

**En litteraturstudie om den ofrivilliga
barnlöshetens påverkan på kvinnans sociala
välmående genom egenvård**

Saara Laaksonen

Examensarbete

Vård

2014

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	4107
Författare:	Saara Laaksonen
Arbetets namn:	En litteraturstudie om den ofrivilliga barnlöshetens påverkan på kvinnans sociala välmående genom egenvård
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Uppdragsgivare:	Kvinnoprojektet
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete är en litteraturstudie över ämnet infertilitet. Syftet med undersökningen är att klargöra hur infertilitet påverkar och begränsar kvinnans sociala liv, samt hur den professionella vårdaren kan hjälpa kvinnan att genomgå denna tunga fas i livet. Studien ingår i "Kvinnoprojektet", vilket är ett projekt mellan Arcada – Nylands Svenska Yrkeshögskola och Kvinnosjukhuset i Helsingfors (HYKS). Mycket forskning har gjorts gällande infertilitet och den psykosociala sidan, så en begränsning till endast den sociala sidan av infertilitet gjordes. Till den teoretiska referensramen valdes Dorothea Orem's egenvårds-teori. För att få svar på studiens syfte besvaras följande frågeställningar: 1. Vad innebär barnlöshet för kvinnans sociala liv? och 2. Hur kan vi som vårdare hjälpa kvinnan att bearbeta denna svåra livssituation? Metoden som användes i arbetet är en kvalitativ, induktiv innehållsanalys. Till innehållsanalysen valdes tio vetenskapliga artiklar. Resultatet i analysen lyfter upp tre huvudkategorier, som analyserats vidare. Huvudkategorierna är; socialt välmående, begränsning av det sociala livet samt socialt stöd. Under det sociala välmående steg parrelationens positiva aspekter upp samt arbete och olika andra intressen som kan ge glädje åt kvinnan. Inom kategorin begränsning av det sociala livet, uppkom det olika brister på kommunikation, hur olika sociala situationer kan påverka negativt på kvinnan samt hur dessa situationer kan leda till rak isolering av socialt umgänge. Även familj, släkt och vänner kan ha en negativ inverkan på kvinnan. Under det sociala stödet uppkom det olika stödåtgärder för kvinnan att genomgå denna tunga fas i livet. Egenvård och ärlighet var de viktigaste formerna den professionella vårdaren kan hjälpa kvinnan med. Såsom det även uppkom i resultatet är ämnet ett väldigt etiskt känsligt ämne och denna aspekt bör tas i god beaktande i vården av den infertila kvinnans sociala välmående.</p>	
Nyckelord:	Infertilitet, ofrivillig barnlöshet, socialt stöd, egenvård
Sidantal:	46
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	24.11.2014

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	4107
Author:	Saara Laaksonen
Title:	A literature review of the involuntary childlessness's impact on women's social well-being through self-care
Supervisor (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Commissioned by:	Kvinnoprojektet
<p>Abstract:</p> <p>This thesis is a literature review dealing with the theme infertility. The aim of this study was to examine how infertility affects and limits the women's social life and how healthcare professionals could help the women get through this tough situation. The study is a part of "Kvinnoprojektet" (transl. Womensproject). A project between Arcada – University of Applied Sciences and The Women's hospital in Helsinki (HYKS). The study has been restricted to examining the social side of infertility, instead of the psychosocial side. Dorothea Orem's theory about self-care serves the theoretical framework in this study. To answer the aim of this study, these following research questions were asked: 1. What does infertility mean to women's social life? and 2. How could healthcare professionals help women undergo this rough life situation? The method used in this study is an inductive, qualitatively content analysis. Ten research articles were analyzed. Three main categories occurred from the analysis; social well-being, restriction of the social life and social support. The positive aspects of the relationships and how work and other hobbies could bring happiness in women's life arose as the main themes under the social well-being category. Restrictions of life could be lack of good communication and how different social situations could have a negative impact on women's social well-being leading even to social isolation. Also family and friends might have a negative impact on the woman. Under the social support-category arose different methods to provide support to the women. Self-care and honesty were the most important ways for the healthcare professionals to support the woman. Infertility is a very sensitive and ethical topic to the woman. This should be taken in consideration in supporting the women's social well-being.</p>	
Keywords:	Infertility, involuntary childless, social support, self-care
Number of pages:	46
Language:	Swedish
Date of acceptance:	24.11.2014

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	4107
Tekijä:	Saara Laaksonen
Työn nimi:	Kirjallisuuskatsaus tahattoman lapsettomuuden vaikutuksesta naisen sosiaaliseen hyvinvointiin itsehoidon kautta
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Toimeksiantaja:	Kvinnoprojektet
<p>Tiivistelmä: Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus aiheesta hedelmättömyys. Työn tavoitteena oli tutkia miten lapsettomuus vaikuttaa sekä rajoittaa naisen sosiaalista elämää, sekä miten hoitohenkilökunta voisi parhaiten tukea naista tässä vaikeassa elämäntilanteessa. Työ on osa ”Kvinnoprojektet”-projektia (käänn. Naisprojekti) joka on yhteinen projekti Arcada – Nylands svenska yrkeshögskolan sekä Helsingin Naistensairaalan (HYKS) välillä. Työ on rajattu hedelmättömyyden psykososiaaliselta puolelta, hedelmättömyyden sosiaaliseen puoleen. Dorothea Oremin itsehoito-teoria toimii työn teoreettisena viitekehystenä. Jotta työn tavoitteeseen saataisiin ratkaisu, vastataan työssä seuraaviin tutkimuskysymyksiin: 1. Mitä hedelmättömyys tarkoittaa naisen sosiaaliseen hyvinvointiin? ja 2. Miten hoitohenkilökunta voisi auttaa naista läpikäymään tämän vaikean elämäntilanteen? Työssä käytettiin induktiivista, kvalitatiivista sisällönanalyysia analyysimetodinä. Sisällönanalyysiin käytettiin kymmenen tutkimusartikkelia. Kolme pääkategoriaa nousi tutkimustuloksesta esiin; sosiaalinen hyvinvointi, sosiaalisen elämän rajoittaminen sekä sosiaalinen tuki. Sosiaalisen hyvinvoinnin alakategorioiksi muodostui parisuhteen positiivinen vaikutus hyvinvointiin, sekä työn ja eri mielenkiinnon kohteiden antama ilo. Sosiaalisen elämän rajoitteiksi ilmeni erilaisia puutteita kommunikaatiossa, sekä miten eri sosiaaliset tilanteet voivat vaikuttaa kielteisesti naiseen sekä johtaa kokonaan sosiaaliseen eristäytymiseen näistä tilanteista. Perheellä, suvulla sekä ystävillä voi myös olla kielteinen vaikutus naisen hyvinvointiin. Sosiaalisen tuen alakategorioiksi valikoituivat erilaiset keinot tukea naista tässä elämäntilanteessa. Itsehoito ja rehellisyys nousivat hoitohenkilökunnan parhaaksi antamaksi tukimuodoksi. Kuten myös tuloksista ilmeni, aihe on eettisesti todella arkaluontoinen asia naiselle. Tämä pitäisi ottaa huomioon hedelmättömän naisen sosiaalisen hyvinvoinnin hoidossa.</p>	
Avainsanat:	Hedelmättömyys, tahaton lapsettomuus, sosiaalinen tuki, itsehoito
Sivumäärä:	46
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	24.11.2014

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Inledning.....	9
2	Bakgrund.....	10
2.1	Ofrivillig barnlöshet.....	10
2.1.1	Orsaker och undersökningar.....	10
2.1.2	Infertilitetsbehandlingar.....	12
2.2	Kris.....	13
2.3	Socialt stöd.....	14
2.4	Statistik och kostnader.....	16
2.5	Adoption och foster föräldraskap.....	18
3	Syfte och frågeställningar.....	18
4	Teoretisk referensram.....	19
4.1	Dorothea Orem.....	19
5	Etiska reflektioner.....	21
6	Forskningsdesign.....	21
7	Metod.....	22
7.1	Datainsamlingsmetod.....	22
7.1.1	Litteratursökning.....	23
7.1.2	Presentation av valda artiklar.....	26
7.1.3	Validitet och reliabilitet.....	29
7.2	Kvalitativ, induktiv innehållsanalys.....	29
8	Resultat.....	31
8.1	Socialt välmående.....	31
8.1.1	Parrelation.....	32
8.1.2	Arbete och andra intressen.....	32
8.2	Begränsning av det sociala livet.....	33
8.2.1	Kommunikation.....	33
8.2.2	Familj och vänner.....	33
8.2.3	Isolering.....	34
8.2.4	Den sexuella sidan.....	34
8.3	Socialt stöd.....	35
8.3.1	Den personliga och offentliga synen på infertilitet.....	35
8.3.2	Hopp under behandlingsperioden.....	35
8.3.3	Den professionella vården.....	36

8.3.4	<i>De olika socialgrupperna</i>	37
9	Diskussion	38
10	Kritisk granskning	40
	AVSLUTNING	42
	Källor	43

FIGURER:

Figur 1. Viktiga begrepp inom Dorothea Orems vårdteori	19
Figur 2. Illustration över forskningsprocessen	22
Figur 3. Kategorisering av resultatet	31

TABELLER:

Tabell 1. Resultat av artikelsökning	25
--	----

FÖRORD

Jag har alltid varit väldigt intresserad över kvinnosjukdomar och kvinnans hälsa, så detta arbete är en fortsättning på mitt intresse. Jag ville hitta ett tema inom kvinnans hälsa som jag kunde studera vidare samt möjligtvis ha nytta av i mitt kommande yrke som barnmorska.

Jag hoppas att detta arbete kan ge såväl mig som andra inom vårddyrket en insikt på den barnlösa kvinnans kamp i samhället.

Jag vill tacka min handledare Pernilla Stenbäck, som uppmuntrat och stött mig under denna process samt min familj och vänner som alltid stöder när det behövs.

1 INLEDNING

Att få uppleva graviditeten och glädjen av ett eget barn är något som många kvinnor anser som ett av livets höjdpunkter samtidigt som det känns som en självklarhet för de flesta. Kvinnan har redan som en liten flicka sett beundrande på sin mamma och lekt hem-lek med sina dockor, som en mamma till dem. Drömmen om egna barn har möjligtvis följt med från barndomen till vuxenåldern, men vad händer om denna dröm inte förverkligas? Det kan uppstå en stor chock och hela världen kan vända sig upp och ned. Kvinnan får inte känna känslan som hon drömt om och framtiden får en ny betydelse. Vid sidan om det psykiska lidandet, lider även arbetet, hobbyn och de närmaste. Ett stort socialt stödnätverk behövs för att klara av livet och de vardagliga praktiska sakerna.

I detta arbete har respondenten velat sätta ord på det känsliga ämnet. Det har forskats mycket om de psykosociala aspekterna gällande barnlöshet, men i detta arbete har respondenten velat komma fram med de sociala problemen som barnlöshet kan medföra. Vad barnlöshet betyder för kvinnan samt hur det påverkar på det sociala livet. Därpå beskrivs även olika barnlöshetsundersökningar samt – behandlingar, kristillstånd och statistik i Finland. Respondenten studerar hur vårdpersonalen kan stöda kvinnan i denna svåra livssituation och samtidigt befrämja kvinnans egenvård.

Arbetet ingår i Kvinnoprojektet, vilket är ett projekt mellan Arcada – Nyland svenska Yrkehögskola samt Kvinnosjukhuset i Helsingfors (HYKS). Detta projekt har pågått under flera års tid och det har gjorts flera examensarbeten inom detta.

I denna studie är den ofrivilliga barnlösheten hos kvinnan den centrala röda tråden genom hela arbetet. Den epidemiologiska definitionen på infertilitet enligt WHO (World Health Organisation) är om graviditeten inte påbörjat efter ett år eller mer, efter att ha haft regelbundna samlag utan preventivmedel (WHO 2014). Enklare sagt betyder barnlöshet avsaknad av barn, antingen frivilligt eller ofrivilligt. Det är viktigt att skilja på dessa två begrepp då det i det ena fallet betyder att individen inte vill få barn av sitt eget val och i det andra fallet vill individen få barn, men det lyckas inte på ett naturligt sätt.

I detta examensarbete beskriver respondenten sig själv som respondent, kvinnan som den kvinna eller patient som lider av ofrivillig barnlöshet samt i metod-kapitlet undersökare som undersökare överlag. Som vem som helst som skall skriva en kvalitativ innehållsanalys.

2 BAKGRUND

I detta kapitel beskrivs de väsentliga begreppen som följer med i studien, såsom vad barnlöshet egentligen är samt hur vi som vårdare kan hjälpa dessa kvinnor/par för att uppnå en graviditet och få leva det liv de önskat om.

När det framkommer att kvinnan eller paret lider av barnlöshet uppstår det i de flesta fall en kris av något slag. Vad detta egentligen innebär, tas upp i detta kapitel samt vad det sociala stödet betyder inom denna kontext. Respondenten har även tagit upp lite statistik och kostnader för att hjälpa läsaren att få en helhetsbild över vad allt barnlöshet innebär samt hur även denna aspekt påverkar på det sociala välmående.

2.1 Ofrivillig barnlöshet

Ofrivillig barnlöshet innebär att kvinnan inte blivit gravid inom ett år med regelbundet oskyddat sexualliv. Inom detta finns det ytterligare två olika underrubriker, det vill säga primär och sekundär barnlöshet. Primär barnlöshet innebär att kvinnan inte har några tidigare graviditeter eller barn före barnlösheten och sekundär barnlöshet betyder att kvinnan redan har ett eller fler barn eller graviditeter som lett till missfall, men kan ej numera få barn. (Paananen et al. 2012 s.613)

2.1.1 Orsaker och undersökningar

Barnlöshet påverkar båda parterna i förhållandet, fastän det så kallade fysiska problemet skulle finnas bara i den ena partnern. Problemet kan finnas såväl hos mannen som hos kvinnan eller hos båda två. Då ingendera i parförhållandet har en optimal infertilitetsorsak kallas det för subfertilitet. I ungefär en tredje del av alla förhållanden hittar man något fel hos båda parterna, som nedsätter parets fertilitetsfunktion och ungefär i var tionde parförhållande blir orsaken oklar. (Paananen et al. 2012 s.613)

Desto äldre kvinnan blir ju mer sjunker hennes fertilitet. När kvinnan blir med barn som äldre, har hennes kropp redan förändrats av den stigande åldern och detta är en nedsättande faktor. Detta kan innebära olika påfrestningar på kroppen som kan minska på fertilitetsgraden, såsom till exempel olika infektioner eller livmodersingrepp som utförts under åren. I cirka en fjärde del av alla fall beror infertiliteten på kvinnan. (Söderström-Anttila 2009 s.8) Den vanligaste orsaken av infertilitet hos kvinnan är olika ovulationsproblem, som kan uppkomma på grund av övervikt, undervikt, olika ätstörningar eller till exempel ortorexi, då motioneringen blir överdriven, en underfunktion av sköldkörteln eller av polycystisk ovariesyndrom som kan leda till att äggcellen inte lossnar på det rätta sättet. Andra orsaker till infertilitet kan vara svår endometriosis, bortblivna äggceller, olika skador på äggledaren på grund av tidigare infektion eller olika godartade myomer i livmodern som kan förhindra graviditetens fortgång. (Paananen et al. 2012 s.614)

Hos männen beror infertilitet vanligen på spermernas kvalitet, rörlighet, produktion samt transportkvaliteten till kvinnans äggcell. För att kunna reproduktiva borde 30 % av spermerna vara vid bra funktion. Varicocele, det vill säga åderbrock i pungen, samt olika infektioner i prostatakörteln kan även orsaka infertilitet. Ofullständigt nedsjunkna testiklar kan även vara en orsak, men i dagens läge är det ovanligt då dessa sköts redan i barnrådgivningen. (Paananen et al. 2012 s.614)

När man börjar undersöka orsaker till infertiliteten är anamnesen väldigt viktig för att finna bakomliggande orsaker. I anamnesen tas det i beaktande; ålder, olika kroniska sjukdomar, medicinering, arbetsform, tobak- och alkoholvanor, parförförhållande, den sexuella anamnesen samt hur länge paret försökt få barn. När det gäller kvinnans anamnes bör man även få reda på allt som gäller menstruationscykeln, ovulationsprocessen samt den gynekologiska och sexuella anamnesen. Därefter börjar de kliniska undersökningarna. Med hjälp av att ta olika prover under menstruationscykeln får vi veta en hel del om hur kvinnans äggstockar fungerar. Därefter görs det en gynekologisk undersökning samt ultraljudsundersökning av livmodern och äggstockarna. I vissa fall kan det även göras en hysteroskopi eller laparoskopi för att få en bättre helhetsbild över kvinnans anatomi eller för att se om det finns endometriosis i bukhålan. (Paananen et al. 2012 s.615)

När det gäller undersökningen av mannen är sädesvätskans analys den viktigaste vårdformen. Därifrån undersöks spermernas mängd, kvalitet, rörlighet samt uppbyggnad. Om det uppkommer något onormalt gällande spermernas kvalitet kan det utföras vidareundersökningar till detta. Ibland behövs det även utföras en ultraljudsundersökning av testiklarna och i väldigt sällsynta fall behöver man ta en provbit från testikeln för att klargöra problemet. (Paananen et al. 2012 s.615)

2.1.2 Infertilitetsbehandlingar

Nedan beskrivs de olika kliniska infertilitetsbehandlingarna kort, då arbetet har tyngdpunkten på den sociala sidan av infertiliteten.

Vården påbörjas på den öppna sektorn varifrån den fortsätts på sjukhusets poliklinik och därefter förs fallet över till specialläkaren inom området. (HYKS 2011 s.48-49) När det undersöks vad orsaken för infertiliteten är, gör man upp en individuell vårdplan för varje enskild individ. Vårdpersonalen diskuterar tillsammans med kvinnan/paret vilken behandlingsform som skulle vara den bästa för deras situation samt går igenom alla för- och nackdelar som ingår i detta. Därefter är det viktigt att få hälsovanorna samt andra grundsjukdomar till en bra vårdnivå så det bästa resultatet fås utav behandlingarna. (Paananen et al. 2012 s.616) Ungefär var tredje konstgjord befruktning lyckas och risken för att fler än ett foster befruktas är stor. (Paananen et al. 2012 s. 619)

Provrörsbefruktning, det vill säga ivf (in vitro-fertilisering), är en väldigt vanlig behandlingsform inom infertilitet på grund av att detta kan användas i nästan varje fall. Provrörsbefruktningen sker på det sätt att man med hjälp av en punktering tar äggceller från kvinnans äggstockar och tillsammans med partners spermier befruktar man äggcellen i laboratorieförhållanden. Då embryot har delat sig, överförs embryot till livmodern. Efter två veckor görs det ett graviditetstest för att se om graviditeten påbörjat. Det kan även utföras en mikroinjektion, där det injiceras mannens spermier rakt in i kvinnans äggcell. Detta görs då spermernas kvalitet är dålig och sannolikheten att spermerna själv skulle kunna simma till äggcellen är låg. (Paananen et al. 2012 s.617-618)

En insemination kan göras om till exempel kvinnans partner har spermier av dålig kvalitet eller inte alls spermier eller om samlaget inte fungerar mellan kvinnan och mannen

på grund av olika orsaker. Till en insemination kan det användas kvinnans egna partners spermier eller sedan en okänd donators spermier. Därefter tvättas spermier och sedan injiceras de rakt in i kvinnans livmoder. För att detta skall lyckas på det bästa sättet bör kvinnan ovulera samtidigt som injiceringen sker. Ungefär 20 % av alla inseminationer lyckas. (Paananen et al. 2012 s.617) Ett tredje alternativ är hormonbehandling. Kvinnan kan äta hormoner i sex månaders tid med rutinmässiga kontroller och ultraljudsundersökningar. Det sista alternativet är operationsvård. Om kvinnan har till exempel svår endometrios eller olika myomer eller polyper i livmodern kan operationsvården vara den ända fungerande vårdformen. (Paananen et al. 2012 s.616)

Då kvinnan genomgår dessa olika vårdbehandlingar är det väldigt viktigt att diskutera med kvinnan och få en bild om hur hon mår och vad dessa behandlingar egentligen betyder för henne. Det kan vara väldigt känsligt och den sista vårdformen för att uppnå det så kallade normala livet. Vårdarna bör stöda denna upplevelse och ta i beaktande både den fysiska och psykiska delen av det hela.

2.2 Kris

Infertilitet är en stor känslig förändring och ett tungt skede i kvinnans liv. Beroende på hennes livserfarenheter, nuvarande livssituation samt det sociala nätverket kan man försöka förutse hur bra kvinnan klarar denna kris. Vare sig om kvinnan inte genomgår en överväldigande kris lämnar infertiliteten alltid ett något slags spår i kvinnans liv. Infertilitetskrisen har särdrag både från utvecklingskrisen samt den traumatiska krisen. (Tulppala 2002, s.533-534) En så kallad traumatisk kris uppkommer då något extremt och oväntat händer plötsligt. En yttre händelse som kan skaka om hela världen, såsom till exempel en anhörigs plötsliga dödsolycka som man inte alls har kunnat förbereda sig på. Kontrollen över livet och värden i livet får en ny mening därefter. (Kiiltomäki & Muma 2007 s.24) I en utvecklingskris kan det även hända någon plötslig yttre händelse, men det hör till det vanliga livet och man har kunnat förbereda sig inför krisen såsom till exempel pensionering eller födelse av ett barn. (Cullberg 2006 s.16) Vad som är karaktäristiskt för en infertilitetskris är en sågande känsla då det emellan kommer hopp om något bra då det till exempel hittas någon ny vårdform som skulle kunna fungera och sedan igen känslan av hopplöshet då ingenting fungerar och man skulle vilja ge upp hoppet. Denna kris är väldigt nära krisen då man mistar en kär person till sig. Det kan

kännas som att mista sitt eget barn såsom man skulle mista någon annan i familjen. Kvinnan kan även känna detta som att hon skulle avvisa sitt barn om hon till exempel slutar vården. (Tulppala 2002, s.533-534)

Till att genomgå en kris ingår fyra olika steg som kvinnan går igenom. Genast då hon får veta diagnosen kommer chockfasen. Kvinnan kan känna panikångest och direkt fysiska symptom. Allt känns orealistiskt samt överkligt och man kan inte ännu förstå vad det innebär i verkligheten. Då är det viktigt att ge fysiskt och psykiskt stöd samt ge kvinnan en trygg miljö att bearbeta saken i. I detta chocktillstånd har vårdaren en väldigt viktig roll. Att kunna stå ut i situationen samt hålla allt i ordning är viktigt. När chockfasen går över, börjar reaktionsfasen. Då har kvinnan börjat bearbeta på saken och olika känslor kan börja uppkomma, såsom sorg, rädsla, hat, ilska samt skuld. Nu bemöter kvinnan sanningen och när hon inser förlusten kan det verkligen vara tungt. Vid detta skede är det viktigt att kvinnan får tala ut sina känslor, men samtidigt bör man se efter hur kvinnan orkar med det hela och att hon får tillräckligt med sömn för att orka bearbeta allt. Då kvinnan bemött verkligheten börjar bearbetningsfasen. Då har kvinnan redan insett situationen och kan börja bearbeta det hela. Genom upprepning, frågor, tankar och övningar kan kvinnan få ro inom sig. Efter bearbetningen av situationen kommer nyorienteringsfasen, då kvinnan så småningom börjar anpassa sig till situationen och kan handskas med alla sina känslor och fortsätta livet med den nya situationen. (Kiltomäki & Muma 2007 s.15-20)

2.3 Socialt stöd

I detta kapitel vill respondenten belysa hurdant socialt stöd det finns tillgängligt i Finland och hurdant socialt stöd kvinnan behöver för att genomgå infertilitet och dess behandlingar.

Att genomgå barnlöshet är ett eget kapitel i livet och det kan kännas som en ordentlig berg- och dalbana. Ibland går allt som planerat och framtiden ser lysande ut, men den andra sidan drar individen sig så långt ner i djupet så det kan vara svårt att se den lilla ljusglimten i framtiden. Det kan bli svårt att handskas med dessa känslor och om detta problem inte uppkommer i kvinnans egna sociala stödnätverk kan det vara svårt att se familj och vänner med små barn och alla problem som uppkommer gällande det. Detta

kan leda till stor ångest och ensamhet och påverka på det sociala livet. Det är vanligt att vid sidan om de medicinska vårdhandlingarna behövs det även socialt och psykiskt stöd. Det första viktiga steget är att medge att detta behövs och inte skämmas för att man inte själv klarar av det stora paketet i sin helhet för sig själv, fastän det kan kännas väldigt smärtsamt att medge detta. (Brian 2009, s.125-128)

Efter att man medgett det svåra är det viktigt att säga ut det. Individen kan börja med att tala med sin partner och därefter utvidga kretsen till sin övriga familj och vänner. När vården börjar kan det vara bra att även själv försöka hitta information om infertilitet och på det viset lära sig dag för dag något nytt om saker som hör till vården samt övriga livet som infertil. För att få tala med någon som upplevt eller upplever det samma, finns det olika stödgrupper samt olika grupper på internetet där man kan anonymt öppna sig om sina känslor och få nya synvinklar till sitt tankesätt. Det kan ibland vara skönt att få vara anonymt ärlig och verkligen sätta ord på de verkliga känslorna om de känns för tunga för att belasta till exempel sin partner med. (Brian 2009 s.138-142)

Då de egna tankarna och känslorna känns för tunga, kan det vara den rätta platsen för att vända sig till professionell hjälp. Både inom den offentliga samt den privata sektorn finns det psykologhjälp tillgängligt. Att få tala med en person som är ordentligt insatt på barnlöshet och vet hur kroppen och sinnet förändras samt kan hjälpa att få alla tankar och känslor i ordning, är guld värt. Därpå kan det även vara bra att träffa en sexualterapeut för att diskutera om den sexuella sidan och om de möjliga sexuella trauman som infertiliteten orsakat. Sexualitet är för många en väldigt känslig och svår sak som kan lätt rubbas om det uppkommer något problem inom detta. (Väestöliitto 2014) Ibland kan det även räcka att få tala med en sjukskötare eller barnmorska via telefon eller e-post. Bara att få uttala sina känslor för en person inom vårdbranschen och höra att de egna känslorna är normala kan lätta på situationen.

I undersökningen gjord av Martins et al. (2011) upphävdes det att socialt stöd från all möjlig håll reducerade drastiskt på den stressgrad som infertilitet kan medföra sig. Den egna partners, familjens samt vännernas betydelse i det sociala välmående var väldigt viktigt. Att ha en stödjande partner kan hjälpa kvinnan att acceptera situationen som en barnlös kvinna och gå framåt i livet. Sätta upp nya livsmål och hitta nya intressen. Dessutom om man tillsammans med sin partner kommer och talar om situationen till en pro-

fessionell vårdare eller stödgrupp och delar sina upplevelser tillsammans, ansågs det som en väldigt förstärkande upplevelse för det sociala välmående. (Martins et al. 2011 s.2118-2120)

2.4 Statistik och kostnader

Då det talas om barnlöshet, sägs det av ungefär en sjätte del av Finlands befolkning lider av detta vid något skede av sitt liv. Barnlöshet har börjat bli allt mer vanligare i dagens läge än vad det var förr i tiden. Detta kan bero på att nya vårdmetoder har kommit fram samt åldern för att skaffa barn har blivit allt högre än den varit förr, vilket kan leda till att det kan bli svårare att få barn. (Paananen et al. 2012 s.613)

Runtom i hela världen är procentantalet barnlösa kvinnor cirka 9 % efter att ha försökt få barn under ett års tid från och med åldern 20-44 år. I cirka 10-20% av alla fall blir orsaken oklar. Efter år 1978, då det första konstgjorda barnet föddes, tills idag har det fötts över fem miljoner barn med hjälp av olika konstgjorda befruktningar. Trenden inom detta har vuxit årligen inom de senaste åren med cirka 5-10% i de flesta utvecklingsländerna, men har nu fått en början på att avta. (Eshre 2014)

Thl (Institutet för hälsa och välfärd) håller reda på statistik inom barnlöshetsbehandlingar i Finland. Det görs varje år en ny utredning på hur mycket det används av olika behandlingsmetoder för att bli gravid samt hur många som leder till ett levande barn från att fått en början av en konstgjord befruktning. Från och med år 1992 har användningen av olika infertilitetsbehandlingar ökat väldigt mycket. Enligt statistiken har behandlingarna ökat från cirka 2500 behandlingar per år (år 1992) ända upp till cirka 13200 per år (år 2013). Dessa behandlingar görs såväl inom den privata samt offentliga sjukvården. I början av 90-talet började ett större antal olika privata kliniker sin verksamhet som även syntes i den offentliga sjukvården som en nedåtgående trend. Dock har den offentliga sjukvården fått en ökande spurt sedan 2000-talet då endast 30 % av alla barnlöshetsbehandlingar gjordes inom den offentliga sektorn och nu år 2013 var samma procentantal redan 41,1%. (THL 2014 s. 2-3)

Det finns även socioekonomiska olikheter vid påbörjande av infertilitetsbehandlingar samt i valet av den offentliga eller den privata sektorns tjänster. De som tjänar mindre

har en tendens att vänta lite längre innan de söker efter vård, då igen de som tjänar mera och är högre utbildade gör det tidigare, då det genast är möjligt. Inom den privata sektorn ser man klart de socioekonomiska olikheterna. De högre utbildade söker sig oftare till den privata sektorn än de lägre utbildade. Sådan stor klassdifferention syns dock inte inom den offentliga sektorn lika tydligt. Dessa olikheter har även mycket att göra med kostnader. (Miettinen 2011 s. 22)

Kostnaderna på dessa behandlingar kan påverka väldigt mycket på statistiken inom infertilitetsbehandlingarna. Den slutliga kostnadssumman beror väldigt mycket på helhetssituationen, det vill säga om kvinnan tar emot behandlingarna från den offentliga sektorn eller via den privata sektorn. Även olika resekostnader kan bli dyra om kvinnan bor långt in på landsbygden, då de flesta infertilitetskliniker är centraliserade i de större städerna där det finns universitetssjukhus. Inom den offentliga sektorn betalar kvinnan endast poliklinikavgifterna samt de olika medicinerna som används och när avgifterna når Folkpensionsanstaltens avgiftstak betalar Folkpensionsanstalten resten av kostnaderna (Ranta 2012). Folkpensionsanstaltens avgiftstak år 2014 är 679e (STM 2014). Dock har den offentliga sektorn vissa begränsningar för att få påbörja infertilitetsbehandlingar, såsom till exempel en åldersgräns på 40 år. Därpå får kvinnan eller paret inte redan från förut få ha två egna biologiska barn. Behandlingarna görs ej heller efter att kvinnan steriliserat sig eller om graviditeten skulle behöva en annan värdmödraskap eller om det finns bevis på att barnet inte skulle kunna få ett värdigt liv. (HUS)

Kostnaderna är vanligtvis den största orsaken för valet av den offentliga eller den privata sektorns vårdutbud. Dock om föregående kriterier inte passar in på kvinnan blir det ändå alternativet att pröva dessa behandlingar inom en privat klinik. Inom den privata sektorn kan kostnaderna variera väldigt mycket från klinik till klinik, men summan stiger lätt upp till hundra- samt tusentals euro. Dock ersätter FPA en del av även dessa kostnader, men en självriskandel blir alltid för kvinnan själv att betala och till detta finns det inget avgiftstak. Avgifterna kan vara allt från 50 euro upp till 6000 euro per besök/åtgärd och desto flera besök samt undersökningar som görs ju mer stiger kostnaderna (Mehiläinen 2014).

2.5 Adoption och foster föräldraskap

Då det inte är möjligt att få ett eget biologiskt barn kan det bli ett naturligt steg att adoptera eller bli fosterföräldrar till ett barn. Dock är det inte så populärt i Finland idag och detta alternativ ses som det sista alternativet då det är en väldigt lång process. Hela processen från beslutet till själva adoptionen kan ta upp till fem år och inom dessa år ingår det mycket med stress och den långa väntan blir för många helt enkelt för lång. Samtidigt får kvinnan/paret inte delta i någon annan form av infertilitetsbehandling, som i sig kan göra att paret börjar fundera vilket alternativ som egentligen skulle vara det bästa. Årligen görs det cirka 30-50 adoptioner inom landet. Från utomlands adopteras det över dubbelt mera, men även detta antal har sjunkit. (Miettinen 2011 s.48)

Foster föräldraskap är lite vanligare och år 2009 var det nästan 5500 barn som fick ett nytt hem via denna möjlighet. Enligt Väestöliittos undersökning är det ändå vanligare att kvinnan/paret funderar på adoption hellre än foster föräldraskap vid sidan om infertilitetsbehandlingarna. (Miettinen 2011 s. 48)

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Avsikten med denna studie är att göra en litteraturoversikt över tidigare forskningar, för att kartlägga hur kvinnan upplever barnlösheten med fokus på det sociala livet.

Syftet är att få en helhetsbild över hur ofrivillig barnlöshet påverkar och begränsar kvinnans sociala liv samt hur vårdpersonalen kan hjälpa kvinnan att bearbeta det svåra som en helhet, trots att den sociala delen känns tung.

Studien bör svara på följande frågeställningar:

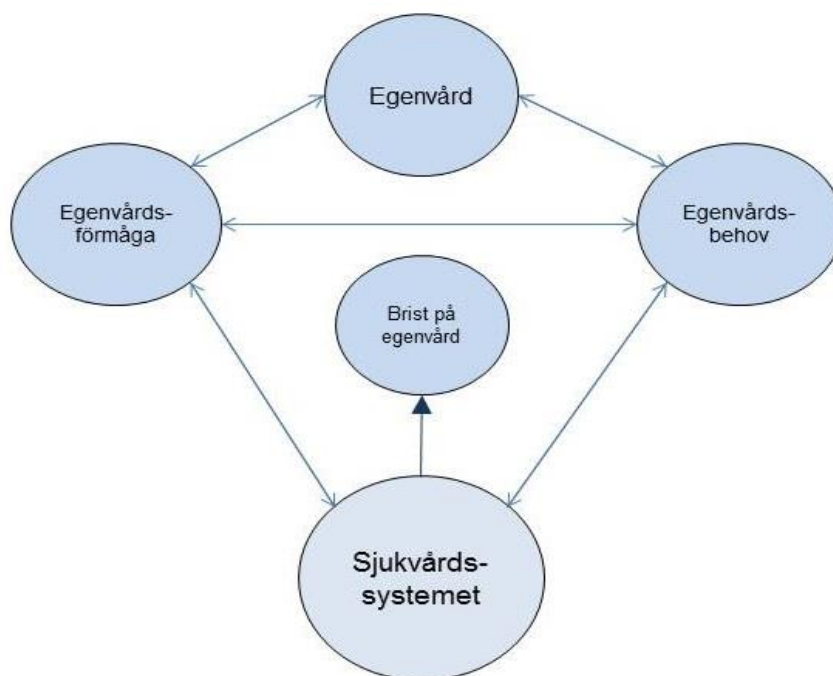
1. Vad innebär barnlöshet för kvinnans sociala liv?
2. Hur kan vi som vårdare hjälpa kvinnan att bearbeta denna svåra livssituation?

4 TEORETISK REFERENS RAM

Som det redan kommit fram i arbetet är infertilitet i sin helhet en lång och tung process för individen såväl inom den psykiska samt fysiska sidan. Därför har respondenten velat ta fram den del som vårdpersonalen kan hjälpa till med. För ett bra slutresultat behövs det aktivitet både från individen själv samt vårdpersonalen. En trygg, helande vårdrelation där individen får dela med sig sina känslor, tankar samt erfarenheter. Respondenten har valt Dorothea Orems vårdteori, som utgör den teoretiska referensramen i detta examensarbete.

4.1 Dorothea Orem

Denna vårdteori fick sin början då Orem kom på varför människan egentligen behöver vård samt vilken nytta hon får av de olika vårdåtgärderna. Hur vårdaren kan stöda och hjälpa vid livets olika skeden. Det centrala begreppet som löper genom hela teorin är egenvård. Orems teori utgår på tre olika delteorier. Den första beskriver om individens egenvård, den andra om bristen av egenvården och hur individen kan få hjälp av vårdpersonalen och den tredje beskriver hur man kan ordna den bästa möjliga vårdformen för individen. (Marriner-Tomey 1994 s.178)



Figur 1. Viktiga begrepp inom Dorothea Orems vårdteori.

Orems egenvårdsteori handlar om att stöda patientens egenvård då hennes livssituation kräver detta, att befrämja den normala funktionen, hälsan och välbefinnandet. Egenvård är en praktisk handling som en person utför för att ta hand om sig själv. Då patienten saknar kunskap om sin sjukdom eller sitt tillstånd uppstår det brister i förmågan att utföra egenvården. Sådana brister kan bero på fysiska eller psykiska svårigheter som är relaterade till sjukdomen. Vårdpersonalen kompenserar då vid behov patientens egenvårdskapacitet och stöder egenvårdsförmågan. Egenvårdsbehoven är olika saker som patienten uttrycker och försöker därefter sträva till. Orem delar egenvårdsbehoven i tre olika former. Till en början de allmänna behoven som varje människa behöver oavsett om patienten själv uttrycker dessa. Det vill säga luft, vatten, näring och sömn. Efter de allmänna behoven kommer de behoven som främjar utvecklingen och är till hjälp för att gå vidare i livet. Till sist har Orem beskrivit de behov som avviker sig från det normala livet, det vill säga till exempel en sjukdom eller en plötslig olycka. Vid en sådan situation är det bra för individen att även själv studera och söka information om sjukdomen och med hjälp av till exempel medicinska utdrag samt vårdpersonal sträva till en egenvård där hon själv vet hur och varför agera. Orem beskriver att patienten har en förmåga till självkunskap och självreflektion. Patienten kan själv eller med vårdpersonalens stöd göra sina egna beslut och ta ansvar för sina egna handlingar. Hon anser även att alla patienter har en medfödd motivation att handla för sitt eget bästa. (Marriner-Tomey 1994 s.179-180)

Patientens omvårdnad kan komma från olika officiella vårdssystem, familj, vänner eller kollegor. Omvårdnad är nödvändig då patientens egenvårdsförmåga är mindre än egenvårdsbehoven. Omvården uttrycks stödjande mot patienten. Vårdpersonalen hjälper patienten att själv finna sin egenvård samt förmågan till detta. Vårdaren kan göra vårdåtgärder, men samtidigt ger hon rum för patienten att själv nå sin hälsa genom egenvård. (Marriner-Tomey 1994 s.180)

Denna teori passar in till vården av infertilitet då kvinnan inte egentligen behöver vara fysiskt sjuk, men behöver dock stöd från sjukvårdssystemet för att genomgå detta hela, samtidigt som hon strävar till en egenvård. Vårdpersonalen bör ge rum åt kvinnan att själv få uttrycka sina behov och brister i egenvården och därefter tillsammans med vårdaren komma fram till en bra vårdplan för varje enskild individ.

5 ETISKA REFLEKTIONER

Eftersom detta arbete innehåller ett så känsligt ämne, är den etiska delen viktig. Ett etiskt förhållningssätt gentemot ämnet används genom hela arbetet. Arbetet har som ett delmål att utbilda och ge nya synvinklar för vårdpersonal som arbetar med infertilitetsproblem, så dessa kan på det bästa sättet stöda kvinnan i denna svåra livssituation. Genom hela arbetet hålls ett etiskt synsätt gentemot kvinnan och dess infertilitetsproblem. Respondenten strävar i detta arbete till att respektera kvinnan samt vårdpersonalen och hålla sig värdig gentemot dessa i varje sammanhang. (ICM 2014)

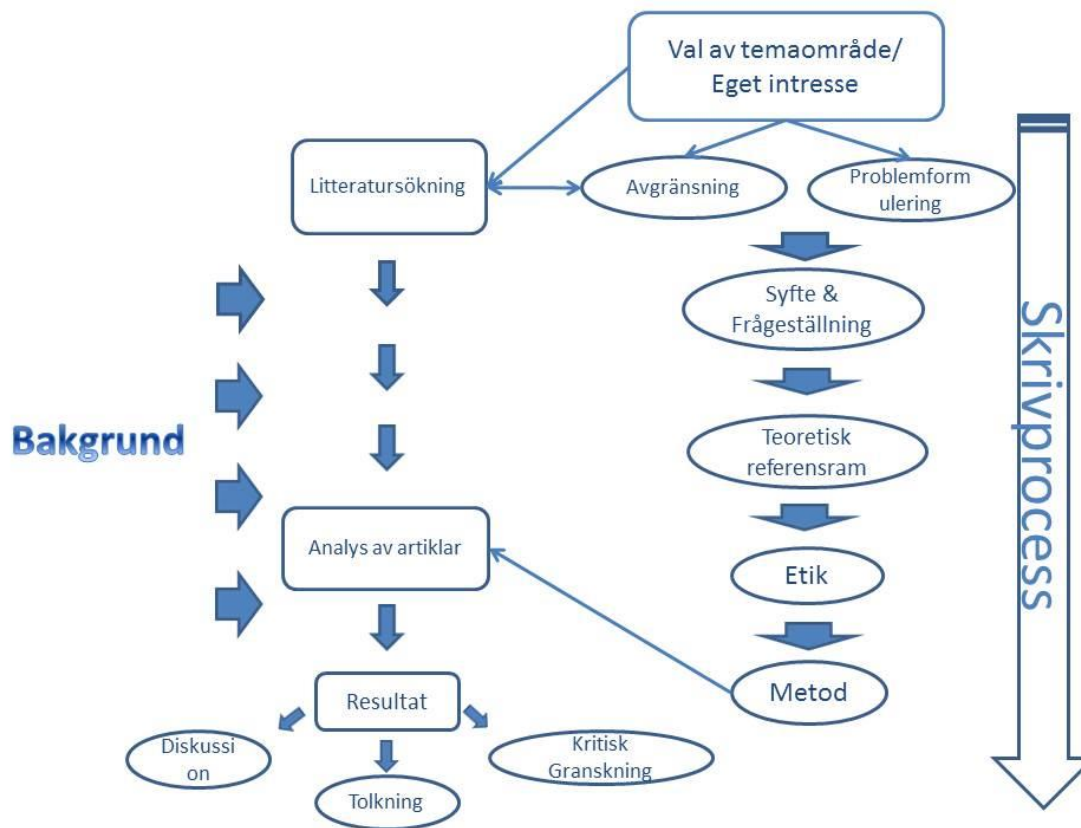
Detta arbete görs enligt god vetenskaplig praxis. Varje skede dokumenteras och beskrivs noggrant. Respondenten har varit noggrann med att plagiering inte framkommer i detta arbete. Planeringen och genomförandet av arbete tar hänsyn till etiken inom vårdens yrkesområde och varje källa respekteras med korrekt redovisning. Källhänvisningarna i arbetet är hållbara och vetenskapligt korrekta. (Arcada)

6 FORSKNINGSDSIGN

Studien är ett examensarbete som påbörjades under våren 2013 med val av ämnet och litteratursökning. Ämnet gav ett stort personligt intresse för respondenten varefter det var lätt att påbörja processen. Respondenten började med litteratursökningen för att bekanta sig med ämnet. Respondenten märkte att det forskats mycket om barnlöshet och den psykosociala delen gällande ämnet, så en avgränsning för enbart den sociala sidan gjordes. Därefter formades syfte och frågeställningarna och skrivandet kunde börja. Respondenten valde att göra en innehållsanalys för att belysa syftet med arbetet att tillföra ny kunskap och data samlades in systematiskt.

Under hösten 2013 hade respondenten en paus i skrivandet. Hösten 2014 påbörjades med att välja en lämplig teoretisk referensram för arbetet. Dorothea Orems vårdteori var i samtycke med vad respondenten ville få fram i studien. Därefter analyserades artiklarna med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet granskades kritiskt och en diskussion över studien beskrevs.

Nedan är en illustration över respondentens forskningsprocess. Figuren förklarar hur respondenten arbetat under processen samt kommit fram till resultatet.



Figur 2: Illustration över forskningsprocessen

7 METOD

Detta kapitel beskriver hur studien är utförd. Hur artiklarna till studien har samlats in samt analyserats och en kort beskrivning över de valda artiklarna. Studien är en systematisk litteraturstudie. Materialet till studien har gjorts med hjälp av litteratursökning och en induktiv, kvalitativ innehållsanalys har valts till analysmetod.

7.1 Datainsamlingsmetod

Före man börjar litteratursökningen är det viktigt att välja hurdan data man söker efter. Är det kvantitativ eller kvalitativ data. I kvantitativ data är resultatet mätbart, det vill

säga olika siffror eller mängder. Kvalitativ data är motsatsen till kvantitativ data, det vill säga något icke mätbart. (Halvorsen 1991, s.78-80) Materialet i kvalitativ data är i form av olika uttryck, meningar och ord. Undersökaren bör vara öppen, tolka, beskriva och förstå materialet. Uppfatta dess olika nyanser. Kvalitativ data kallas därför även för en så kallad öppen metod. Undersökaren bör inte med andra ord ha några färdiga svar eller hypoteser inför materialet. Senare i analysdelen kan undersökaren mer strukturerande beskriva resultatet från empirin till teori. (Jacobsen 2012 s.62)

När undersökaren väl börjar litteratursökningen är det skäl att klargöra problemområdet och vad för litteratur det finns inom det. Om undersökaren kommer fram till ett väldigt brett urval av litteratur, bör en avgränsning av problemformuleringen göras. Detta kan även kallas för en förstudie, där den huvudsakliga uppgiften är att göra en översikt över litteraturen inom området. Därefter börjar den systematiska litteratursökningen. (Halvorsen 1991, s.169)

Idealet för den systematiska litteratursökningen är att söka material med ett sådant sökord som inte ger för brett eller för snävt antal av resultat. Med andra ord arbetar undersökaren från en större helhet till en mindre för att nå det rätta resultatet. Sökorden kan vara fler än ett per sökning och det kan vara skäl att pröva på olika sökord för att hitta liknande studier inom ett och samma område. Komma på detta vis systematiskt fram till det rätta materialet, granska det kritiskt och sammanställa det. (Halvorsen 1991 s.172-173) Till denna studie har respondenten valt tio forskningsartiklar. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

7.1.1 Litteratursökning

I detta arbete har respondenten börjat med en så kallad osystematisk litteratursökning och därefter avgränsat området till ett mer specifikt problemområde. Därefter har den systematiska litteratursökningen påbörjats.

Vid sökningen av forskningsartiklar har respondenten använt sig av databassökning på internet. Databaserna som använts är Cinahl, Medline Ovid, Pubmed, Science Direct samt Google Scholar. Respondenten har sökt material huvudsakligen på engelska med sökorden ”infertility”, ”infertile”, ”social”, ”support”, ”treatment”, ”emotions”, ”stress”,

”anxiety”, ”childless”, ”childlessness” samt olika kombinationer och trunkering av dessa ord. Med trunkering menas så kallad avkortning av sökordet. På detta vis har respondenten kunnat påverka sökningen med hjälp av att tillägga ett frågetecken (?) eller ett asteriskt tecken (*) i slutet av ordet.

Sökningen begränsades till artiklar publicerat under åren 2003-2014 samt fulltext. Vid begränsningen beaktades även referensgranskning. Under litteratursökningen uppkom det även sekundärsökningar som respondenten hittat utifrån andra forskningars referenslitteratur. Sekundärlitteratur betyder att man använder material som någon annan samlat in från början (Jacobsen 2012 s.120). Respondenten är mån om att forskningsartiklarna är hittade runtom hela världen.

Tabell 1: Resultat av artikelsökning

Databas	Sökord	Antal träffar	Författare	Artikel
Cinahl (EBSCO)	Infertility AND treatment AND relationship	72	Johansson, M & Berg, M	Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment
Cinahl (EBSCO)	Infertility AND social	20	Yağmur, Y & Oltuluoğlu, H	Social Support and Hopelessness in Women Undergoing Infertility Treatment in Eastern Turkey
Pubmed	Female infertility AND stress	230	Schmidt, L; Christensen, U; Holstein, B.E	The social epidemiology of coping with infertility
Pubmed	Infertility AND social	298	Wirtberg, I; Möller, A; Hogström, L; Tronstad, S-E; Lalos, A.	Life 20 years after unsuccessful infertility treatment
Google Scholar			Gorounti, K; Lykeridou, K & Vaslamatzis, G	Increased anxiety and depression in Greek infertile women results from feelings of marital stress and poor marital communication
Cinahl (EBSCO)	Infertility AND emotions AND treatment	10	Schmidt, L; Holstein, B; Christensen, U; Boivin, J	Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment
Cinahl (EBSCO)	Support AND childlessness	4	Peters, K; Jackson, D; Rudge, T	Surviving the adversity of childlessness: Fostering resilience in couples
Pubmed	Infertility AND social AND support	161	Kirkman, M	Thinking of something to say: public and private narratives of infertility
Cinahl (EBSCO)	Infertility AND social AND support	3	Peterson, B.D; Newton, C.R; Rosen, K.H	Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples.
Medline (Ovid)	Infertility AND social support	38	Lund, R; Sejbaek, C.S; Christensen, U; Schmidt, L	The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men

7.1.2 Presentation av valda artiklar

I detta kapitel är valda forskningsartiklarna presenterade i löpande text. Artiklarna är presenterade i samma ordning som i tabellen ovan. Både kvantitativa och kvalitativa undersökningar har tagits med och nedan beskrivs kort vad syftet och resultatet är i forskningarna.

1. Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment

Denna studie går ut på att undersöka kvinnors erfarenhet om infertilitet två år efter att behandlingarna tagit slut. Till undersökningen intervjuades åtta kvinnor. Ur resultatet uppkom det fem huvudkategorier som kvinnorna lyfte fram; barnlöshet är det centrala problemet som följer med i livet, behandlingarna är en viktig del av livet, stödet och kontakten till andra människor är inte livsviktigt, hoppet över att nå graviditeten i framtiden finns kvar samt att kvinnorna försöker hitta något annat innehåll i livet. Undersökningen ger en djup insyn på känslorna som barnlöshet medför i livet.

2. Social Support and Hopelessness in Women Undergoing Infertility Treatment in Eastern Turkey.

Målsättningen med denna undersökning var att undersöka det sociala stödet samt känslan av hopplöshet hos kvinnor som genomgår infertilitetsbehandling i Turkiet. Till undersökningen deltog 456 kvinnor och undersökningen utfördes med hjälp av en enkätundersökning under sju månaders tid. Resultatet visar att känslan av hopplöshet sänkte märkvärt samtidigt som det sociala stödet ökade. Undersökarna beskriver hur de professionella vårdarna aktivt borde stöda kvinnan under behandlingarna.

3. The social epidemiology of coping with infertility

Målsättningen med denna studie var att undersöka hur barnlöshet samt de olika socialklasserna i samhället passar ihop. Studien utfördes på 2250 deltagare, både män och kvinnor, som skulle påbörja barnlöshetsbehandlingarna i Danmark, med hjälp av en enkätundersökning. Resultatet visar att de högre utbildade behövde mera stöd för att påbörja behandlingarna, då de deltagarna i de lägre samhällsklasserna hade information och kunskap redan från förut och hade på detta vis lättare att påbörja dessa behandlingar.

4. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment

Denna studie undersökte 14 svenska kvinnor som slutat barnlöshetsbehandlingarna för 20 år sedan. Målsättningen med studien var att undersöka de långvariga känslorna och erfarenheten som barnlöshet medfört. Studien utfördes genom en kvalitativ intervjumetod. Resultatet i denna studie visar att barnlösheten hade haft en stor central påverkan på kvinnornas liv. Kvinnorna levde denna fas i livet som skulle påbörja mor-och farförälders glädje. Barnlösheten hade på detta vis ännu också påverkan på livet och studien tar fram hur de professionella borde även stöda denna målgrupp inom barnlöshets kontext.

5. Increased anxiety and depression in Greek infertile women results from feelings of marital stress and poor marital communication

Målsättningen med denna studie var att undersöka olika sammanslutningar mellan ångest och äktenskaplig tillfredsställelse, ångest och kommunikation med den egna partnern samt ångesten och kommunikationen med utomstående personer. Till studien deltog 404 kvinnor från Athen i Grekland och studien utfördes som en kvantitativ enkätundersökning. Resultatet visar i stora drag att om äktenskapet mellan kvinnan och mannen fungerade var ångesten lägre hos kvinnan och hon kunde förlita sina känslor till sin man. Och andra sidan om äktenskapet hade några problem ökade ångesten hos kvinnan och kommunikationen till de utomstående människorna ökade på ångestgraden. Studien påminner professionella vårdare därför att stöda kvinnans parrelation och uppmuntra henne att öppna sig för sin partner.

6. Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment

Målsättningen med denna studie var att undersöka om infertilitet påverkar positivt på äktenskapet och kommunikationen mellan paret vid början av behandlingarna samt 12 månader efter att behandlingarna tagit slut. Till denna enkätundersökning deltog 2250 personer, både män och kvinnor. Undersökningen kom fram till att dessa behandlingar hade fört paret närmare varandra och stärkt deras relation. Behandlingarna kändes som en gemensam erfarenhet som förstärkt parförhållandet.

7. Surviving the adversity of childlessness: Fostering resilience in couples

Denna studie tar upp hur infertilitet påverkar kvinnan och mannen både emotionellt och socialt samt hur stor vikt den professionella vården har i att hjälpa

och stöda paret samt ta dessa i beaktande som ett par istället för individuella individer. Resultatet visar att fastän infertilitet är en svår och lång erfarenhet kan känslan bli värre efter att kvinnan får felaktigt hopp och löften vad gäller vården. Vid sidan om behandlingarna är det viktigt att hitta något annat intresse till livet.

8. Thinking of something to say: Public and private narratives of infertility

Denna studie är en studie gjord i Australien år 2001 där 31 kvinnor berättade om sin infertilitet. Undersökningen utfördes med hjälp av öppna intervjuer. Resultatet visar att vissa kvinnor har en så kallad privat och en offentlig version av sin infertilitet som de berättar till andra människor. Den personliga versionen håller de för sig själva och den offentliga versionen berättar de åt de utomstående personerna. Studien berättar om hur kvinnor diskuterar och relaterar både positivt samt negativt gentemot infertiliteten i olika situationer.

9. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples

Syftet med denna studie var att undersöka stressen som de barnlösa upplever och om detta har en påverkan på parrelationen samt depressionsgraden. Studien utfördes tre månader efter att behandlingarna påbörjats med hjälp av en enkätundersökning i vilken det deltog 525 par. Resultatet påvisar att kvinnor och män som upplever lika denna stress når ett mer närhet- och kärleksfullt äktenskap/parförhållande.

10. The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men

Syftet med denna studie var att studera, med hjälp av en enkätundersökning, hur kvinnorna och männen upplevt att få tala om infertiliteten med utomstående personer samt personer som är medvetna om infertilitetsbehandlingarna samt hur detta påverkar på deras depressionsgrad. I undersökningen deltog 695 kvinnor och män. Enkätundersökningen utfördes då behandlingarna påbörjades samt ett år efter att dessa slutat utan resultat. Resultatet påvisar att ca 15 % av kvinnorna utvecklade depressiva symptom efter ett år efter att behandlingarna tagit slut utan resultat. Samma procentantal hos männen var ca 6 %. Inga större olikheter uppfanns mellan de olika samhällsklasserna.

7.1.3 Validitet och reliabilitet

Då undersökaren samlat in det material hon analyserar är det viktigt att kritiskt granska igenom detta. Med andra ord hålla bra kvalitet på det data hon samlat in. På detta vis kan man lita på att resultatet på studien är giltigt. (Jacobsen 2012 s.161) Validitet betyder att det data man samlat in svarar och är relevant för frågeställningen man ställt. Med reliabilitet, eller med andra ord trovärdighet, ses det om undersökaren når samma resultat genom upprepning av data. Dessa två begrepp används ofta i kvalitativa studier. (Larsen 2009 s.80)

Validitet indelas i två undergrupper, det vill säga intern validitet och extern validitet. Med intern validitet, med andra ord bekräftbarhet, ser man om resultaten forskaren kommit fram till är riktiga. I denna studie granskar respondenten själv sitt resultat och jämför den med andra studier som gjorts inom området och om respondenten kommit fram till ett liknande, giltigt resultat stiger validiteten. (Jacobsen 2012 s.161-163) Extern validitet handlar om huruvida resultatet kan generaliseras från ett mindre urval till en större population. I kvalitativa undersökningar med mindre urval är målet snarare att få en djupare förståelse över problemområdet än att generalisera det hela. (Jacobsen 2012 s.171)

Nästa steg i den kritiska granskningen av studien är att ställa frågan; är resultatet trovärdigt? Har forskaren själv kunnat påverka på resultatet med eventuell frågeställning eller annan undersökningsmetod. Undersökningens reliabilitet kan kontrolleras med hjälp av att forskaren upprepar sökningarna och om hon kommer till samma resultat är undersökningen reliabel. I denna studie har respondenten väl skrivit ut alla steg av arbetet och metoder som använts samt varit på detta vis öppen gentemot arbetet och resultatet. Genom öppenhet får läsaren själv bedöma om denna studie är trovärdig. (Jacobsen 2012 s.173-179)

7.2 Kvalitativ, induktiv innehållsanalys

Analys av material betyder att undersökaren kategoriserar det insamlade materialet till en slutsats. I varje analys finns det olika klassifikationer, jämförelser samt förenklingar av data. (Halvorsen 1991 s.107)

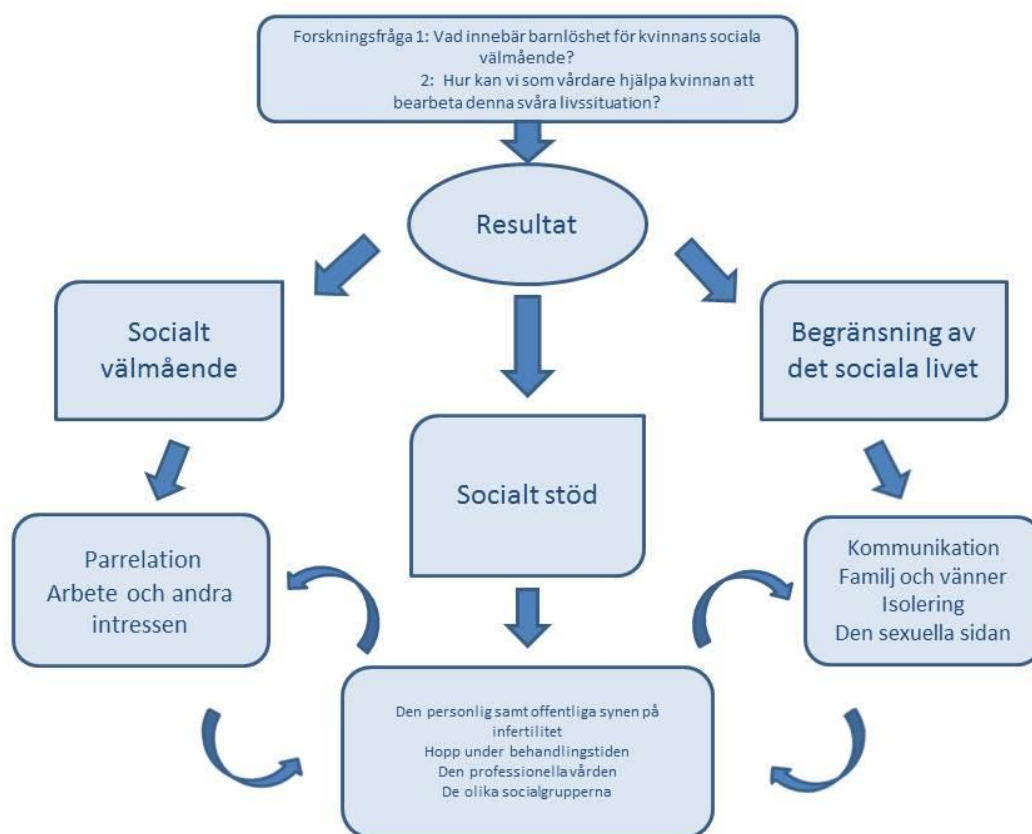
Målet med en kvalitativ innehållsanalys är att berika och förenkla den existerande data. Det finns två faser som undersökaren använder sig av i en innehållsanalys. I den första analysdelen förenklar hon det insamlade data och placerar därefter det förenklade resultatet i ett större sammanhang. I detta arbete har respondenten börjat analysen av materialet med att tematisera data enligt Jacobsens (2012) riktlinjer. Det vill säga hitta fram olika viktiga tematiska enheter i materialet. Därefter har respondenten kategoriserat dessa teman i vettiga kategorier för att bilda struktur till analysen. Med andra ord ordnat de olika teman som behandlar samma sak i olika grupper för att få en helhetsbild över resultatet i de olika forskningsartiklarna. På detta vis har respondenten fått rätt struktur till analysen och samlat in de olika teman i sin egen kategorigrupp. De olika kategorierna har respondenten inte haft färdigt nedskrivna, utan de har kommit fram ur materialet. Efter att innehållet i de olika kategorierna skrivits ner, har respondenten jämfört kategorierna med varandra och bildat en helhetsbild över resultatet. (Jacobsen 2012 s.146-150)

I praktiken har respondenten undertecknat med två färgers markeringspennor i materialet och gjort anteckningar i marginalen. En röd-färgs penna för forskningsfråga ett och en blå-färgs penna för forskningsfråga två. Därefter har respondenten skrivit ner de olika teman som uppkommit i forskningsartiklarna och sedan kategoriserat de enskilda färgtemana till löpande text. Materialet har lästs igenom flera gånger för att få en helhetsbild.

En induktiv insats gentemot materialet betyder att undersökaren vill få en helhetsbild över problemområdet. Undersökaren förhåller sig öppen och är flexibel gentemot olika metoder och resultat samt styr själv det data som samlas in så lite som möjligt. Att behålla sig öppen gentemot data betyder i praktiken att undersökaren undviker att skapa någon fastställd uppfattning om det data hon söker efter. På detta vis är hon öppen för all resultat som kommer fram. Det är väldigt vanligt att vid en kvalitativ undersökning används ett induktivt synsätt. (Jacobsen 2012 s.62) Till motsatsen av ett induktivt förhållningssätt kan en undersökning göras med ett deduktivt förhållningssätt gentemot data. Det deduktiva förhållningssättet betyder att man går från rak teori till empiri, då i det induktiva förhållningssättet går man från empiri till teori. (Jacobsen 2012 s.72)

8 RESULTAT

I detta kapitel presenteras resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen utgående från de två forskningsfrågorna. Tre olika huvudkategorier lyftes fram från forskningsartiklarna. Under huvudkategorierna beskrivs de olika underkategorierna. Resultatet lever och underkategorierna har olika drag från alla huvudkategorier, men en kategorisering är gjord på följande sätt. Till en början presenteras resultatet för forskningsfråga ett under rubrikerna 8.1 och 8.2, det vill säga vad barnlösheten innebär för kvinnans sociala liv och till sist påvisas olika stödåtgärder för det professionella vårdteamet inom barnlöshetskontexten för att på det bästa möjliga sättet stöda kvinnan i kapitel 8.3. Nedan är en bild över kategoriseringen av innehållsanalysen.



Figur 3: Kategorisering av resultatet

8.1 Socialt välmående

Resultatet av innehållsanalysen tar upp det sociala välmående som en huvudrubrik. Att nå socialt välmående är viktigt för kvinnan och detta kan uppkomma efter positiva in-

satser på arbetsplatsen eller inom parrelationen. Nedan beskrivs dessa faktorer mera ingående.

8.1.1 Parrelation

Vad som uppkom som en gemensam faktor i nästan varje forskningsartikeln var att infertiliteten hade bekräftat parrelationen och fört partnerna närmare varandra, jämfört med tiden före infertiliteten. Infertilitet och dess behandlingar upplevdes som en gemensam erfarenhet som hade en positiv inverkan på parrelationen i det långa loppet. (Schmidt et al. 2005b s.249) Partnerna hade kämpat igenom ett av livets största kris tillsammans och därefter känt att de kan klara av vad som helst. (Peters et al. 2011 s.134-135) I vissa fall beskrevs det även att dessa par hade en bättre relation än andra par, på grund av denna gemensamma erfarenhet. (Peterson et al. 2003 s. 65) Då förhållandet hade en så bra grund kunde paren tillsammans, efter att ha accepterat livet utan barn, skapa nya uppnåbara mål för livet. Mål som verkligen var realistiska och meningsfulla för paret. På detta vis kunde paren få något att se framemot, lycka samt innehåll till livet. (Peters et al. 2011 s.135-136)

Kvinnorna kände det stödet som de fick av sin partner även som den bästa möjliga. Känslan av att kunna tala och stöda sig mot den närmaste och den som man går igenom behandlingarna med sågs som en positiv aspekt för även det framtida välmående. (Gorounti et al. 2012 s.77) Om det uppkom osäkerhet i parförhållandet var den starka känslan hos kvinnorna att den andra partnern skulle lämna henne eller rädslan av ett ostabilt förhållande. (Yağmur et al. 2011 s.103)

8.1.2 Arbete och andra intressen

Vad som gäller infertilitet, arbetsplatsen och kolleger var det inte lika självklart att kvinnan öppnade sig om sin infertilitet. Kvinnorna i de flesta fallen ville behålla en professionell identitet på arbetsplatsen och inte låta sin infertilitet störa arbetet och stämningen där. (Kirkman 2001 s.529) Efter att kvinnorna accepterat sin situation som barnlös, kunde flera av dem sätta mera tid på arbetet och sätta upp mål för framtida arbetsplaner. En del kvinnor for tillbaka till skolbänken för att studera något nytt, hittade någon ny hobby eller for på en lång resa till det land de alltid velat fara till. Forskning vi-

sar även på att olika husdjur eller att ta hand om sina egna föräldrar eller morföräldrar kunde ge den lycka som de letat efter. (Wirtberg et al. 2006 s. 601)

8.2 Begränsning av det sociala livet

I innehållsanalysen kom det även upp vissa negativa aspekter som begränsade kvinnornas vardagliga liv och sociala välmående. I underrubrikerna tar respondenten i tu med dessa begränsningar lite närmare.

8.2.1 Kommunikation

Ett bra, stödjande stödnätverk är inte alltid en självklarhet för kvinnan. Det kan uppstå avundsjuka, problem med kommunikationen, missuppfattningar och rak isolering från sociala kontexter. Ibland kan olika diskussioner och sociala tillfällen med andra personer leda till känslor av ångest och nedstämdhet hos kvinnan. Detta kan leda till att kvinnan inte vill tala om sin situation med andra personer. I forskningen utförd av Gorounti et al. (2012) skäms en del kvinnor och känner att det är obekvämt att tala om fertilitet och den sexuella aspekten då denna del av livet inte gått som planerat. (Gorounti et al. 2012 s.76-77) Ibland kan det vara lättare att säga att man har barn eller försöker bli gravid. På detta vis behöver kvinnan inte visa sin osäkerhet och smärtan som vällar inom. Ämnet kan kännas för intimt för att diskuteras och slutsatsen kan bli besvärlig för både lyssnaren och kvinnan själv. (Kirkman 2001 s.530) I undersökningen gjord av Kirkman (2001) framkom det att människorna kan förstå situationen fel och därefter åstadkomma med olika skvaller och berättelser som inte stämmer alls. (Kirkman 2001 s.527) Dock kan det vara bra för kvinnan att öppna sig och berätta om sin situation. Via detta kan hon få nya vänner och kontakter. (Johansson & Berg 2004 s. 61) Att lära sig att tala om sin situation, hjälper kvinnan att skapa en identitet som en infertil kvinna. (Kirkman 2001 s.528)

8.2.2 Familj och vänner

Ett viktigt stödnätverk för kvinnan är den egna familjen och de nära vännerna. Angående infertiliteten i sig framkom det inga negativa reaktioner från familj, släkt och vänner. (Lund et al. 2009 s.2814) Dock kan precis vanliga vardagliga sociala situationer

påminna kvinnan om det hon inte kan uppnå. Till exempel kvinnans systers graviditet, födelse av broderns första barn eller att se dessa små barns utveckling kan ge känslor av ilska, irritation och sorg. (Peters et al. 2011 s.134) Bara att få följa med den yngre generationens uppväxt kändes som ett driv för livet, som dessa kvinnor inte kan uppnå. (Johansson & Berg 2004 s.61) I materialet uppkom det även att familj och vänner ibland kunde lämna kvinnan utanför från olika kalas, som kvinnorna inte förstod sig på. Eller sedan tvärtemot kunde släkten bjuda kvinnorna på olika släktträffar, men sedan lämna dem åt sidan för att fokusera på barnen och deras vardagliga saker och prestationer. (Wirtberg et al. 2006 s.601)

Ett gemensamt tema inom nästan varje forskningsartikel var en känsla av livssorg av att inte kunna reproducera och fortsätta på släkten. Dock kom det fram i en undersökning att efter att kvinnan accepterat sin situation kunde hon glädja över syskonens fortplantning och på det viset se till att släkten fick fortsättning. (Johansson & Berg 2004 s.61)

8.2.3 Isolering

Ovan nämnda situationer kan leda till att kvinnorna allt mer drar sig från umgänget, vilket kan leda till total social isolering. Kvinnan kan undvika hela infertilitets-ämnet för att hon inte känner någon gemenskap med de andra och tycker den egna situationen är alltför personlig att dela med sig. (Johansson & Berg 2004 s.60) I materialet kunde det även ses att kvinnan kunde lätt isolera sig ifrån andra kvinnliga vänner då hon till exempel kände sig sämre än de andra då hon inte kunde uppnå samma som de. Detta kunde leda till dåligt självförtroende och social isolation. (Wirtberg et al. 2006 s.600)

8.2.4 Den sexuella sidan

Den sexuella aspekten gällande infertilitet hade tudelade åsikter i forskningsartiklarna. Om den sexuella aspekten fungerade, påverkade det positivt på parförhållandet, men i vissa undersökningar kom det fram att det sexuella livet blivit negativt påverkat efter att infertilitetsbehandlingarna tagit slut. Kvinnorna fann inte den sexuella aspekten mera lika njutbar som förut. Kvinnorna uttalade om att det var svårt att skilja åt den sexuella njutningen av att praktiskt göra barn samt försöka bli gravid. I vissa fall hade den sexuella biten helt och hållet bortfallit från parförhållandet. (Wirtberg et al. 2006 s.600)

8.3 Socialt stöd

Den tredje huvudkategorin som uppkom i innehållsanalysen var det sociala stödet som finns tillgängligt för kvinnan. Nedan beskrivs kvinnans olika syn på sin infertilitet, känsla av hopp under behandlingarna samt det professionella stödet som finns tillfoga.

8.3.1 Den personliga och offentliga synen på infertilitet

I undersökningen gjord av Peters et al. (2011) beskrev en kvinna att vara ofrivilligt barnlös är som att sitta på andra sidan världen, långt från de andra. (Peters et al. 2011 s.133) Kvinnan har en egen syn om sin infertilitet, sin personliga syn om vad som lett till detta och vad det påverkat på. Ibland måste kvinnan dock berätta om sin infertilitet till de utomstående människorna och då kan hon komma på en så kallad offentlig version av sin situation. I de flesta fallen har kvinnan utfört en beskrivning för både den personliga och den offentliga sidan av sin infertilitet. Den personliga beskrivningen kan innehålla mer ingående tankar om känslor, behandlingar samt åtgärder, då den offentliga beskrivningen kanske bara är en ytskrapning av det hela. (Kirkman 2001 s.525) Därpå kan det pågå väldigt stora känslomässiga förändringar och funderingar inom kvinnan som inte den utomstående personen kan se.

8.3.2 Hopp under behandlingsperioden

Att vara infertil, är den mest centrala aspekten i livet för kvinnan enligt flera resultat i forskningsartiklarna i detta arbete. Att vara kvinna och kunna reproducera ses som livets mening och uppgift. Infertiliteten tar över hela livet och kvinnan lever varje månad i hopp om att uppnå graviditet. Varje månad innehåller en ovulation, vilket anses som tid av hopp och när menstruationen börjar några veckor senare kommer känslan av misslyckandet. Varje menstruation betraktas som ett upprepat misslyckande. Detta kan ge känsla av tomhet och stor smärta som kan påverka på synen på kvinnligheten på grund av att inte kunna reproducera som så kallade normala kvinnor kan. Detta ser inte de utomstående människorna om inte kvinnan själv berättar om det. (Johansson & Berg 2004 s.60-61)

Hoppet ansågs dock som den största drivkraften i kampen mot infertilitet. Behandlingsperioderna beskrevs som väldigt hoppfulla tider och dessa gav kvinnorna mer

självsäkerhet över att uppnå en graviditet. Hoppet uppgavs inte förrän klimakteriet, då kvinnan själv förstod att det var fysiskt omöjligt att bli med barn. (Johansson & Berg 2004 s.61)

8.3.3 Den professionella vården

Att vara ärlig, erbjuda olika stödåtgärder och stöda egenvården ansågs som en gemensam faktor som framkom i resultaten i forskningsartiklarna som vårdaren kan hjälpa kvinnan med. Det viktigaste som vårdaren, den utomstående, kan hjälpa kvinnan med är att hitta rätt stödform åt kvinnan. Det kan vara olika stödgrupper, där hon får dela med sig sina bekymmer, erfarenheter, känslor samt få råd och bekräftelse av de andra eller ett enskilt diskussionstillfälle med en vårdare. Bara att finnas på plats, ge stöd och diskussions möjlighet sågs som de viktigaste faktorerna i resultaten. Att hitta orsaker till ångesten och därefter hitta rätt sätt att minimera dessa och hjälpa kvinnan att själv klara av ångesten är en bra form att börja med. (Gorounti et al. 2012 s. 77-78) Därefter är det bra att ge praktisk socialt stöd och råd relaterat till frågor gällande att vara barnlös. (Yağmur et al. 2011 s.103) Ibland kan infertiliteten bero bara på den ena partnern i förhållandet och då kan det hända att hon vill tala enskilt med den professionella, utan den andras närvaro. (Peters et al. 2011 s.138) Då är det viktigt att ge det stöd hon behöver, men samtidigt ändå försöka få fram hurdan förhållandet är mellan partnerna. Finna om det finns några konflikter, sexuella problem eller problem i kommunikationen mellan partnerna och ge råd till dessa. Därefter även uppmuntra att vara öppen för den andra och ta med denne nästa gång. (Gorounti et al.2012 s.77-78)

Relationen mellan kvinnan och den professionella vårdaren kan bli avsevärt sämre om vårdaren inte är ärlig och berättar saker och ting med rätta ord om den verkliga situationen. Att ge fel hopp och löften är något som bör undvikas. (Peters et al. 2011 s.138) Efter en sådan erfarenhet kan kvinnan dra sig tillbaka och inte mera våga lita på någon. (Yağmur et al. 2011 s.103) Att berätta och säga som situationen är, är det bästa sättet i långa loppet att hjälpa kvinnan, fastän det kan göra ont i början. Efter en tid kan kvinnan se tillbaka på diskussionen med tacksamhet över att någon sagt rakt och varit ärlig om situationen. Kvinnorna såg överlag positivt på den vård de fått under infertilitetsbehandlingarna. Att ha fått diskutera med någon och få praktiska sociala råd var något de behövde för att komma vidare i livet. (Wirtberg et al. 2006 s.600-601)

8.3.4 De olika socialgrupperna

Med olika socialgrupper i samhället syftar respondenten i detta arbete på att högre socialgrupper är individer med hög utbildning, bra arbetsplats samt bra ekonomisk bas. Med lägre socialgrupper syftar respondenten till de individer som har en lägre utbildning eller inte någon utbildning alls, en arbetsplats eller är arbetslös för tillfället samt har på grund av dessa faktorer en sämre ekonomisk grund.

I forskningsartiklarna kom det fram olikheter mellan dessa två socialgrupper. Individer från den högre socialgruppen kan ha ett väldigt rutinerat liv med bra arbete och ekonomi. Mål de når med att arbeta hårt för och glädjen av att inhandla saker för att få nöje. När kvinnan i en sådan situation får veta att hon inte kan få barn, kan hon känna för första gången i sitt liv förlust av kontroll av situationen och livet. Detta kan skaka om kvinnans syn på världen och negativt påverka på det mentala välmående. (Lund et al. 2009 s.2817-2818) Kvinnan kan börja undvika ämnet mer än de kvinnor som kommer från den lägre socialgruppen. (Schmidt et al. 2005a s.1050) Vad som skiljer på dessa socialgrupper är möjligheten att delta på all den möjliga behandlingsformen som finns tillgängligt. De som har det bättre socioekonomiskt kan möjligen utnyttja mer olika behandlingsformer, utan att det tär för mycket på till exempel samvetet eller plånboken. (Yağmur et al. 2011 s.101)

Efter att behandlingarna tagit slut eller för att undvika situationen har det utforskats att kvinnor från den högre socialgruppen ofta återgår till arbetslivet snabbt. Där känner kvinnan sig bekväm och kan göra något hon är bra på och se rakt resultatet av vad hon fått tillstånd med. Kvinnor från den lägre socialgruppen kanske har mera familjemedlemmar och vänner som har barn eller är gravida och kan på detta vis stödja sig mot dem och glädja av deras barn istället för att helt undvika sådana situationer. Dessa kvinnor har möjligen varit hela livet runt människor som är gravida eller har små barn och kunnat bli därigenom van med sådana tillfällen trots sin infertilitet. (Schmidt et al. 2005a s.1049)

9 DISKUSSION

I detta kapitel presenteras resultatet i analysen med en kort sammanfattning, vartefter resultatet knyts ihop till bakgrunden och tidigare undersökningar. En anknytning görs även till den teoretiska referensramen och den etiska sidan av ämnet.

Huvudsyftet i detta examensarbete var att undersöka hur ofrivillig barnlöshet påverkar och begränsar kvinnans sociala liv. Därpå ville jag få reda på vilket sätt vårdpersonalen kan hjälpa kvinnan att bearbeta den svåra fasen i livet. Detta examensarbete är en litteraturstudie som sammanställer tidigare forskning inom ämnet.

Utifrån materialet jag analyserade lyftes upp tre olika huvudgrupper, det vill säga socialt välmående, socialt stöd samt begränsning av det sociala välmående. Under dessa huvudrubriker gick jag mera in på vad det sociala välmående egentligen betyder, hurdan socialt stöd som är det bästa för kvinnan samt hur infertiliteten begränsar kvinnans sociala välmående och liv.

Resultatet från innehållsanalysen påvisar att infertiliteten har sina negativa och även positiva aspekter på kvinnans sociala välmående. Olika sociala situationer och relationer kan påverka negativt på kvinnan, vilket kan leda till social isolation. Medan om kvinnan accepterat sin situation som en barnlös kvinna kan livet öppna sig på ett nytt sätt och ge nya möjligheter inom arbetsvärlden, resandet eller parförhållandet. Det bästa sättet som vårdaren kan hjälpa kvinnan att genomgå denna svåra fas i livet är att ge sitt stöd och uppmuntra till egenvård.

Såsom det konstaterats i bakgrunden, har familjen, vännerna och den egna partnern en stor roll i hur kvinnan klarar av infertiliteten. (Martins et al. 2011 s.2118-2120) Resultatet stöder detta och visar att infertilitet kan förstärka parrelationen och föra förhållandet vidare till en bättre grund med nya mål och drömmar i livet. (Peters et al. 2011 s.135-136) Fastän familjemedlemmar och vänner har en positiv påverkan på kvinnans sociala välmående, kan det även uppkomma situationer där kvinnan känner sig osäker. Familjemedlemmars graviditet eller födelse av ett syskonbarn kan ge kvinnan känslor av ilska och irritation, fastän det handlar om en lycklig period i familjen. (Peters et al. 2011 s.134) Likadant samband hittades det vid sociala interaktioner med kvinnliga väninnor.

Kvinnan kan känna sig som en sämre kvinna än de andra, då hon inte kan uppnå samma som de andra, det vill säga glädje av moderskap och egen familj. Hon känner ingen gemenskap med andra fertila kvinnor i samma ålder. Detta kan även ge en negativ insats på synen på hennes kvinnlighet. (Wirtberg et al. 2006 s.600) Med andra ord är den egna partnern den stabilaste personen i kvinnans sociala närkrets som kan ge upphov till ett bra socialt välmående. Dock kan vissa delar inom parrelationen även påverkas negativt på grund av infertiliteten. Till exempel den sexuella delen kan i vissa fall bortfalla helt och hållet, då paret inte mera får den samma njutningen av det efter att i åratals förknippat det till att försöka bli gravid. (Wirtberg et al. 2006 s.600)

I min innehållsanalys såg jag en stark korrelation till egenvården. Den professionella vårdaren bör ge sitt bästa stöd till kvinnan, vara ärlig och samtidigt uppmuntra till egenvård. (Wirtberg et al. 2006 s.600-601) Detta sammanbinder resultatet med den teoretiska referensramen i arbetet. Orens synsätt om egenvård är lika som resultatet i innehållsanalysen. Att hitta kvinnans behov av vård, söka den rätta vårdformen och därigenom uppmuntra kvinnan att uppnå den bästa möjliga egenvården för att få det bästa resultatet. Det kan vara den professionella vårdaren, familj eller en vän som hjälper kvinnan under denna väg. Väninnan kan föra kvinnan vidare till professionell hjälp för att uppnå den bästa möjliga vården om hon inte själv vet hur stöda kvinnan. Därefter hjälper den professionella vårdaren kvinnan till en bra början och stöder sedan även väninnan att fortsätta med att upprätthålla en god egenvård för kvinnan. (Marriner-Tomey 1994 s.179-180)

Ämnet är ett väldigt intimt ämne och detta kom även fram i analysen. Kvinnorna kunde helt och hållet låta bli att berätta om sin infertilitet för den väldigt intima, personliga synen på infertilitet. De kunde hellre påstå att de hade barn, för att inte behöva känna av smärtan och känslan av misslyckandet. I vissa fall kunde kvinnorna även skämmas över att tala om fertilitet och sexuella aspekter, då denna del av kvinnans liv inte fungerade som planerat. Jag tycker att det borde föras mera diskussion om infertilitet samt känslor det kan väcka, såväl hos den infertila som också den utomstående personen. Detta kunde lätta på olika uppfattningar om infertilitet. Det som även kommit fram i arbetet är att infertilitet är i dagens läge en väldigt vanlig sak som blir allt mer vanligare med åren. Med samma fart tycker jag att även diskussionen kring infertilitet och ofrivillig barnlös-

het kunde bli mer öppen. Detta ämne kunde även diskuteras mera under sjuksköterska- samt barnmorskeutbildning.

Som fortsatta studier skulle det kunna vara intressant att göra en broschyr eller handbok för infertila kvinnor eller par. I handboken kunde de vanligaste känslorna inom den psykosociala samt den sociala sidan uppkomma. Hur nå den bästa egenvården samt på vilket vis handskas i olika situationer. En annan forskningsidé kunde vara att även studera mannens sociala välmående under infertilitetsbehandlingarna samt fortsatta liv, då denna studie huvudsakligen fokuserade på kvinnans syn på det sociala välmående.

10 KRITISK GRANSKNING

Detta arbete är en litteraturstudie, där tio forskningsartiklar analyserats. Varför jag valde att göra en litteraturstudie, är att det forskats mycket inom infertilitet och jag ville göra en sammanställning av det material som redan finns.

Jag anser att rubriken motsvarar innehållet i arbetet. I rubriken framkommer studiens kvalitet, syfte samt teoretisk referensram. Syftet och frågeställningarna berättar vad jag vill komma fram till och dessa besvarades under arbetets gång. Efter en avgränsning från den psykosociala delen av infertilitet till den sociala delen, fick jag en kompakt del att undersöka på. Jag hittade forskningsartiklar, men med kanske lite mer specifika sökord skulle jag kanske ha fått ett bredare urval av forskning. Till forskningsfrågan nummer ett; ”Vad innebär barnlöshet för kvinnans sociala liv?” fick jag ett brett svar på, då forskningsfråga två; ”Hur kan vi som vårdare hjälpa kvinnan att bearbeta denna svåra livssituation?” fick ett mindre urval av resultat. För att få mera resultat till forskningsfråga två, kunde jag ha sökt material rakt på olika stödmeter. Med andra ord tycker jag att den interna validiteten för forskningsfråga ett var bra, medan den blev lite halvvägs för forskningsfråga två. Trovärdigheten i detta arbete är även högt, då jag nått samma resultat som nåtts även i flera tidigare forskning.

I bakgrunden kunde jag ha mera specifikt kunnat fokusera på den ofrivilliga barnlösheten samt den sociala sidan inom det. Dorothea Orems egenvårdsmodell, som jag valde

till den teoretiska referensramen i detta arbete når även bra det resultat jag kom fram till i innehållsanalysen.

I början av forskningsprocessen var min tanke att försöka hitta forskningsartiklar inom Norden, men då jag läst flera abstrakt från artiklar runtom hela världen ansåg jag att infertiliteten upplevs lika världen över. Infertilitet är något som berör hela världen och när jag såg ett samband i resultaten bestämde jag mig för att använda ett lite bredare material.

Förutom de ovannämnda aspekterna, har jag även upplevt positiva saker under forskningsprocessen. Processen har varit lång och tung, men jag är rätt nöjd med vad jag kommit fram till. I resultatet uppkom det klart tre olika huvudkategorier och den teoretiska referensramen stöder arbetet på ett väldigt ypperligt sätt.

AVSLUTNING

Avslutningsvis hoppas jag att detta arbete kan vara till nytta vid vården av infertila kvinnor och speciellt inom den sociala aspekten. Jag hoppas även att jag kunnat komma fram med något nytt samt nya synvinklar till den infertila kvinnans sociala välmående. Jag önskar att alla kan ha någon nytta av arbetet, så infertila personer som vårdare inom vårdbranschen samt även utomstående personer. Detta är ett väldigt intressant ämne, som jag önskar att skulle bli mer utforskats. Infertilitet blir allt vanligare år för år och jag skulle veta att diskussionen kring ämnet skulle följa med den ökande trenden.

Arbetet har varit en lång process, men samtidigt en väldigt lärorik och givande upplevelse. Mitt iver för kvinnans hälsa samt barnlöshet har stigit och jag hoppas jag kan i mitt framtida yrke som barnmorska ha någon nytta av detta arbete.

KÄLLOR

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

http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/510 Hämtad: 16.10.2014

Brian, Kate. 2009, *The complete guide to IVF : an insider's guide to fertility clinics and treatments*. London, 276s.

Cullberg, Johan. 2006, *Kris och utveckling*. Stockholm, 165s.

ESHRE. 2014, Tillgänglig:

<http://www.eshre.eu/sitecore/content/Home/Guidelines%20and%20Legal/ART%20fact%20sheet> Hämtad: 6.10.2014

Gorounti,K; Lykeridou, K & Vaslamatzis, G. 2012, Increased anxiety and depression in Greek infertile women results from feelings of marital stress and poor marital communication. *Health Science Journal*. Vol 6, Issue 1, s.69-79 Tillgänglig: Google Scholar. Hämtad: 30.10.2014

Halvorsen, Knut. 1991, *Samhällsvetenskaplig metod*. Studentlitteratur, Lund, 189s.

HUS. *Lapsettomuushoidot* Tillgänglig:

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/lapsettomuushoidot/Sivut/default.aspx> Hämtad: 4.10.2014

HYKS. 2011, *Naistentaudit ja synnytykset, Naistentautien hoito-ohjeet*. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, 120s.

International Code of Ethics for Midwives (ICM). 2014. Tillgänglig:

http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf Hämtad: 16.10.2014

Jacobsen, Dag. 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Studentlitteratur AB, Lund, 327s.

Johansson, M & Berg, M. 2004, Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci*, 19, s.58-63. Tillgänglig: Cinahl. Hämtad: 28.9.2013

Kiiltomäki, Aliisa & Muma, Päivi. 2007, *Tässä ja Nyt, Sairaanhoitaja tekee kriisityötä*. Sairaanhoitajaliitto, 150s.

Kirkman, Maggie. 2001, Thinking of something to say: Public and private narratives of infertility. *Health care for women international*, 22, s. 523-535. Tillgänglig: Pubmed. Hämtad: 30.10.2014

Larsen, Ann. 2009, *Metod helt enkelt*. Gleerups Utbildning AB, Malmö, 128s.

Lund, R; Sejbaek, C.S; Christensen, U; Schmidt, L. 2009, The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human reproduction*, Vol 24, No 11, s.2810-2820. Tillgänglig: Medline Ovid. Hämtad: 5.11.2014

Marriner-Tomey, Ann. 1994, *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*. Sairaanhoitajien koulutussäätiö, 524s.

Martins, M.V.; Peterson, B.D.; Almeida, V.M.; Costa, M.E.. 2011, Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, Vol 26, No 8, s.2113-2121 Tillgänglig: Pubmed. Hämtad: 27.9.2014

Mehiläinen. 2014, *Hinnasto*. Tillgänglig: <https://www.mehilainen.fi/felicitas/hinnasto-ja-ajanvaraus?loc=40#hinnasto-helsinki-2014> Hämtad: 4.10.2014

Miettinen, Anneli. 2011, *Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla*. Helsinki, Väestöliitto, 69s.

Paananen; Pietiläinen; Raussi-Lehto, Väyrynen; Äimälä. 2012, *Kättilötyö*. Helsinki 674s.

Peters, K; Jackson, B & Rudge, T. 2011, Surviving the adversity of childlessness: Fostering resilience in couples. *Contemporary Nurse*, Vol 40, Issue 1, s.130-140. Tillgänglig: Cinahl. Hämtad: 16.11.2014

Peterson, B.D; Newton, C.R & Rosen, K.H. 2003, Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment

and depression in infertile couples. *Family Process*, Vol 42, No 1. s.59-70. Tillgänglig: Cinahl. Hämtad: 3.11.2014

Schmidt, L; Christensen, U & Holstein, B.E. 2005a, The social epidemiology of coping with infertility, *Human Reproduction*, Vol 20, No 4, s.1044-1052. Tillgänglig: Pubmed. Hämtad: 1.11.2014

Schmidt, L; Holstein, B; Christensen, U; Boivin, J. 2005b, Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient education and Counseling*, s. 244-251. Tillgänglig: Cinahl. Hämtad: 28.9.2013

Social- och hälsovårdsministeriet. 2014, *Avgiftstak för hälso- och sjukvården*. Tillgänglig: http://www.stm.fi/sv/social_coh_halsotjanster/klientavgifter/avgiftstak Hämtad: 4.10.2014

Söderström-Anttila, Viveca. 2009, *Assisterad befruktning vid behandling av ofrivillig barnlöshet*. Tillgänglig: <http://www.fl.s.fi/Site/Data/884/Files/Viveca%20Soderstrom-Anttila.pdf> Hämtad: 1.10.2014

Tulppala, Maija. 2002, *Lapsettomuuden tuska*. Duodecim:118 s.531-536 Tillgänglig: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92833.pdf> Hämtad: 1.10.2014

Ranta, Elina. 2012, *Varakkaat hakeutuvat lapsettomuushoitoihin*. Taloussanommat. Tillgänglig: <http://www.taloussanommat.fi/terveydenhuolto/2012/01/15/varakkaat-hakeutuvat-lapsettomuushoitoihin/201220884/12> Hämtad: 4.10.2014

Thl. 2014, *Hedelmöityshoidot 2012–2013*. Tillgänglig: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116187/Tr11_14.pdf?sequence=4 Hämtad: 28.8.2014

Väestöliitto. 2014, *Keskusteluapua lapsettomuuteen*. Tillgänglig: <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/tukea-ja-neuvontaa/psykologipalvelut/> Hämtad 19.10.2014

WHO. 2014, *Infertility definitions and terminology*. Tillgänglig: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> Hämtad: 4.10.2014

Wirtberg, I; Möller, A; Hogström, L; Tronstad, S-E; Lalos, A. 2006, Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human reproduction*, Vol 22, No 2, s.598-604. Tillgänglig: Pudmed. Hämtad: 30.10.2014

Yağmur, Y & Oltuluoğlu, H. 2011, Social support and hopelessness in women undergoing infertility treatment in Eastern Turkey. *Public Health Nursing*, Vol 29, No 2, s.99-104 Tillgänglig: Cinahl. Hämtad: 15.10.2014