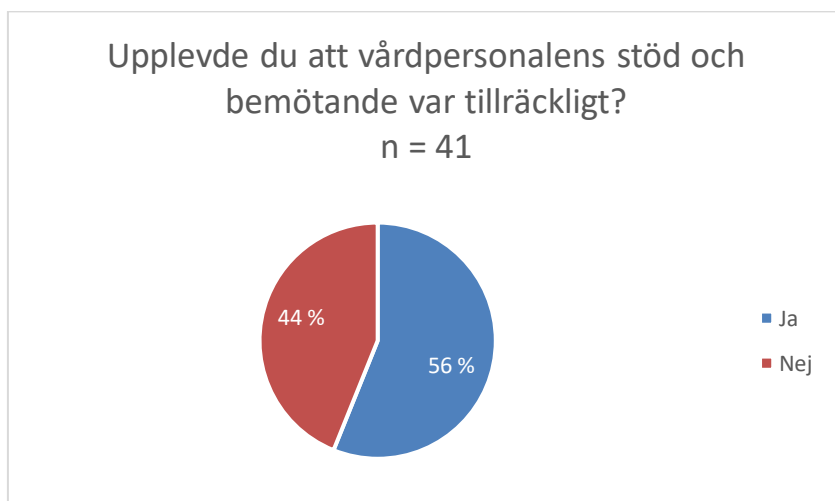
Figur 8. Antalet genomgångna fertilitetsbehandlingar.

71% (29 st) svarade ja och 29% (12 st) svarade nej på frågan om de upplevt att relationer till t.ex. vänner anhöriga och utomstående har påverkats under processens gång.



Figur 9. Påverkan på olika relationer under processen

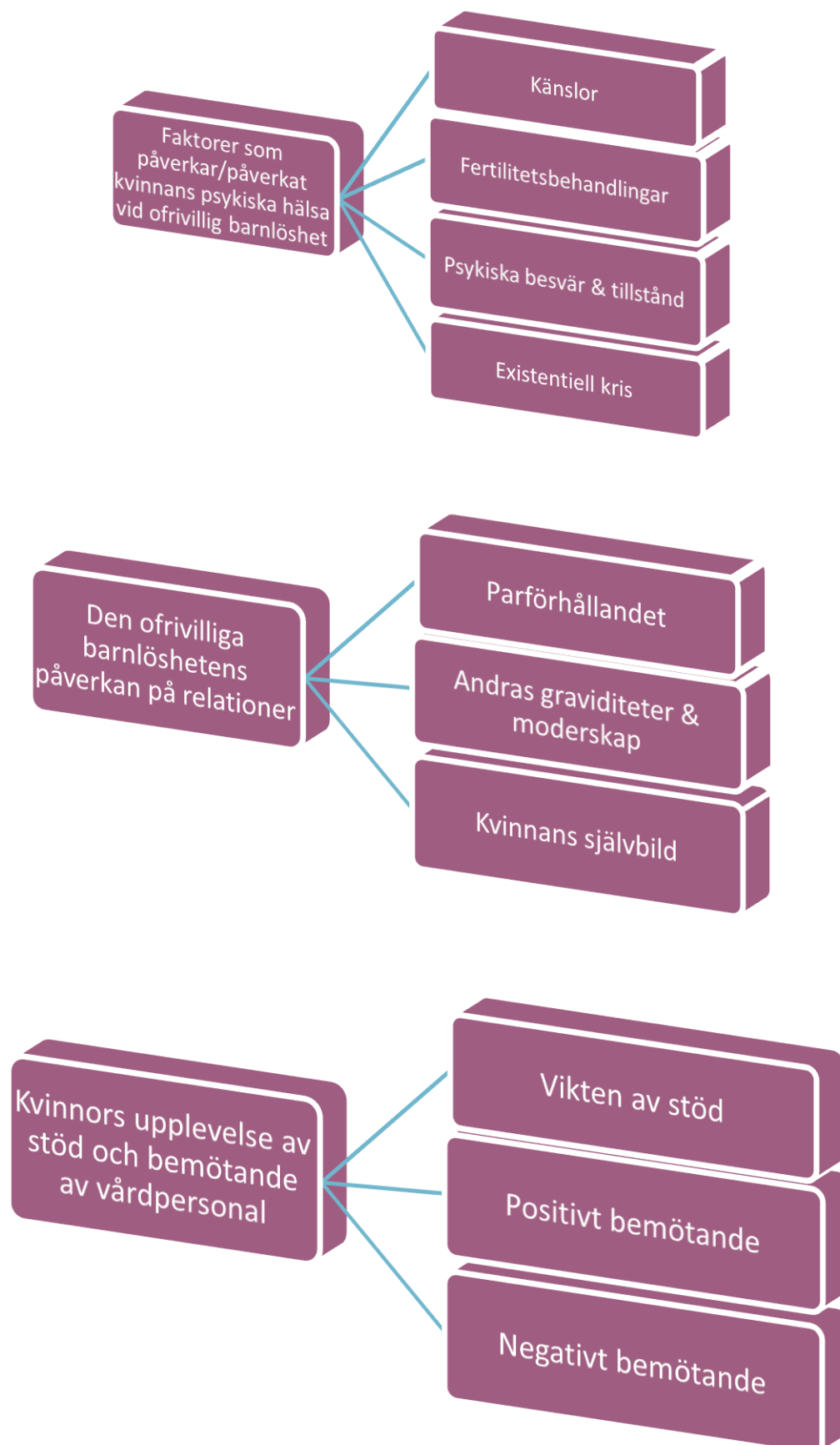
På frågan om deltagarna upplevde att de fick tillräckligt med stöd och bemötande av vårdpersonal svarade 56% (23 st) ja och 44% (18 st) nej.



Figur 10. Upplevelsen av tillräckligt med stöd och bemötande av vårdpersonal.

Fertilitetsbehandlingar som genomgåts bland kvinnorna var allt från IVF, insemination (IUI), hormontabletter, icsi, FET, hormonstimulering, endometrial scratch, ägglossnings stimulering, till äggdonation. Vaginal undersökning, ultraljud av äggledare, spolning av äggledare samt hormonprovs tagningar hade gjorts på en del kvinnor. Det nämndes även att sambon hade gjort sperma och hormonprover.

## 10 De öppna frågornas resultat - Tabell med kategorier och subkategorier



## 10.1 Faktorer som påverkar/påverkat kvinnans psykiska hälsa vid ofrivillig barnlöshet

Studiens huvudpunkt är hur kvinnans psykiska hälsa påverkas under den ofrivilliga barnlösheten. I denna kategori redovisas faktorer som påverkar eller påverkat kvinnans psykiska hälsa vid ofrivillig barnlöshet. Kategorin delas in i 4 subkategorier: känslor, fertilitetsbehandlingar, psykiska besvär och tillstånd samt existentiell kris. Den ofrivilliga barnlösheten ger upphov till känslomässig turbulens där man ständigt tampas mellan hopp och besvikelse. Stressen och den påfrestande längtan och väntan som uppstår till följd av den ofrivilliga barnlösheten skapar ett stort tryck på den psykiska hälsan. I resultatet framkom det en bottenlös besvikelse, svidande sorg, en skavande smärta som aldrig försvinner och skamfyllda känslor. Respondenterna upplevde ett uppreparande trauma, en oavbruten resa av sorg och förlust under en lång tidsperiod. Den ofrivilliga barnlösheten skapar en ständigt kamp med ärr av sorg som blir en del av ens identitet.

### 10.1.1 Känslor

Alla respondenter beskrev att de hade drabbats av olika känslotillstånd under processens gång. Dessa känslotillstånd kunde vara allt från ilska, sorg, glädje, rädsla till avsky. Eftersom många olika känslor lyftes fram av respondenterna delades dem vidare in under dessa fem olika känslotillstånd. Dessa var ilska med känslor som irritation, frustration och orättvisa. Sorg med känslor som besvikelse, smärta, ledsamhet, förtvivlan, hopplöshet och hjälplöshet. Glädje med känslor som tacksamhet, positivitet, förväntansfull och hoppfullhet. Rädsla med känslor som nervositet, ovisshet, ångest och oro och avsky med känslor som hat mot andra gravida. De känslor som beskrevs som allra svåraste bland respondenterna var ovissheten och den eviga längtan. De började även känna både skuld- och skamkänslor. En av respondenterna påpekade också att den ofrivilliga barnlösheten är ett trauma och en smärta som varar och är närvarande med en resten av livet oavsett om man hade lyckats få ett barn eller inte. Sorgen var speciellt påtaglig bland respondenterna som inte hade lyckats få barn. De beskrev en sorg som inte går över, utan som återkommer igen under olika skeden av livet när andras milstolpar uppnås t.ex. vid fåendet av barnbarn. Många deltagare poängterade de ekonomiska påfrestringarna, vilka leder till ännu mer stress och press. Det framkom även olika sätt att hantera smärta och känslor. Respondenterna betonade att acceptans krävdes för kunna gå vidare och orka i livet.

*"Man är ärrad av åren man levde i kris.. Växla mellan hopp och förtvivlan. Jag har klarat mig bra men man blir påmind ibland."*

*"En stor sorg som påverkar vardagen då tankarna och rädslan om att aldrig kunna få barn finns där konstant."*

*"svårt det faktiskt är att kunna få påbörja behandlingen, hur dyr den är och hur påfrestande den är."*

*"Värdelöshet, en kvinna "ska" kunna föda barn. Misslyckad. Oduglig. Otillräcklig. Svag."*

*"Besvikelse, ilska, Irritation, Hopplöshet, Sorg. ibland även hoppfullhet, glädje"*

*"Sorgsen, ledsen, arg, förtvivlad, förbannad osv"*

### 10.1.2 Fertilitetsbehandlingar

Alla respondenter hade genomgått någon form av fertilitetsbehandlingar, antingen via den kommunala eller privata sektorn. Flera uttryckte att privat vård var bättre än den kommunala. Det som flera av respondenter upplevde var att behandlingarna var mer psykiskt än fysiskt påfrestande. Behandlingarna var psykiskt tunga, och tog sig uttryck i humörsvängningar, en känsla av misslyckande och stress. Och bland de fysiska symptomen förekom främst huvudvärk, trötthet och smärta. Respondenterna uttryckte att det värsta med fertilitetsbehandlingarna och den ofrivilliga barnlösheten var att man inte visste anledningen till sin barnlöshet. Många kände också att fertilitetsbehandlingarna blev en lång och utdragen process som påverkade det psykiska måendet. Behandlingarna upplevdes dock, enligt en del av respondenterna, som hoppgivande vilket blev en drivkraft framåt för att eventuellt i framtiden få sin högsta önskan att gå i uppfyllelse. En del deltagare hade också upplevt biverkningar av behandlingarna. En del fick lindrigare medan några fick allvarliga biverkningar så som överstimulering, vilket påverkade både det fysiska och psykiska måendet. Även fast biverkningar förekom bland vissa respondenter upplevdes behandlingarna som efterlängttande eftersom det var där hoppet om ett baranskapande fanns.

*"Men gång efter gång då det misslyckades påverkade det mig psykiskt dåligt"*

*"Behandlingar har mestadels upplevts som efterlängtade förutom vis senaste äggstimuleringen som var riktigt tuff fysiskt"*

*"Först hoppfullt, sen psykiskt jobbigt när det inte funkade."*

*"Psykiskt väldigt tungt, besvikelse efter besvikelse..."*

*"Kroppen kändes inte som min egen när den var fullproppad med hormoner."*

*"Otroligt tungt med ovissheten, blandningen mellan hopp, förtvivlan, inte våga hoppas och för varje månad börja om en känslomässig tortyr."*

*"Fick överstimulering. Inlagd på sjukhus, organsvikt, vatten i lungan, blev sedan sjukskriven, var riktigt dålig. Det var tufft, kände mig värdelös..."*

*" Snabbare få tid, för inom barnlöshet är tiden så otroligt viktig inte minst för det psykiska måendet."*

### 10.1.3 Psykiska besvär & tillstånd

Alla respondenter hade drabbats av någon form av psykiska besvär eller tillstånd. Psykiska besvär som hade upplevts bland kvinnorna var bland annat oro, nedstämdhet, sömnsvårigheter, panikångest och kroppsliga symtom. En del kvinnor hade också drabbats av depressionssjukdom, ångestssyndrom, utmattningssyndrom, utbrändhet och självmordstankar.

*"Fick påbörja antidepressiva mediciner. Utmattad, deppad och absolut ingen livslust."*

*"hade självmordstankar"*

*"Mycket ångest och oro"*

*" Drabbats av både depression och utmattning"*

*"...Fått sömnproblem"*

*"...har i perioder varit sjukskriven för utmattningssyndrom"*

#### 10.1.4 Existentiell kris

Existentiella kriser och tankar uppstod också för en del av respondenterna. Många kvinnor beskrev att de hade minskad, ingen livslust eller till och med självmordstankar. De hade svårt att finna glädje i livet. En del av kvinnorna uttryckte att de kände sig värdelös som kvinna och att de inte var värd ett barn. Respondenterna beskrev också att man kände förhoppningar som krossades när ingenting lyckades. Tankarna som uppkom var att aldrig kunna få barn, den ständiga tanken efter längtan efter barn, negativa tankar samt tankar om hur mycket man skulle orka/pressa sig själv. Några kvinnor uttryckte även att de inte ville leva utan ett biologiskt barn och att de utan barn inte såg någon mening med livet. Identitetskris var också något som nämndes bland deltagarna, detta kändes speciellt när man var bland andra människor. Någon enstaka deltagare påpekade att den ofrivilliga barnlösheten satte spår i ens kropp resten av livet oavsett om man hade lyckats få barn eller inte, detta beskrevs som en påminnelse om den oändliga smärtan.

*"Känns meningslöshet Identitetskris - vem är jag utan en egen familj?"*

*"Kände mig stundtals som en sämre kvinna, att få barn är väl det naturligaste som finns och då det kändes som att kroppen inte klarar av ens det.."*

*"Känslan av att jag inte kan uppfylla meningen med livet och att det kanske inte är värt att leva då."*

*"Ett tomrum. En känsla av att jag aldrig kommer bli lycklig utan barn då livet kommer kännas meningslöst"*

*"Tankar om hur mycket man ska "pressa" sig själv och orka"*

#### 10.2 Den ofrivilliga barnlöshetens påverkan på relationer

Olika reaktioner sätts på spel när det gäller den ofrivilliga barnlösheten. Allt från parförhållandet, hur kvinnorna upplever andras graviditeter och moderskap samt kvinnans självbild påverkas. Nedan presenteras tre olika relationer som påverkas av den ofrivilliga barnlösheten.

### 10.2.1 Parförhållandet

Nästan alla respondenter påpekade att parförhållandet påverkades i viss mån, för vissa till det bättre och andra till det sämre. Samlag beskrevs som meningslöst, mekaniskt och en del fick minskad sexlust. Man tröttnade på att samlaget blev schemalagt vilket upplevdes mera som "tvång". Den ofrivilliga barnlösheten upplevdes som en prövning på parrelationen. Vissa respondenter kom varandra närmare och blev starkare tillsammans, och mer sammansvetsade, medan andra gled isär, så pass mycket att en del separerade. Somliga upplevde att de som par blev mer öppna att diskutera om olika känslomässiga saker tillsammans och många kvinnor uttryckte en rädsla över att maken skulle lämna kvinnan i och med att hon inte kunde skapa ett barn till partnern.

*"Men vart efter vi började med behandling öppnade vi upp oss mera för varandra och kanske ännu mera än vad vi gjort tidigare i förhållandet. Det gjorde att vi blev starkare och också bättre på att kommunicera med varann än innan vår barnlängtan."*

"Sexlivet och lusten har påverkats till det sämre."

*"I grunden har det nog stärkt oss för vi har tvingats gå igenom o bearbeta känslor som vi inte visste att vi hade. Samtidigt har vi glidit ifrån varandra för det är inte romantiskt att ha sex på en bestämd dag fast ingen vill."*

*"Vi har separerat efter 7 år pga att vi inte klarade av att stötta varandra."*

*"Rädsla över att maken ska lämna om jag inte kan ge honom en familj med barn."*

### 10.2.2 Andras graviditeter & moderskap

Alla respondenter uttryckte att de blev mera socialt avståndstagande från omvärden. Respondenterna undvek att umgås med andra, i och med att de var livrädda att andra skulle bli gravida eller se graviditetsbesked, och hur man då skulle hantera det. Vänner, familj och bekanta påverkades därmed också av detta. Det sociala avståndstagandet gjordes också på grund av att de kände en oro och rädsla av vad de kunde mötas av. Respondenterna hade svårt att glädjas över andra mödrars graviditeter, och kände svartsjuka och bitterhet. En annan orsak till minskade sociala relationer och nätverk var bristande förståelse från andra, orkeslöshet att möta andra och dess frågor, avundsjuka och bitterhet på andras graviditeter. Många av kvinnorna var trötta på att få felpracerade

kommentarer och kände lätt en känsla av utanförskap, vilket gjorde att de isolerade sig. Sociala medier undveks också, till viss mån av respondenterna, eftersom graviditetsbesked och barn kunde upplevas som "triggande". Respondenterna lyfte även fram rådande samhällsnormer kring graviditet och moderskap, vilka gjorde att människor gärna uttalade sig med ord som kan såra en ofrivillig barnlös kvinna.

*"Man undviker vänner, man stänger sig mer inne från vissa anhöriga pga orkar inte med frågor när man ska skaffa barn, får ont i magen varje gång man öppnar sociala medier pga rädsla att det ska vara graviditets besked hos någon."*

*"Det var svårt när många i min närhet blev gravida, jag grät varje gång jag såg någon som meddelade att dom var gravida. Jag började dra mig undan. Orkade inte hålla kontakten med folk på samma sätt längre."*

*"Svartsjuka - väldigt tungt att se bekanta med sina bebisar."*

*"Bitterhet över vänners graviditeter, kände mig sårad av okänsliga kommentarer."*

*"Jag såg gravidmagar och barnvagnar överallt. Till slut vägrade jag att gå till mataffärer. Jag höll mig mest hemma."*

### 10.2.3 Kvinnans självbild

Relationen till sig själv som kvinnan ändrades också i och med den ofrivilliga barnlösheten. Många av respondenterna beskrev att de fick minskat självförtoende och självkänsla. De ofrivilligt barnlösa kvinnorna kände sig som en sämre, oduglig, otillräcklig, inkapabel och misslyckad kvinna, samt upplevde sig inte som tillräckligt kvinnliga nog. En del kvinnor beskrev den ofrivilliga barnlösheten som en identitetskris, att man inte visste vem man var. Respondenterna upplevde att omgivningen hade förväntingar att man som kvinna skulle skaffa barn. Självomsorg betonades av respondenterna för att orka igenom den svåra krisen. Respondenterna uttryckte, också den ofrivilliga barnlösheten som tabubelagt, vilket gjorde att de upplevde sina problem som väldigt privata.

*"...ser ner på mig själv som kvinna, känner mig inte värd ett barn"*

*"Fick påbörja antidep. mediciner. Utmattad, deppad och absolut ingen livslust."*

*"Sorg - vad är meningen med livet om jag inte kan bli mamma?"*

*"Vad är det för fel på mig"*

*"Jag har känt, och känner mig fortfarande misslyckad att inte kunna bli gravid trots att testerna inte visar något fel"*

### 10.3 Kvinnors upplevelse av stöd och bemötande av vårdpersonal

Vården kring ofrivillig barnlöshet är väldigt betydelsefull för den drabbade och vårdpersonalen skapar en stor betydelse kring hur upplevelsen känns för den drabbade. Sjukvårdens bemötande och stöd är något som beskrivs som både positivt och negativt. Det poängterades starkt hur stor del stödet har i denna svåra process. Respondenterna lyfter fram överlevnad i gemenskap genom att delta i olika stödgrupper, och att ta del av olika terapiformer. Det psykiska måendet påverkades mera än det fysiska måendet, vilket betyder att vårdpersonalen skulle behövt lagt mer tyngd på det psykosocialt stödet under hela processens gång.

#### 10.3.1 Vikten av stöd

Nästan alla respondenter upplevde brist på psykologiskt stöd av vårdpersonal. En del upplevde att vårdpersonal inte visade någon medmänsklighet och omtanke. Några av respondenterna upplevde att läkarna var empatilösa, gjorde endast vad de skulle och inget mer. Flera av respondenterna poängterade att den långa processen (kötid) ökade det behov av stöd man skulle behövt ha, men att man som individ glömdes bort och räknades som en i mängden. Många respondenter påpekade att de inte hade blivit informerade av vårdpersonal angående olika stödmöjligheter under processens gång. Kvinnorna hade inte blivit erbjudna varken uppföljningsamtal eller besök efter avslutad process. Flera av respondenterna poängterade att stödet från vårdpersonal var viktigt. Både före, under och efter processens gång. Alla respondenter lyfte fram att vårdpersonalen, i ett tidigt skede, skulle ha behövt erbjuda samtalsstöd, samtalsterapi och uppföljningsamtal, samt att uppmärksammat mer stöd som skulle funnits att tillgå.

*" jag har ofta känt att de ser det mycket som en produktion där jag som individ glömts bort. Har saknat möjlighet till att få prata mellan behandlingarna, diskutera om något kan göras annorlunda. Önskat lite utanför boxen tänk."*

*"Man hade kunnat visa mer förståelse för den psykiska berg- och dalbanan. Tidigt erbjuda samtalsstöd."*

*"INGEN erbjöd någonsin samtalsstöd under infertiliteten/fertilitetsbehandlingen!"*

*"Ha uppföljnings samtal eller ge mer stöd vid besök"*

*"Uppmärksamma att det finns kurator om man vill. Det visste jag inte förrän efteråt."*

### 10.3.2 Positivt bemötande

Det som gjorde att bemötandet upplevdes som positivt bland respondenterna var att vårdpersonalen agerade professionellt, var trevliga, ödmjuka, snälla, hjälpsamma, stöttande och förstående. Vårdpersonalen visade lyhördhet och skapade ett fötroendeskap mellan patienten och vårdaren. Respondenterna påpekade även att de blev tagna på allvar. Privata läkarna upplevdes som trevliga och de fick patienterna att känna sig som en människa med värde. Respondenterna påpekade att bemötandet hos den privata sektorn var gott i och med att de var mer inkännande, gav hjälp, tips och pepp.

*"Inom privata vården var man mycket mer inkännande, gav hjälp, tips och pepp genom alla steg."*

*"De var tillmötesgående, lyssnade och var sakliga."*

*"Ett vänligt bemötande och att de försöker sätta sig in i situationen."*

*"Det finns en läkare som verkligen visar att hon bryr sig och vill fundera ut bästa möjliga behandling för just dig! Hon är även mycket erfaren och kompetent vilket märks."*

### 10.3.3 Negativt bemötande

En del kvinnor hade stött på ett negativt bemötande bland vårdpersonal, speciellt läkare. De hade upplevt bristande empati och professionalism bland en del vårdgivare. De upplevde att läkarna var väldigt olika och att en del av dem var väldigt känslolika och satte felplacerade kommentarer så som t.ex. att man var för ung, man skulle inte stressa med att försöka skaffa barn, att man skulle sluta tänka på saken och att man inte kommer lyckas bli gravida fastän man ännu då inte hade startat sin fertilitetsbehandling. Somliga ur vårdpersonalen fick en del patienter att inte känna sig som en människa, utan enbart som

en behandling. En del av vårdpersonalen kunde också ha en negativt attityd till patienten. Några av deltagarna hade fått kommentarer, omdömen och yttranden som var oppassande av vårdpersonal. Kvinnorna upplevde även brist på kontinuerlig information. Majoriteten av deltagarna uttryckte att den kommunala sektorns vård var sämre än den privata vården, detta berodde på att de inom kommunala ville "uföra" så lite som möjligt och att känslor hos patienten inte beaktades.

*"Vår läkare sa till oss då processen började att vi nog inte kommer att bli gravida och att chansen är minimal, vilket kändes väldigt nattsvart och vi frågade oss själva om vi verkligen skulle dra igång behandlingarna iallafall."*

*"Negativt är att jag ofta upplevt mig som "en i mängden" och att allt görs på rutin. Jag har känt mig som en siffra i statistiken och inte alltid känt att jag som människa funnits utan mest en behandling."*

*"De gjorde vad de skulle men det fanns ingen medmänsklighet och omtanke."*

*"Flera gånger har jag fått höra att jag inte ska stressa/tänka på det så kommer det att ta... De har även sagt till mig efter att ha försökt i 5 år att jag är ung och att det är lugnt, inte behöver skynda på med ivf för jag är ung (30år).."*

*"Från den offentliga vården var det otroligt dåligt bemötande"*

## 11 Diskussion

I detta kapitel redogörs metod- och resultatdiskussionen. Jag kommer diskutera den metod jag valt för min studie och resultaten utifrån mina tre frågeställningar. Gällande metoddiskussionen tas styrkor och svagheter upp samt huruvida syftet och frågeställningarna besvarades med studiens metod. I resultatdiskussionen tas det upp angående tidigare forskning och resultatet från denna studie.

### 11.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa kvinnors känslomässiga upplevelser vid ofrivillig barnlöshet samt undersöka hur relationer påverkas och hur kvinnor upplever eller har

upplevt vårdpersonalens bemötande och stöd i samband med den ofrivilliga barnlösheten. Mera specifikt var min avsikt att lyfta fram hur kvinnans psykiska hälsa påverkas vid ofrivillig barnlöshet och vilka känslor som uppstår till följd av den. I denna studie används kvalitativ metod vilket enligt Henricson (2023, s. 492) innebär att metoden kan diskuteras med termerna trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet.

Enligt Henricson (2023 s. 492–493) är det speciellt viktigt att diskutera styrkorna och svagheter i urvalet för att öka studiens trovärdighet och bekräftelsebarhet. Urvalet i studien valdes mellan 18–45 år eftersom jag antog att olika åldrar kunde ge olika upplevelser från deltagarna. Eftersom jag postade mina inlägg i två olika sociala media grupper innebar det att jag fick respondenter både från Sverige och Finland vilket medförde en variation i deltagarnas svar. Att få svar från två olika länder var intressant eftersom man kunde finna likheter och skillnader länderna sinsemellan. En risk med att detta är att vården är en aning annorlunda länderna emellan, vilket också speglas i analysen av materialet.

Att välja rätt datainsamlingsmetod i studien ökar trovärdigheten i arbetet (Henricson 2023, s.492 ). Från början var tanken att välja intervju som datainsamlingsmetod. Detta ändrades efter en del funderingar och sist och slutligen beslutades att i stället att använda mig av en enkät som datainsamlingsmetod. I studien användes kvantitativ metod i form av beskrivande analys samt en kvalitativ metod i form av innehållsanalys. Genom att använda två metoder fick jag både en del statistisk samt erfarenheter och upplevelser från andra. Det positiva med att jag fick in 41 enkätsvar på endast fem dagar var att jag fick många olika upplevelser som man fann likheter och olikheter i.

Enkät gjordes för att nå som många som möjligt i olika åldrar samt för att få fler respondenter i studien än vad jag kanske fått genom en intervju, men enkät valdes även för att jag ville få in många olika svar för att få mera uppfattning och kunskap om ämnet.

Eftersom hela 41 enkätsvar inkom med informativa svar bidrog det till att tillförlitligheten ökade. Min första tanke var att hitta deltagare som ännu idag var ofrivilligt barnlösa. Men för att hitta tillräckligt många deltagare till studien ändrade jag mig och hade enbart som kriterie att deltagarna skulle vara kvinnor och skulle ha genomgått någon typ av fertilitetsbehandling. Det som jag nu i slutet av studien kommit fram till är att om jag enbart haft de som varit ofrivilligt barnlösa idag att medverka i studien skulle det gett mer kvalitet på svaren angående hur den psykiska hälsan påverkats.

Fördelen med att använda enkät som metod är att deltagarna helt anonymt kan svara på frågorna samt att de i deras egen takt och i lugn och ro besvara den. Eftersom ämnet ofrivillig barnlöshet kan anses som ett tungt, privat och känsligt ämne valdes alternativet att deltagarna helt och hållet fick vara anonyma. En annan fördel med att enkäten gjordes elektroniskt var att det var enkelt och praktiskt att fylla i den över webben.

Eftersom enkäten var anonym ledde det till vissa risker så som möjligheten att ställa följdfrågor försvann samt att deltagarna inte svarat så omfattande som man skulle önskat. En annan risk var också att man inte fått en uppfattning om de som inte fullföljde studien, det betyder alltså bortfallet, vem som inte svarat på enkätformuläret (Henricson, 2023, s.134).

Det man också skall notera i denna studie är att respondenterna inte kanske förstått alla frågor på rätt sätt och då svarat ganska samma på somliga frågor. Det som också är riskabelt med en enkätstudie är att man inte vet vem som svarat på den, om den har svarats av rätta personer. Eftersom målgruppen var mellan 18–45 år kunde deras erfarenheter, minnen och upplevelse varierat vilket påverkat svaren och resultaten från enkäten.

Enkätfrågorna formades av mig själv utifrån frågeställningarna och delades in i bakgrundsfrågor, psykiska hälsan, känslor, stöd och bemötande av vårdpersonal. Efter att materialet sammanfattats och innehållsanalysen sattes i gång insåg jag att en del enkätfrågor skulle kunnat lämnats bort eller omformulerats eftersom det på en del frågor förekom likdanande svar. En del frågor i enkäten blev onödiga med tanke på att en frågeställning ändrades en aning men alla svar på frågorna var ändå intressanta att ta del av.

Under analysen av materialet kom frågeställningarna att ändras en del. I studien var det även tänkt att undersöka hur kvinnorna beskriver och hanterar känslorna som uppstår vid den ofrivilliga barnlösheten, men eftersom denna på ett eller annat sätt ingick i den psykiska hälsan vävdes den in i min första frågeställning. I och med att deltagarna i studien hade påpekat så pass mycket om hur olika relationer påverkas valde jag i stället att undersöka hur kvinnors relationer påverkats under den ofrivilliga barnlösheten och satte den som en annan frågeställning i studien.

Etiska överväganden har följts genom hela studiens gång. I samband med att enkäten skickades ut i sociala medier i ett informationsinlägg (Bilaga 1) samt en informationstext (Bilaga 2) inne i enkäten. Alla enkätsvar behandlades anonymt under hela processens gång.

Eftersom studiens ämne varit relativt brett även om jag avgränsat till enbart kvinnor upplevde jag en utmaning med att hitta en röd tråd igenom hela arbetet. Att studien gjordes med en kvalitativ metod innebar att jag fick många olika upplevelser att ta del av vilket också gjorde att alla tre frågeställningar i studien besvarades.

## 11.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel tas det upp angående tidigare forskning och resultatet från denna studie. Studiens frågeställningar var: *Hur påverkas kvinnans psykiska hälsa vid ofrivillig barnlöshet? Hur påverkas relationer vid ofrivillig barnlöshet? Vilket stöd och bemötande upplever/upplevt kvinnor av vårdpersonal vid ofrivillig barnlöshet?* Alla tre frågeställningarna blev besvarade i studien.

Känslor, fertilitetsbehandlingar, uppkomsten av psykiska besvär och tillstånd och existentiell kris är alla faktorer som påverkat kvinnans psykiska hälsa vid ofrivillig barnlöshet på ett eller annat sätt. Respondenterna upplevde stress, en påfrestande längtan och väntan samt olika känslotillstånd vilket skapade en stor påverkan på kvinnans psykiska hälsa. Besvikelse, sorg, smärta, skam, trauma, förlust och ärrad var några av de många olika termerna som uppgavs av respondenterna. I studien gjord av Sharma & Shrivastava (2022) framkom det även att diagnostiseras som infertil kan vara en påfrestande upplevelse vilket kan leda till psykisk stress och påfrestningar som är känslomässiga. Känslor som uppkom var till exempel sorg, skuld, depression och förlorat självförtroende och självkänsla. Eriksson (1994) kan även påvisa att övergivenhet i sitt lidande är lätt att känna och det kan ge en känsla av hopplöshet, vilket i sin tur skapar förtvivlan och att ett nytt liv inte går att forma då en människa är förtvivlad.

Flertal respondenter upplevde fertilitetsbehandlingarna väldigt besvärliga, de var mera psykiskt än fysiskt påfrestande. Behandlingarna tog sig i uttryck i humörsvängningar, stress och känsla av misslyckande. Den långa utdragna processen påverkade även det psykiska måendet negativt. Eriksson (1994) påvisar även att befinna sig i någon form av lidande är att svänga fram och tillbaka mellan hopp samt förtvivlan. I undersökningen gjord av Doyle

och Carballedo (2014) framkom det att fertilitetsbehandlingarna var mycket påfrestande och skapade reaktionssvårigheter. De infertilas självkänsla och självförtroende minskade vid en misslyckad IVF-behandling. De infertila kvinnorna var mer deprimerade, hade dåligt självkänsla i jämförelse med de fertila kvinnorna.

Respondenternas relationer påverkades också av den ofrivilliga barnlösheten. Parförhållande, hur kvinnorna upplever andras moderskap och graviditet men även kvinnans självbild var olika relationer som påverkades på ett eller annat sätt. Nästan alla respondenter påpekade att samlaget påverkades till det negativa. De upplevde att samlaget blev mekaniskt, meningslöst och somliga fick minskad sexlust. Sormunen et al. (2020) beskrev i sin studie att den ofrivilliga barnlösheten hade en negativ inverkan på sexlivet och påverkades genom att samlaget inte längre kändes njutbart och romantiskt som det hade gjort tidigare. Enligt en annan undersökning gjord av Sharma och Shrivastava (2022) framkom det också att det sexuella samspelet påverkades under fertilitetsbehandlingar. Sexet blev ofta schemalagt och förlorade sin spontanitet och njutning.

Alla respondenter blev på något vis mer social tillbakadragen. Antingen genom att se andra moderskap och deras graviditeter, att få opassande kommentarer eller bristande förståelse från andra eller genom att man inte visste hur man skulle hantera, bemöta och reagera när andra berättade att de var gravida. Detta gjorde att relationer till familj, vänner och bekanta påverkades negativt. I Sormunen et al. (2020) studie framkommer det även att sociala sammanhang och aktiviteter började undvikas hos de ofrivillig barnlösa eftersom de ville undvika frågor som var svåra att svara på samt alla förväntningar från omgivningen. I en annan studie gjord av Sharma och Shrivastava (2022) framkom det att barnafödande i somliga samhällen ses som en nödvändighet vilket gjorde att det sociala trycket att få barn ytterligare ökade stressen för den drabbade.

Kvinnans relation till sig själv påverkades stort av den ofrivilliga barnlösheten där självkänslan och självförtroendet drabbades starkt. Deltagarna beskrev att de kände sig sämre, oduglig, otillräcklig, inkapabel och misslyckad kvinna, samt upplevde sig inte som tillräckligt kvinnliga nog. Vissa respondenter påpekade att de upplevde en identitetskris på grund av detta att man inte visste vem man var. Enligt en undersökning gjord av Sormunen et al. (2020) framkom det att den egna synen på kvinnokroppen beskrevs som bristfällig

och oförmågan att föda barn vilket påverkade kvinnans självkänsla av att hon kände sig otillräcklig och värdelös.

Positivt samt negativt bemötande och stöd var något som alla respondenterna upplevde av vårdpersonal. Eriksson (1994) beskriver att vid vårdlidande upplevs lidande i relation till vårdsituationen. Nästan alla respondenterna upplevde brist på psykosocialt stöd av vårdpersonalen och poängterade att stödet från vårdpersonalen är viktigt både före, under och efter processens gång. Enligt Sousa et al. (2022) ansåg både patienter och hälso- och sjukvårdpersonal att förebyggande vård dels innan och efter att behandlingarna avslutades var viktigt och att det under hela behandling vägen är det stor efterfrågan på psykosocialt stöd. I en annan undersökning gjord av Sharma och Shrivastava (2022) har man kommit fram till att psykoterapi är avgörande för dem som lider av ofrivillig barnlöshet. Det framkom även att innan man börjar med fertilitetsbehandlingar är det oerhört viktigt att få rådgivning för att hantera de emotionella utmaningarna som uppkommer under processens gång.

Alla respondenter hade stött på ett bemötande av vårdpersonal som var positivt eller negativt. Det negativa bemötande som somliga respondenter upplevde var speciellt bland läkare. Respondenterna upplevde ett bristande empati och professionalitet och att en del av vårdpersonalen var känslökalla och satte felplacerade kommentarer. Enligt Eriksson (1994) är vanligaste formen av vårdlidande är kränkning av patientens värdighet, detta betyder att neka personen om möjligheten att vara helt mänsklig. Alla olika kategorier av professionella vårdgivare bidrar många gånger till att ett vårdlidande sker omedvetet. Detta beror på bristande kunskap samt reflektion om mänskligt lidande. Eriksson (1994) beskriver även att människor skäms och utsätts för förnedring finns det många situationer av inom vården. Det kan handla om olika situationer så som under sjukdomen och behandlingen men och om upplevelsen att man till exempel känner sig misslyckad samt att man känner att man inte får vara delaktig i behandlingen som man genomgår. Respondenterna uttrycker även att de upplevde brist på information. I studien gjord av Sousa et al. (2022) framkom det att miljön på kliniker och kommunikationen från vårdpersonal, speciellt läkare ibland var okänsliga med hur de uttalade saker samt erbjöd inte strategier hur det skulle förbereda sig och hantera sina förväntningar ifall misslyckande i fertilitetsbehandlingarna skedde.

### 11.3 Slutsats

Genom detta examensarbete kan man konstatera att den ofrivilliga barnlösheten påverkar kvinnans psykiska hälsa starkt och att flertal relationer påverkas. Det kom även fram att stödet och bemötandet är speciellt betydelsefullt av vårdpersonalen hos den drabbade och om detta är bristfälligt påverkar det även kvinnans psykiska hälsa negativt.

Studien visade att det fanns brister i stödet och bemötande av vårdpersonal. Man kan konstatera att vårdpersonalens roll är speciellt betydelsefull genom att stödja och hjälpa och har en stor inverkan på det psykiska välbefinnandet hos kvinnor som lider av ofrivillig barnlöshet. Därför är det extremt viktigt att vårdpersonalens kunskaper om ämnet stärks och att deras stöd och bemötande utvecklas ännu mera till det bättre för att minska på psykiska ohälsan som kan drabba den ofrivilligt barnlösa kvinnan. Genom att stödja på olika sätt i ett tidigt skede till exempel genom stödverksamheter, gott bemötande och stöd från vårdpersonal, familj, vänner och utomstående minskar det risken att man skall drabbas av psykisk ohälsa. Man borde även utveckla mera kunskap och belysa detta känsliga ämne mera i samhället för att göra det mindre tabubelagt och minska på normerna kring barnaskapande. Vidare studier om ämnet kunde vara att forska kring hur mannens psykiska hälsa påverkas vid ofrivillig barnlöshet.

## 12 Källförteckning

Andén-Angelström, J. & Sundström, A. (2013). *En bok om ofrivillig barnlöshet*. Lettland: Vulkan.

Arene rf. *Etiska rekommendationer för examensarbeten på yrkeshögskolor*. Hämtat 14.9.2023. [https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/ETISKA%20REKOMMENDATIONER%20FÖR%20EXAMENSARBETEN%20PÅ%20YRKESHÖGSKOLOR\\_2020.pdf?t=1578480382](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/ETISKA%20REKOMMENDATIONER%20FÖR%20EXAMENSARBETEN%20PÅ%20YRKESHÖGSKOLOR_2020.pdf?t=1578480382)

Assaysh-Öberg, S., Borneskog, C., & Ternström, E. (2023). Women's experience of infertility & treatment – A silent grief and failed care and support. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 37. Hämtat 26.9.2023. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575623000691>

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

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

Borgfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H. & Wangel A-M. (2019). *Obstetrik och gynekologi (5:1 upplagan)*. Lund: Stunderlitteratur AB.

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

Çitil Canbay, F., Çitil, E. T., Şadiye Çitil Şap, T., & Şap, O. (2022). Identifying Experiences and Hopelessness Levels of Women Receiving Infertility Treatment: A Mixed Method Study. *American Journal of Family Therapy*, 50(2), 205–226.

Dagens Medicin. (2013). "Vård vid ofrivillig barnlöshet är ett lotteri". Hämtat 19.9.2023 <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/var-d-vid-ofrivillig-barnlos-het-ar-ett-lotteri/>

Doyle M, Carballedo A. Infertility and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2014;20(5):297-303. doi:10.1192/apt.bp.112.010926

Finlands Läkarförbund. (2021). *Behandling av barnlöshet*. Hämtat 14.9.2023. <https://www.laakariliitto.fi/lakaretik/livets-borjan-och-graviditeten/behandling-av-barnloshet/>

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Vad är psykisk hälsa?*. Hämtat 25.10.2023. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>

Forskningsetiska delegationen. (2023). *God vetenskaplig praxis (GVP)*. Hämtat 14.9.2023. <https://tenk.fi/sv/forskningsfusk/god-vetenskaplig-praxis-gvp>

Fredriksson, A-L. (red.). (2023). *Allt fler föder sitt första barn efter 35 - bebiskurvan fortsätter att peka neråt*. Hämtat 8.11.2023 från <https://svenska.yle.fi/a/7-10044868>

Halkola, S., Koivula, M., & Aho, A. L. (2022). A qualitative study of the factors that help the coping of infertile women. *Nursing Open*, 9(1), 299–308. <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1002/nop2.1062>

Hillensjö, T. & Nilsson, L., 2005. *Utredning av det infertila paret*. I J. Hreinsson, L. Hamnberger & T. Hardarson red. *Infertilitet; Utredning och behandling genom assisterad befruktning*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2023). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Institutet för hälsa och välfärd. (2023). *Assisterad befruktning 2021–2022*. Hämtat 12.9.2023. <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-%20reproduktiv-halsa/assisterad-befruktning>

Julkari. (2023). *Hedelmöityshoidot 2021–2022: Luovutetuilla sukusoluilla tehdyistä hedelmöityshoidoista yhä suurempi osa tehdään julkisella sektorilla*. Hämtat 30.1.2023. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146702/Hedelmöityshoidot\\_2021\\_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146702/Hedelmöityshoidot_2021_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Järholm, S. (2022). Psykologiska aspekter av ofrivillig barnlöshet. *Läkartidningen*, 119:22057, 1-3.

Lag om assisterad befruktning 2006/1237. Hämtat från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2006/20061237>

Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes A-K. (2022). *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde (2:a upplagan)*. Lund: Studentlitteratur AB.

MIELI Psykisk hälsa Finland rf. (2023). *En förlust åtföljs ofta av sorg*. Hämtat 1.11.2023 från <https://mieli.fi/sv/svara-situationer-i-livet/sorgen-ar-en-del-av-livet/en-forlust-atfoljs-ofta-av-sorg/>

MIELI Psykisk hälsa Finland rf. (2023). *Generaliserad ångest*. Hämtat 1.11.2023 från <https://mieli.fi/sv/psykisk-ohalsa/generaliserad-angest/>

MIELI Psykisk hälsa Finland rf. (2023). *Kriser är en del av livet*. Hämtat 1.11.2023 från <https://mieli.fi/sv/svara-situationer-i-livet/kriser-ar-en-del-av-livet/>

MIELI Psykisk hälsa Finland rf. (2023). *Må bra - handen beskriver val i vardagen som påverkar vår psykiska hälsa*. Hämtat 1.11.2023 från <https://mieli.fi/sv/stark-den-psykiska-halsan/ma-bra-handen-beskriver-val-i-vardagen-som-paverkar-var-psykiska-halsa/>

MIELI Psykisk hälsa Finland rf. (2023). *Självdestruktiva tankar är inte ovanliga*. Hämtat 1.11.2023 från <https://mieli.fi/sv/stod-och-hjalp/sjalmord/sjald destruktiva-tankar-ar-inte-ovanliga/>

MIELI Psykisk hälsa Finland rf. (2023). *Vad är psykisk hälsa?*. Hämtat 1.11.2023 från <https://mieli.fi/sv/stark-den-psykiska-halsan/vad-ar-psykisk-halsa/>

Ovumia. (u.å). *Fertilitet*. Hämtat 11.11.2023. <https://www.ovumia.fi/sv/fertilitet/>

Pedro, A., & Faraó, B. (2017). Exploring the lived experiences of infertility treatment and care by involuntarily childless women. *Journal of Psychology in Africa* 27(3), 267–272 doi: 10.1080/14330237.2017.1321855

Sharma A, Shrivastava D. Psychological Problems Related to Infertility. *Cureus*. 2022 Oct 15;14(10):e30320. doi: 10.7759/cureus.30320

Simpukka ry. (u.å.). *Önskar du dig ett barn?*. Hämtat 14.9.2023. <https://simpukka.info/sv/#onskar-du-dig-ett-barn>

Skärsäter, I. & Arvidsson, B. (2006). *Psykiatrisk omvårdnad : att stödja hälsofrämjande processer*. Danmark: Stundetlitteratur AB.

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(1), 1–8. <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1186/s12905-020-00964-0>

Sousa, L. M., Fernandes, M., Reis, S., Costa, R., Figueiredo, B., & Gameiro, S. (2022). Feasibility and acceptability of psychosocial care for unsuccessful fertility treatment. *Health Expectations*, 25(6), 2902–2913. <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1111/hex.13598>

Statistikmyndigheten (SCB). (2020:1). *Utan barn - skillnader i barnlösheten mellan kvinnor och män i olika grupper, demografiska rapporter 2020:1*. Hämtat 12.9.2023. [https://www.scb.se/contentassets/bfc0f68c6559485d89b77b071e12fe91/be0701\\_1970i2018\\_br\\_be51br2001.pdf](https://www.scb.se/contentassets/bfc0f68c6559485d89b77b071e12fe91/be0701_1970i2018_br_be51br2001.pdf)

Suomi.fi. (2023). *Adoption*. Hämtat 8.11.2023. [https://www.suomi.fi/medborgare/parforhallande-och-familj/fa-och-varda-barn/guide/infertilitetsbehandling-och-adoption/adoption\\_](https://www.suomi.fi/medborgare/parforhallande-och-familj/fa-och-varda-barn/guide/infertilitetsbehandling-och-adoption/adoption_)

Suomi.fi. (2021) *Ofrivillig barnlöshet och fertilitetsbehandling*. Hämtat 17.9.2023 <https://www.suomi.fi/medborgare/parforhallande-och-familj/fa-och-varda-barn/guide/infertilitetsbehandling-och-adoption/ofrivillig-barnloshet-och-fertilitetsbehandling>

Söderström-Anttila, V. & Laivuori H. (2018). *Etiska aspekter i samband med fertilitetsbehandling. I: Finska Läkaresällskapets Handlingar*. Hämtat 17.10.2023 från [https://fls.fi/wp-content/uploads/2020/09/Handlingar-lehti\\_118\\_06.pdf](https://fls.fi/wp-content/uploads/2020/09/Handlingar-lehti_118_06.pdf)

THL. (2019). *Affektiva störningar*. Hämtat 25.10.2023. <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/affektiva-storningar>

THL. (2024). *Drömmar om barn blir till en allt senare ålder - fertilitetsrådgivning, stöd för barnfamiljer och en positiv diskussion kan stöda nativiteten*. Hämtat 30.1.2024. <https://thl.fi/sv/-/drommar-om-barn-blir-till-en-allt-senare-alder-fertilitetsradgivning-stod-for-barnfamiljer-och-en-positiv-diskussion-kan-stoda-nativiteten>

THL. (2023). *Perinatalstatistik - föderskor, förlossningar och nyfödda*. Hämtat 6.11.2023 från <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/foderskor-forlossningar-och-nyfodda/perinatalstatistik-foderskor-forlossningar-och-nyfodda>

THL. (2023). *Psykoser*. Hämtat 25.10.2023. <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/psykoser>

THL. (2023). *Ångestsyndrom*. Hämtat 25.10.2023. <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/angestsyndrom>

Tiitinen, A. (2022). *Lapsettomuus*. Hämtat 6.11.2023 från <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00151/lapsettomuus>

Weckström, B. Grönroos K. (Svenska YLE). (2023). *Finländare föder allt färre barn*. Hämtat 17.9.2023 <https://svenska.yle.fi/a/7-10038728>

Weiner Thordarson, K. (2017). *Möta kunder med psykisk ohälsa*. Lettland: Ordstark AB.

Widsell, E. & Tristen, C. (2019). *Ditt fertila liv - allt du behöver veta från pubertet till klimakterium*. Stockholm: Norstedts.

World health organization. (2023). *1 in 6 people globally affected by infertility: WHO*. Hämtat 12.9.2023. <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>

World health organization. (2023). *Infertility*. Hämtat 17.9.2023 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/inferti>

## Inlägg

Hej!

Mitt namn är Miranda Westerback och jag studerar tredje året till sjukskötare vid Yrkehögskolan Novia i Vasa och håller som bäst på med mitt examensarbete. Jag skriver mitt arbete om ofrivillig barnlöshet dvs infertilitet.

Syftet med studien är att belysa kvinnors känslomässiga upplevelser vid ofrivillig barnlöshet och hur kvinnor upplever eller har upplevt vårdpersonalens bemötande och stöd i samband med den ofrivilliga barnlösheten.

Mera specifikt är min avsikt att lyfta fram hur kvinnans psykiska hälsa påverkas vid ofrivillig barnlöshet och vilka känslor som uppstår till följd av den. Genom att skapa förståelse för andras upplevelser och känslor är det också lättare att vara närvarande och stötta personer på rätt sätt. Därför önskar jag att belysa betydelsen av vårdpersonalens bemötande och stöd vid ofrivillig barnlöshet.

Jag söker nu kvinnliga deltagare i åldern 18-45 som genomgår eller genomgått fertilitetsbehandlingar. Genom att fylla i enkäten får du möjlighet att bidra med dina erfarenheter.

Du kan medverka i studien genom att använda det elektroniska frågeformuläret, som du hittar länken till nedan. Det är helt frivilligt att delta och du är helt anonym, allt material som samlas in behandlas konfidentiellt. När jag når tillräckligt många svar kommer inlägget att tas bort. Mer detaljerad information finns tillgänglig i själva enkäten.

Ert deltagande är speciellt viktigt för att utveckla och lyfta fram detta känsliga ämne.

Tack på förhand för ditt deltagande!

Med vänliga hälsningar,

Miranda Westerback

mirwes@edu.novia.fi

## Informationstext i Google docs

Hej!

Mitt namn är Miranda Westerback och studerar tredje året till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa och håller som bäst på med mitt examensarbete. Jag skriver mitt arbete om ofrivillig barnlöshet dvs infertilitet.

Syftet med studien är att belysa kvinnors känslomässiga upplevelser vid ofrivillig barnlöshet och hur kvinnor upplever eller har upplevt vårdpersonalens bemötande och stöd i samband med den ofrivilliga barnlösheten.

Mera specifikt är min avsikt att lyfta fram hur kvinnans psykiska hälsa påverkas vid ofrivillig barnlöshet och vilka känslor som uppstår till följd av den. Genom att skapa förståelse för kvinnors upplevelser och känslor är det också lättare att vara närvarande och stötta personer på rätt sätt. Därför önskar jag att belysa betydelsen av vårdpersonalens bemötande och stöd vid ofrivillig barnlöshet.

Jag söker nu kvinnliga deltagare i åldern 18-45 som genomgår eller genomgått fertilitetsbehandlingar. Genom att fylla i enkäten får du möjlighet att bidra med dina erfarenheter.

I mitt examensarbete har jag valt att använda mig av enkäter som undersökningsmetod på grund av ämnets känslighet. Genom att tillämpa enkäter förblir deltagaren helt anonyma och materialet behandlas konfidentiellt.

Deltagandet i enkäten är helt frivilligt och man kan när som helst avbryta. All insamlad information behandlas konfidentiellt och kommer att förstöras efter presentationen av mitt examensarbete våren 2024. Personuppgifter och svaren är anonyma men genom att svara på formuläret tillåter ni på samma gång att delar av era svar kan användas som citat i mitt examensarbete, dock förblir svaren anonyma. Resultatet av studien kommer att publiceras på [www.thesis.fi](http://www.thesis.fi) när mitt arbete är klart och då kan du som deltagare fritt läsa arbetet där.

Vänligen välj det alternativ som bäst beskriver dig för de slutna frågorna och ge fria svar på de öppna frågorna.

Tack för ditt deltagande och bidrag till mitt examensarbete!

Kontakt:

Miranda Westerback  
[mirwes@edu.novia.fi](mailto:mirwes@edu.novia.fi)

Handledande lärare:

Anita Wikberg  
[anita.wikberg@novia.fi](mailto:anita.wikberg@novia.fi)

## Enkät

### BAKGRUNDSFRÅGOR

Obligatoriskt\*

1. Vilken är din ålder? \*

- 18-21 år
- 22-26 år
- 27-35 år
- 36-45 år

2. I vilken ålder bestämde ni er för att försöka börja få barn? \*

- 18-21 år
- 22-26 år
- 27-35 år
- 36-45 år

3. Har du fått barn eller inte? Om ja, besvara fråga 4, om nej - besvara fråga 5. \*

- JA
- NEJ

4. Hur lång tid tog det innan du/ni lyckades bli gravid/gravida?

5. Hur lång tid har du/ni försökt bli gravid/gravida?

6. Vilken/vilka fertilitetsbehandlingar har du genomgått? \*

7. Hur gammal var du då fertilitetsbehandlingarna började? \*

8. Hur länge pågick fertilitetsbehandlingarna? \*

9. Hur många fertilitetsbehandlingar har du genomgått? \*

### PSYKISKA HÄLSAN

10. Beskriv hur din psykiska hälsa påverkats under processens gång, har du t.ex. drabbats av psykiska besvär? \*

11. Hur upplevdes behandlingarna både fysiskt och psykiskt? \*

12. Har du upplevt biverkningar under dina fertilitetsbehandlingar, hur har det påverkat dig psykiskt? \*

13. Beskriv hur barnlöshetsprocessen har påverkat dig som person? \*

14. Upplever du att relationer till anhöriga, vänner, utomstående har påverkats under processens gång? Om ja, besvara fråga 15. \*

15. Beskriv hur relationen till anhöriga, vänner, eller utomstående har påverkats under processens gång.

### **KÄNSLOR**

16. Vilka känslor har du upplevt som ofrivillig barnlös, kan du beskriva hur de upplevdes och kändes? \*

17. På vilket sätt har du hanterat känslorna kring den ofrivilliga barnlösheten? \*

18. Vad upplevs/upplevdes som svåraste med ofrivillig barnlöshet? \*

19. Hur har parförhållandet påverkats på grund av infertiliteten och fertilitetsbehandlingarna? \*

### **STÖD & BEMÖTANDE av vårdpersonal**

20. Beskriv hurudant stöd du fått av vårdpersonalen (läkare, sjukskötare m.m.) i samband med fertilitetsbehandlingarna/processen? \*

21. Beskriv hur vårdpersonalens bemötande var under behandlingarna/processen? Vad var positivt och/eller negativt? \*

22. Upplevde du att vårdpersonalens stöd samt bemötande var tillräckligt? \*

JA

NEJ

23. Finns det något annat som vårdpersonalen skulle kunna ändra på kring stödet och/eller bemötandet? \*

24. Finns det något mer du vill tillägga/berätta om din situation?