

Sekundär barnlöshet

En kvalitativ studie om upplevelserna av vården för par som lider eller har lidit av sekundär infertilitet

Nathalie Nylund

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

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2021

EXAMENSARBETE

Författare: Nathalie Nylund

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: Sekundär barnlöshet – En kvalitativ studie om upplevelserna av vården för par som lider eller har lidit av sekundär infertilitet

Datum: 16.11.2021 Sidantal: 40

Bilagor: 2

Abstrakt

Syftet med detta lärdomsprov är att beskriva pars upplevelser av vården för sekundär infertilitet i Österbotten, Finland. Frågeställningarna är vilken typ av självhjälp intervjudeltagarna har gjort för sin sekundära infertilitet, samt vilken typ av stöd och hjälp man har fått av den kommunala och offentliga vården för sin sekundära infertilitet.

Undersökningsmaterialet samlades in hösten 2021 genom intervjuer med personer som lider eller har lidit av sekundär barnlöshet. Informanterna som deltog i studien var femton till antalet och har alla lidit av sekundär infertilitet. Det insamlade materialet behandlades med hjälp av innehållsanalys. Den teoretiska utgångspunkten som användes var Aaron Antonovskys (2005) teori om känslan av sammanhang, KASAM.

I studien framkom det att sekundär barnlöshet är något som är både psykiskt och fysiskt betungande, och stöd från både vården och anhöriga är viktigt. De flesta hade haft mest psykiskt stöd av sin partner, medan de flesta hade önskat mer stöd och handledning från vården. Speciellt stödet och vården från den kommunala sidan var enligt den här studien bristande i många fall. Med tanke på att endast en av femton kvinnor hade blivit erbjudna psykiskt stöd är detta något som den kommunala vården kunde ta i beaktande och förbättra. Även inom specialistsjukvården finns områden man kunde förbättra. Till exempel nämndes det att det fanns brist på delgivningen av information från läkare och vårdare till patienten. Som självhjälp framkommer att de flesta informanterna gjort ägglossningstest för att pricka in sin ägglossning. Andra former av självhjälp som deltagarna gjort har varit bland annat ändrade kostvanor, motion, akupunktur, yoga och massage.

Språk: svenska

Nyckelord: sekundär, infertilitet, upplevelse, vård

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Nathalie Nylund

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, vaasa

Ohjaaja(t): Anna-Lena Nieminen

Nimike: Sekundaarinen lapsettomuus – Laadullinen tutkimus hoitokokemuksista pariskunnille jotka kärsivät tai ovat kärsineet sekundaarisesta hedelmättömyydestä

Päivämäärä 16.11.2021 Sivumäärä 40

Liitteet 2

Tiivistelmä

Tämän tutkinnon tarkoituksena on kuvata pariskuntien kokemuksia sekundaarisen lapsettomuuden hoidosta Pohjanmaalla. Kysymykset ovat, millaista itseapua haastateltavat ovat tehneet sekundaariseen lapsettomuuteensa eteen, ja minkälaista tukea ja apua he ovat saaneet kunnalliselta ja julkiselta hoidolta toissijaiseen lapsettomuuteensa.

Tutkintamateriaali on kerätty syksyllä 2021 haastatteleamalla naisia, jotka kärsivät tai ovat kärsineet sekundaarisesta hedelmättömyydestä. Tutkimukseen osallistuneita informanteja oli viisitoista ja he ovat kaikki kärsineet sekundaarisesta hedelmättömyydestä. Kerätty materiaali käsiteltiin sisällön analyysillä. Teoreettisena lähtökohtana käytettiin Aaron Antonovskyn teoriaa koherenssin tunteesta KASAM (2005).

Tutkimus paljasti, että sekundaarinen lapsettomuus on sekä henkisesti että fyysisesti raskasta, ja tuki sekä hoidosta, että omaisilta on tärkeää. Useimmat olivat saaneet eniten psykologista henkistä tukea kumppaniltaan, kun taas useimmat olivat halunneet enemmän tukea ja ohjausta hoidosta. Tämän tutkimuksen mukaan erityisesti kuntapuolen tuki ja hoito puuttuivat monissa tapauksissa. Koska vain yksi joka viidestätoisesta naisesta oli saanut psykologista tukea. Tämä on asia, joka kunnallisessa hoidossa voitaisiin ottaa huomioon ja parantaa. Myös erikoissairaanhoidossa on alueita, joita voitaisiin parantaa. Mainittiin esimerkiksi että lääkäreiden ja hoitajien tiedonannossa on puutteita. Itseapuna melkein kaikki informantit ovat tehneet ovulaatiotestejä. Muita itseavun muotoja ovat olleet muun muassa ruokavalion muutos, liikunta, akupunktio, jooga ja hieronta.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: sekundaarinen, lapsettomuus, kokemuksia, hoito

BACHELOR'S THESIS

Author: Nathalie Nylund

Degree Programme: Nursing, Vasa

Supervisor(s): Anna-Lena Nieminen

Title: secondary infertility – A qualitative study of the experiences of care for couples who suffer or have suffered from secondary infertility

Date 16.11.2021 Number of pages 40

Appendices 2

Abstract

The purpose of this study is to describe couples' experiences of the care of secondary infertility in Ostrobothnia, Finland. The questions are what type of selfcare the interview participants have done for their secondary infertility, and what type of support and help they have received from the municipal and public health care for their secondary infertility.

The survey material was collected in the autumn of 2021 through interviews with people who suffer or have suffered from secondary infertility. The informants who participated in the study were fifteen in number and have all suffered from secondary infertility. The collected material was treated using content analysis. The theoretical starting point used was Aaron Antonovsky's theory of the sense of context, KASAM (2005).

The study showed that secondary infertility is a thing that is both mentally and physically hard, and support from both healthcare and relatives is important. Most participants had had the most psychological support from their partner, while most had wanted more support and guidance from the healthcare. According to this study, the support and care from the municipal side in particular was lacking in many cases. Given that only one in fifteen women had been offered psychological support, suggest this is something that municipal healthcare could take into account and improve. There are also areas in specialist healthcare that could be improved. For example it was mentioned that there was a lack of information to the patient from doctors and nurses. As self-care, it appears that most informants have done ovulation tests to spot their ovulation. Other forms of self-care that the participants have done have included changes in diet, exercise, acupuncture, yoga and massage.

Language: swedish

Key words: secondary, infertility, experience, care

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Teoretisk utgångspunkt	3
4	Bakgrund	5
4.1	Att vara barnlös med barn	5
4.2	Orsaker till infertilitet.....	8
4.3	Infertilitetsundersökningarna.....	8
4.4	Fertilitetsutredning av kvinnan.....	9
4.5	Fertilitetsutredning av mannen.....	12
4.6	Självbehandling innan professionell hjälp	13
4.7	Behandling av barnlöshet	15
4.8	Stödgrupper.....	17
5	Metod	17
5.1	Urval av informanter.....	18
5.2	Datainsamling.....	18
5.3	Dataanalys.....	20
5.4	Etiska överväganden.....	20
6	Resultat	21
6.1	Redovisning av material.....	22
6.2	Upplevelser av vården för sekundär barnlöshet.....	23
6.2.1	Grundläggande undersökningar	24
6.2.2	Specialiserade vården.....	26
6.2.3	Psyisk vård.....	27
6.2.4	Socialt stöd	28
6.3	Självhjälp	29
6.3.1	Konkreta handlingar	30
6.3.2	Psyiskt mående	30
7	Diskussion	31
7.1	Metoddiskussion.....	31
7.2	Resultatdiskussion.....	34
7.3	Slutsats	36
8	Referenser.....	38

Bilageförteckning

Bilaga 1, Informationsbrev och samtycke

Bilaga 2, Intervjufrågor

1 Inledning

Enligt World health organisation, WHO är infertilitet en sjukdom som drabbar mannens eller kvinnans reproduktiva system, genom att man inte blir gravid inom 12 månader eller mer, efter oskyddat samlag. Infertilitet drabbar miljontals människor i fertil ålder i hela världen. Detta påverkar både familjerna och samhällena. Man räknar att cirka 48 miljoner par i världen lever med infertilitet. Infertiliteten kan vara primär eller sekundär. Primär infertilitet är när en graviditet aldrig lyckats och sekundär infertilitet innebär att man haft en lyckad graviditet åtminstone en gång tidigare. (WHO 2020)

Behandlingarna för infertilitet inom offentliga hälsovården regleras med hjälp av lagen om assisterad befruktning, 22.12.2006/1237. Man har rätt till vård när en man och en kvinna är i ett äktenskap eller äktenskapsliknande förhållande. Även två kvinnor som lever i äktenskap har rätt till assisterad befruktning. Man har rätt att få hjälp med första och andra barnet av den offentliga hälsovården. (Finlex 2006)

Har ett par försökt få barn i ett års tid utan resultat lider man av barnlöshet, och kan då söka sig till infertilitetsundersökningar. De grundläggande undersökningarna kan utföras inom offentliga sektorns hälsovård. Undersökningarna kan utföras av till exempel en läkare på den kommunala hälsocentralen. De egentliga undersökningarna för infertiliteten görs vanligen av specialistsjukvården. Undersökningarna kan även göras av privatläkare. Syftet med dessa undersökningar är att ta reda på orsaken till barnlösheten och att ta reda på vilken typ av behandling som kan passa det barnönskande paret bäst. (Terveyskylä 2018)

Vart sjätte par som önskar bli gravida och få barn lider av barnlöshet och infertilitet. Många får hjälp och man hittar oftast någon orsak till barnlösheten. Ändå är det nästan vart fjärde par som aldrig får någon förklaring till barnlösheten. Oavsett om man fått veta en orsak till infertiliteten eller inte, kan man ändå söka hjälp och få olika behandlingar mot infertiliteten. Vanligen får cirka 80% av paren som går genom någon form av behandling barn. (Terveyskylä 2018)

Enligt Terveyden ja hyvinvoinninlaitos statistikkerapport framkommer det att hela 5,4 procent av de födda barnen 2018 hade kommit till med hjälp av assisterad befruktning. Det är alltså hela 2460 barn som föddes genom assisterad befruktning år 2018. Av alla de assisterade befruktningarna som utfördes under 2018 ledde 17,7 procent till barnafödelse.

Enligt institutet för hälsa och välfärd var de assisterade befruktningarna 48,4% genomförda av offentliga sektorn. Denna procent är lite mindre än de varit de tidigare åren. Andelen assisterade befruktningar som utförs av offentliga sektorn har ändå ökat betydligt under 2000-talet. (THL 2020)

Med hänvisning till statistiken ovan är det mycket vanligt att par har svårt att bilda familj i Finland. Endast 48,4% av den assisterade befruktningen sker genom den offentliga sektorn. Resten av den assisterade befruktningen sköts av privata aktörer. Man kunde tycka att denna andel kunde vara högre och frågeställningen blir i detta arbete om de som sökt hjälp via offentliga sektorn fått den hjälp de behövt, eller om de behövt söka sig till privata vården för att få den hjälp de behöver. Finns det utvecklingsmöjligheter inom den kommunala sektorn hur man tar hand om paren som lider av sekundär infertilitet?

Det finns ingen statistik över hur många av dessa par som önskar barn och lider av infertilitet, som lider av så kallad sekundär barnlöshet. Det är dock det ämnet jag har valt att rikta in mig på. Detta på grund av att jag själv lidit av sekundär infertilitet, och upplevde att jag inte fick någon hjälp genom den offentliga sektorns kommunala sjukvård. Jag ämnar att genom intervjuer av personer som har lidit eller lider av sekundär barnlöshet, ta reda på om det finns andra som jag, speciellt i Svenskfinland som inte fått den hjälp de önskat via den kommunala vården.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att genom en semistrukturerad intervjustudie belysa eventuell problematik i sökandet av vård för par som lider av sekundär infertilitet. Studien kommer specifikt att rikta in sig på personer som sökt hjälp för sin sekundära barnlöshet i Österbotten, Finland. Genom att analysera intervjuerna försöker man få fram om deltagarna anser att de fått tillräckligt med hjälp via offentliga vården.

Frågeställningarna för examensarbetet är:

1. Vilken typ av stöd och hjälp har deltagarna fått av den kommunala och offentliga vården för sin sekundära infertilitet?
2. Vilken typ av självhjälp har deltagarna i intervjun gjort för sin sekundära infertilitet?

3 Teoretisk utgångspunkt

Jag har valt Aaron Antonovskys vårdteori som handlar om känsla av sammanhang, även kallat KASAM. Denna vårdteori kommer att användas som tolkningsverktyg för att kunna förstå resultaten som uppkommer av denna studie.

Aron Antonovsky var verksam som sociolog i Israel. Där utförde han en forskning av hälsan hos kvinnor som överlevt förintelsen. Det han hittade var att många av dem var vid god hälsa trots sina tidigare erfarenheter av trauma. Han utvecklade därefter en teori om människors känsla av sammanhang, och utformade en salutogen vårdteori han kallar KASAM. Den salutogena vårdteorin riktar in sig på varifrån hälsan kommer, hälsans ursprung. Teorin försöker förklara vad det är som gör att en person förblir frisk medan en del personer blir sjuka trots att de blir utsatta för samma sorts påfrestningar. Man utgår ofta från ett patologiskt synsätt när man försöker förklara varför människor blir sjuka och vad det är som gör att de hamnar i en viss kategori av sjukdom. Genom en salutogen vårdteori försöker man istället fundera på varför människor hamnar i den positiva delen av hälsa-ohälsa, och vad det är som får dem att röra sig mot hälsa istället för ohälsa. Antonovsky skriver om stressorer som människor kan ha blivit utsatta för. Människan överlever och klarar sig ganska bra trots att man många gånger utsatts för olika stressorer. Det går inte på förhand att se vilka stressorer som har en direkt nerbrytande inverkan på individen och vilka konsekvenser det kommer ha för människans hälsa. Att ställas inför stressorer leder till ett slags spänningstillstånd som måste hanteras. Bli resultatet av spänningarna sjukdom, hälsa eller kanske något däremellan beror på hur bra människan varit på att hantera dessa spänningstillstånd. Enligt KASAM försöker man kartlägga så kallade GMR (motståndsresurser) som gör att stressorer blir mer begripliga. Motståndsresurser kan vara pengar, ett starkt jag, socialt stöd och kulturell stabilitet. (Antonovsky 2005, 15-17)

Det patogenetiska synsättet som oftast används inom sjukvården antar att sjukdomar förorsakas av bakterier, psykosociala faktorer eller kemiska faktorer. Ett visst beteendemönster bidrar till exempelvis hjärtsjukdom, och inlärd hjälplöshet bidrar till depressioner. Man ger specifika sjukdomar specifika riskfaktorer. Det är riskfaktorerna (stressorererna) som är huvudsaken i det patogenetiska synsättet. Inom det salutogena synsättet får man istället tänka på faktorer som bidrar till bättre hälsa och gör att

människan rör sig mer mot hälsa än mot ohälsa. Känslan av sammanhang, KASAM kan tillämpas i många frågeställningar om hälsa. Dock anser Antonovsky att man inte helt ska frångå den patogenetiska synvinkeln, utan att man kan kombinera dessa två. (Antonovsky 2005, 18-41)

En människa kan ha stark eller svag KASAM. KASAM består av tre olika delar: Begriplighet har att göra med hur man upplever stressorer. Begriplighet är själva kärnan i hela KASAM. Det innefattar hur väl man förstår både inre och yttre stimuli och hur människan själv kan sträva efter att förutsäga vad som kommer hända. Trots att saker sker oförberett ska människan kunna skapa förståelse och ordning i sinnet för det skedda. Hanterbarhet är den andra komponenten som betyder om människan har tillräckligt med resurser som krävs för att hantera kraven man blir ställd inför. Resurser kan vara till exempel en livskompanjon, anhöriga, kolleger, läkaren eller en gud. En resurs kan vara någon man känner man kan lita på. Har man en högre känsla av hanterbarhet kan man känna sig mindre som ett offer för omständigheterna man ställts inför. Meningsfullhet är den tredje komponenten och innebär att man känner sig delaktig i livsvalen och att man känner motivation att anta utmaningarna man ställs inför. Meningsfullhet får man om människan känner att livet har en känslomässig innebörd, samt att det finns motivation och intresse att investera tid i problemen som uppstår. Antonovsky anser att man behöver helheten av dessa tre komponenter för att inneha hälsa. (Antonovsky 2005, 29-50)

Enligt Antonovsky är alla människor mer eller mindre friska. Människan befinner sig hela tiden på ett spektrum mellan polerna hälsa och ohälsa. En hög känsla av sammanhang gör att personen kan uppleva hälsa, medan en låg känsla av sammanhang gör att personen känner ohälsa. Har man större möjligheter att klara av stressorer har man också större möjlighet att känna hälsa. Antonovsky menar att det är hur människan upplever sjukdomen och hur denne kan hantera den som är viktigt för om en person har hälsa eller ohälsa. Man kan alltså lida av en sjukdom och ändå känna hälsa. (Antonovsky 2005, 29-50)

En känsla av sammanhang påverkas av människans uppväxttid. Människan formas enligt sin uppväxt. Har man som barn haft en trygg uppväxt och man har haft en förutsägbar vardag bildas en stark KASAM. Har man istället utsatts för hunger, smärta och obehag formar detta hur man påverkas av stressorer negativt. Kultur, samhälle och människorna som finns närvarande i ens uppväxt formar den vuxna människan. Den egna identiteten

och världssynen man anammar kommer ha en påverkan hur man hanterar de erfarenheter man ställs inför i vuxen ålder. Man kan också se att ju starkare föräldrarnas KASAM är desto starkare tycks barnets KASAM också vara. KASAM bildas under barndomen, och kan räknas som slutgiltig först i vuxen ålder. Det finns vissa livshändelser i vuxen ålder som kan göra att KASAM tillfälligt blir bättre eller sämre. Till exempel en anhörigs död eller något som personen har lyckats med oerhört bra, kommer att påverka personens KASAM. Detta är dock ett övergående tillstånd, och man återgår till sitt normala KASAM. (Antonovsky 2005, 126-173)

4 Bakgrund

I bakgrunden beskrivs vad infertilitet och sekundär barnlöshet är och vad det innebär för familjerna. Det tas även upp de vanligaste orsakerna till infertilitet och de olika behandlingsmetoderna som erbjuds i Finland just nu. För att hålla syftet med den här studien har jag valt att rikta in mig på vården man erbjuds genom den offentliga sektorn.

4.1 Att vara barnlös med barn

Paren som lider av sekundär barnlöshet har tidigare varit gravida och fått barn, men sedan lyckas hon inte bli gravid igen. Detta drabbar cirka vart tionde kvinna idag. Även män kan ha biologiska barn men senare bli sekundärt infertila. (Bratt 2013, 44)

Den första graviditeten kom till på ett oproblemiskt sätt spontant eller med hjälp av fertilitetsbehandlingar. Sedan när man försöker få nästa barn går det inte som man tänkt eller förväntat sig. Om första barnet tillkommit med hjälp av fertilitetsbehandlingar kanske inte ens detta fungerar denna gång. Oftast utgår man från att om paret lyckats få ett barn så är det självklart att det kommer lyckas igen. Sekundär infertilitet kan komma som en överraskning för paret. Den barnlösa tiden med alla försök till att bli gravid och eventuella behandlingar kan pågå i flera år utan resultat. (Simpukka ry u.å.)

På (Terveyskylä 2018) beskriver man också att livet runtomkring kan ändras mycket under tiden man försöker få ett till barn. Under tiden paret försöker bli gravida kan vänskapskretsen ändras. Man kanske tappat kontakten med de vänner som fått barn och man umgås kanske hellre med par som inte har barn. Är det då så att man lyckas bli gravid och få barn kan vänskapskretsen återigen ändras. Kanske man återupptar relationen med

de par som då har barn. Själva upplevelsen att vara barnlös försvinner kanske inte i och med att man får sitt barn. Känslan av att vara barnlös kan hänga med hela livet. Har man äntligen blivit gravid efter en lång tid av försök kan också graviditetstiden bli svår för kvinnan. Till exempel kan man vara rädd för missfall. Man kan känna att man inte får känna att det är utmanande att ha en liten baby, och att alla negativa känslor som kan uppkomma med en nyfödd är helt förbjudna. Tanken finns att man bara borde vara fullt lycklig när man äntligen fått det önskade barnet. (Terveyskylä 2018)

Att vara barnlös är en kris för de drabbade. Förväntningarna från omgivningen om att paret ska skaffa fler barn kan göra att paret känner sig otillräckliga och misslyckade. Det kan vara svårt att prata om sin barnlöshet eftersom ämnet kan vara mycket känsligt. Både sexualiteten och fortplantningen berörs och man känner sig misslyckad. Både mannen och kvinnan i förhållandet kan känna samma sorts känslor över barnlösheten. Man uttrycker dock kanske sin sorg på olika sätt. Kvinnan kan känna skuld och hat mot sig själv på grund av barnlösheten. Hon kan också vara rädd att bli lämnad. Kvinnan kan ibland dra sig tillbaka från sociala sammanhang och relationer, eftersom det kan kännas svårt att träffa familjer med barn. Mannen kanske istället känner sig underlägsen och obrukbar över att inte kunna producera ett barn. Det är vanligt att männen inte pratar med sin partner om detta och försöker bearbeta sin sorg på egen hand. Det är viktigt att komma ihåg att båda parterna behöver stöd i sin infertilitet, inte bara den ena parten. (Terveyskylä 2018)

Majoriteten av kvinnor som lider av infertilitet diskuterar sin infertilitet med de närmsta vännerna och/eller nära anhöriga. Många berättar inte för utomstående angående deras resultat av undersökningar de gjort, utan håller informationen inom familjen. Genom studier har man kommit fram till att det finns signifikanta skillnader mellan kvinnor som lider av primär fertilitet och de kvinnor som lider av sekundär infertilitet i om man diskuterar sin infertilitet med andra. Dubbelt så många av de som lider av sekundär infertilitet pratar aldrig om sina fertilitetsundersökningar och ingrepp med någon, jämfört med de som lider av primär infertilitet. Cirka 25% av de kvinnor som lider av primär infertilitet söker distraktion genom till exempel mer arbete som en hanteringsmekanism, medan endast 10% av kvinnorna med sekundär infertilitet gör detta. 12% av kvinnorna i en infertilitetsstudie rapporterade att de avlägsnade sig ur rummet när det diskuterades barn. Ungefär 30% av studiedeltagarna frågade heller inte om råd av deras vänner angående deras infertilitet och några hade svårigheter att prata om hur undersökningarna och

behandlingarna påverkade dem emotionellt. (Sormunen, Aanesen, Fossum, Karlgren & Westerbotn 2018, 335-344)

Par som lider av infertilitet använder sig av olika åtgärder för att öka sina chanser till en graviditet. Man vänder sig till både sociala, andliga och medicinska behandlingar för sin ofrivilliga barnlöshet. En önskan att få barn och sorgen över en infertilitet har varit en del av livet sedan mänsklighetens början. Tittar man historiskt på infertilitet ser man religion, myter, konst, legender och litteratur som alla nämner svårigheter att få barn. Oavsett om drivkraften till ett barn kommer från biologiska aspekter, sociala krav eller från en psykologisk längtan har mänskligheten alltid sökt efter botemedel för infertilitet, ibland har även väldigt extrema botemedel genomgått och prövats. Faktum är att i alla kulturer är ofrivillig barnlöshet är en kris som har potentialen att hota stabiliteten i samhället, hos individen och i individens relationer. Alla samhällen har kulturellt godkända lösningar för infertilitet, antingen något man gör tillsammans eller ensam. Som exempel kan nämnas adoption, skilsmässa, religiös bön eller pilgrimsresor. Medicinsk hjälp eller spirituell hjälp är vanliga och används tidigt i infertiliteten. Andra sociala lösningar som kräver att man byter partner eller går genom skilsmässa anses som det sista alternativet för paren. Man försöker att inte ändra så mycket på den närmsta sociala cirkeln eftersom paren hoppas in i det sista att infertiliteten inte ska bli långvarig. (Covington & Hammer-Burns 2006, 23)

Det finns signifikanta svårigheter för det mänskliga psyket i att vara infertil. Det finns kulturella och sociala förhållanden som gör det svårt att vara infertil. Att få vara gravid och uppföstra ett barn är något som hör till kärnan i den mänskliga identiteten. I många kulturer kommer social acceptans först efter att man fått barn. Skribenterna i artikeln påstår att vad som är hälsa och sjukdom ofta bestäms av befolkningen och den sociala kulturen. Speciellt i länder med en sådan kultur där man anser att giftermål och barnafödande är väldigt viktigt kan det vara extra svårt att lida av infertilitet. I vissa utvecklingsländer kan det vara svårt för omgivningen att acceptera en person som lider av infertilitet och avviker från det man anser som norm. I sådana länder har barnlösa svårt att upprätthålla och behålla sin sociala identitet. Enligt WHO lider över 80 miljoner människor av infertilitet i världen. Infertiliteten varierar mellan 5-30%, där mest infertilitet hittas i utvecklingsländer. T.ex. Iran har en 24,9% infertilitet, vilket gör att landet har en hög prevalens av infertilitet. (Alamin, Allahyari, Ghorbani, Sadeghitabar & Karami 2020, 49-58)

4.2 Orsaker till infertilitet

Orsakerna till infertilitet kan vara många. När ett par försökt skaffa barn över ett års tid har man rätt att söka sig till vård. Om man inte hittar någon orsak till barnlösheten varken hos kvinnan eller hos mannen, ber man paret bara fortsätta försöka. Man gör detta för det finns studier som visar att cirka 50% av paren som försöker bli gravida blir det under andra året av sina försök. (Terveyskylä 2018)

Orsakerna till infertiliteten reder man ut genom en genomgång av sjukdomshistoria hos båda föräldrarna. Man tar även blodprov och gör analyser av dessa. Ibland kan man inte med säkerhet veta vad som är fel och varför paret inte blir gravida. Orsaken hittas endera hos mannen eller kvinnan i 50 procent av fallen, medan man hittar problem hos båda i cirka en fjärdedel av de barnlösa paren. Hos en fjärdedel av dem som söker hjälp för infertilitet hittar man ingen orsak. (Terveyskylä 2018)

Sannolikheten för att ett friskt par i fertil ålder med regelbundet samliv ska bli gravida är 15-25% på en månad. På grund av detta kommer det enligt statistiken ta några månader innan paret blir gravida. Ju längre tid det tar innan en graviditet inträffar, desto större är risken att det finns faktorer hos paret som påverkar möjligheterna negativt att bli gravida. För kvinnor över 35år kunde man med fördel redan påbörja infertilitetsundersökning redan efter sex månader av försök med utebliven graviditet. (Hillensjö & Nilsson 2005, 37)

En av de vanligaste orsakerna till att kvinnor har svårt att bli gravida är att man har väntat för länge och man har blivit för gammal. Kvinnans ålder har en viktig betydelse när det gäller kvinnans fruktsamhet. Ju äldre kvinnan hinner bli innan hon försöker få barn desto svårare blir det för henne att få det önskade barnet. Förmågan att reproducera minskar vid trettio års ålder, och vid 35 års ålder har fertiliteten minskat kraftigt. Efter att kvinnan fyllt fyrtio år är det få kvinnor som blir gravida på naturlig väg. Efter att kvinnan passerat fyrtio år är det dessutom mycket svårare att få till en befruktning genom provrörsbefruktning. (Bratt 2013, 10)

4.3 Infertilitetsundersökningarna

Det finns tre huvudsyften med fertilitetsundersökningarna. Paret som lider av infertilitet ska få en diagnos och få veta varför de har svårt att få barn. De ska också få information om hur stor deras chans till en graviditet är både med och utan behandling. Till slut ska

läkaren göra upp en behandlingsplan tillsammans med paret. Detta kan innebära att paret direkt får göra en fertilitetsbehandling, att de ska fortsätta med egna försök eller att de avstår helt från behandling. Utredningen tar minst en månad i anspråk. (Bratt 2013, 45)

Man undersöker aldrig endast ena parten i förhållandet, utan man undersöker båda för att hitta orsaken till infertiliteten. Dessa undersökningar görs inledningsvis ofta hos den egna bashälsovården. Man börjar ofta med att göra en gynekologisk undersökning av kvinnan, och man tar ett spermprov av mannen. Infertilitetsundersökningen planeras individuellt för både mannen och kvinnan enligt deras enskilda fortplantningshistoria. Bashälsovården kan sedan göra en remiss för paret inför fortsatta undersökningar inom specialistsjukvården. Eventuella infertilitetsbehandlingar planeras senare enligt resultaten från specialistsjukvården. Huvudmålen med undersökningarna man gör inom kommunala hälsovården är kartläggning och att eventuellt behandla faktorer som påverkar möjligheterna att bli gravid. Man kartlägger även eventuella risker för kvinnan under en eventuell graviditet. Man kontrollerar även om det finns risker för paren gällande föräldrskapet. Faktorer man tittar på är till exempel parets eller individens livsstil, olika medicineringar som pågår, tidigare operationer, blodbrist eller sköldkörtelsjukdom, andra grundsjukdomar som kan påverka fertiliteten, mentala problem och könssjukdomar. Allt detta ska gås genom grundligt både för mannen och för kvinnan. (Terveyskylä 2018)

4.4 Fertilitetsutredning av kvinnan

Grundutredningens huvuduppgift är att ta reda på om det finns funktionella eller mekaniska avvikelser som har betydelse för fertiliteten. En noggrann anamnes är av största vikt vid utredning av infertiliteten. Man borde ta upp frågor angående menstruationscykeln, tidigare graviditet, eventuella gynekologiska ingrepp eller problem, kvinnans övriga hälsotillstånd och risker, så som eventuell rökning eller läkemedel. Grundutredningen borde genomföras inom en menstruationscykel och inleds med en gynekologisk undersökning med innefattande ultraljud vaginalt. I tidig follikelfas ska gonadotropiner och ibland även lutealfas kontrolleras. I sen follikelfas kontrolleras om man hittar en dominant follikel och med hjälp av ägglossningsstickor påvisa en eventuell ägglossning. Ungefär en vecka efter förväntad ägglossning kan man kontrollera om en ägglossning har skett genom att med vaginalt ultraljud kontrollera corpus luteum, även

kallad gulkroppen. Man undersöker alltså om det finns markeringar där ägget suttit fast och lossnat ifrån. (Hillensjö & Nilsson 2005, 38-40)

Vid grundutredningen kan man finna några vanliga orsaker till infertilitet. Man kan till exempel finna endometriepolyper och myom. I dessa fall kan det behövas operation för att avlägsna dessa. Små intrauterina förändringar torde dock inte ha så stor betydelse för förmågan att bli gravid. Andra vanliga fynd vid utredningen är oregelbunden menstruationscykel och ägglossningsavvikelser. (Hillensjö & Nilsson 2005, 38)

Även endokrina avvikelser kan upptäckas. Många kvinnor riskerar att över sikt drabbas av avvikelser i sköldkörelfunktionen, varvid man alltid kontrollerar TSH och fritt T4 vid infertilitetsundersökningar. Personer som inte har optimal sköldkörtelfunktion har inte heller optimala chanser vid IVF behandlingar. Detta gäller även vid subklinisk hypotyreo. (Hillensjö & Nilsson 2005, 38-39)

Enligt (Bratt 2013) är endometriosis en vanlig orsak till ofrivillig barnlöshet hos kvinnor. Det drabbar cirka en tiondel av kvinnorna i fertil ålder. Endometriosis kan ge svår menssmärta och rikliga blödningar, värk i magen och bäckenet, smärta vid samlag och symtom som liknar på urinvägsinfektion. Kvinnor som har endometriosis har ungefär hälften så stor chans att bli gravida om man jämför med friska kvinnor. Endometriosis blir ofta värre med tiden och åldern, vilket gör att det är en av de vanligaste orsakerna till sekundär barnlöshet. Endometriosis förorsakas av att celler från livmoderslemhinnan tillsammans med menstruationen rinner bakåt upp genom äggledarna och ut i bukhålan. Cellerna fäster sig på bukhinnan som täcker organen i buken. Hormonpåverkan under menstruationen kan ge små blödningar i endometriosisvävnaden, som sedan leder till ärrbildning och sammanväxningar. Hos många kvinnor som lider av endometriosis bildas även cystor på äggstockarna, som är fyllda med blod. Blodet i cystorna får efter ett tag en brun färg, vilket gör att dessa cystor kallas chokladcystor. (Bratt 2013, 62)

Infertiliteten kan påverkas negativt av fetma. Fetma hos kvinnan kan bidra till att menstruationen blir oregelbunden och man får kronisk anovulation eller lång tid mellan ovulationerna. Övervikt kan också öka risken för missfall och minska chanserna att en assisterad befruktning lyckas om body mass index, BMI överstiger 30 kg/m². En faktor som hänger ihop med övervikt kan vara ett överskott av insulin och insulinresistens. Detta

fenomen kan man se speciellt i samband med fetma och polycystiskt ovariesyndrom, PCOS. (Pasquali, Patton, Gambineri 2007, 482-487)

Idag är cirka en åttondel av kvinnorna i fertil ålder feta. I början av nittiotalet led endast en tjugonedel av kvinnorna i fertil ålder av fetma. En kvinna med fetma har tre gånger så hög risk att drabbas av ofrivillig barnlöshet än de kvinnor som erhåller en normal vikt. Dessa överviktiga kvinnor har svårare att bli gravida både på egen hand och genom assisterad befruktning. Provrörsbefruktningen kan ta längre tid och de överviktiga kvinnorna kan behöva en mer kraftfull hormonbehandling. Det är inte endast vikten som är av betydelse. Var på kroppen fett sitter kan också ha en inverkan på fertiliteten. De kvinnor som har fett runt magen och buken är också de kvinnor som har svårast att bli gravida. De har en större risk att drabbas av ett högre blodtryck och förhöjda blodfettvärden. Utöver detta kan fett runt organen inne i kroppen katalysera en rad inflammatoriska processer i kroppen. Kvinnorna som har fett runt höfter, rumpa och lår är inte lika utsatta för infertilitet som de kvinnor som samlar fett kring buken. Deras fetma är inte heller lika farlig för dem på sikt gällande andra följsjukdomar. (Bratt 2013, 11-12)

Även undervikt med ett BMI under 18 kan ha betydelse för fertiliteten. Denna undervikt är ofta sammankopplad med anorexi och eller hård fysisk träning. Dessa kvinnor lider ofta av menstruationsrubbingar och har låga nivåer av östrogen. Lider personen av anorexi eller annan ätstörning är det viktigt att denna sjukdom först är över innan eventuella behandlingar mot infertiliteten sätts in. I tvivelaktiga fall borde även psykolog eller psykiater konsulteras innan behandling. (Hillensjö & Nilsson 2005, 39-40)

Tidig menopaus och nedsatt funktion i äggstockarna kan vara en orsak till infertilitet hos kvinnor. Detta drabbar cirka en procent av unga kvinnor. Detta problem har ökat de senaste åren på grund av att kvinnor föder barn senare i dagsläget än vad man gjorde förut, speciellt i västvärlden. Huvuddragen i detta problem är frånvaro av ägglossning, rubbingar i menstruationscykeln och höga halter av gonadotropiner i serum. Man vet inte helt säkert etiologin över vad som orsakar tidig menopaus och nedsatt ovariell funktion. Dock är eventuella orsaker bland annat operationer, strålning, miljö, infektioner och metaboliska orsaker. Även autoimmuna sjukdomar och ärftlighet kan förorsaka tidig menopaus. För att öka infertiliteten kan man behöva behandla tidig menopaus med hormoner. Även

mottagande av donerade äggceller kan vara aktuellt för dessa kvinnor. (Hernandez-Angeles & Castelo-Branco 2016, 420-427)

En tidigare klamydiainfektion är statistiskt signifikant hos kvinnor som lider av sekundär infertilitet. Även en nylig eller nuvarande klamydiainfektion är en signifikant risk för sekundär infertilitet. Genom att undersöka kvinnor som lider av sekundär infertilitet, med en icke-invasiv metod för att påvisa klamydia rekommenderas starkt för att så tidigt som möjligt påbörja eventuell medicinsk behandling. (Malik, Jain, Rizvi, Shukla & Hakim 2009, 91-95)

4.5 Fertilitetsutredning av mannen

Även hos mannen borde en noggrann anamnes göras. Man undersöker mannen genom systematiska frågor och klinisk undersökning. Man kontrollerar könssjukdomar, eventuella genitala operationer, och eventuella trauman som kan påverka fertiliteten. Även livsstilsfaktorer som droger och rökning ska kartläggas. Även miljöfaktorer på arbetet kan ha betydelse vid infertilitet. En palpation av de yttre genitalierna ska alltid utföras. Man kontrollerar mannens testiklar. Palpation av prostatan är i allmänhet inte nödvändigt. Mannen får även ge ett spermaprov för att vården ska kunna göra en spermaanalys. Man analyserar volymen, koncentrationen, motiliteten och morfologin. Man kontrollerar även om det finns ökad mängd leukocyter. Dock är en spermaanalys inte enkel och det finns stora variationer mellan olika män. Den nedre gränsen för fertilitet är svår att sätta och spermiernas riktiga funktion i sin riktiga miljö svår att förutsäga. WHO har satt upp gränsvärden för hur många spermier som behövs och hur de ska fungera för att kunna vara fertila. Det definierade gränsvärdet är stort och enligt Hillensjö Torbjörn och Nilsson Lars i boken infertilitet – utredning och behandling genom assisterad befruktning. Författarna nämner att en manlig spermiefaktor är osannolik. Azoospermi, när mannen inte alls producerar spermier är det enda fallet där man med säkerhet kan säga att det är en manlig orsak till infertiliteten. Vid väldigt lite eller inga spermier alls kan det finnas genetiska orsaker. I dessa fall rekommenderas en kromosomanalys innan eventuell behandling. (Hillensjö & Nilsson 2005, 40-41)

Hos män är fetma sammankopplat med låga testosteronnivåer. Hos män med sjuklig fetma kan man se en minskad spermatogenes till följd av mycket låga testosteronnivåer,

hypotestosteronemi. Även erektionsproblem kan ses hos män som lider av fetma. (Pasquali, Patton, Gambineri 2007, 482-487)

4.6 Självbehandling innan professionell hjälp

Det finns saker man kan göra själv för att försöka öka sin fertilitet innan man söker professionell hjälp. En av dessa är att kontrollera vikten och ta reda på om man är normalviktig eller ej. Vikten spelar mycket in på fertiliteten, så har man ett förhöjt BMI kan man redan innan man planerar skaffa barn försöka göra sig av med övervikten. Det räcker ofta med en blygsam viktninskning på fem till tio procent av sin kroppsvikt för att man ska få en bättre fertilitet. Väger man 80kg motsvarar det en minskning på 4-8kg. Det har ingen betydelse för fertiliteten om viktnedgången är ett resultat från förändrade kost och motionsvanor eller genom kirurgi för övervikt. Träning gör att man mår bättre, får starkare muskler och motverkar övervikt. Men överträning är inte heller att föredra. Kvinnor som ligger i hårdträning och tävlar på elitnivå har svårare att bli gravida. En allt för intensiv träning stör ägglossningen. (Bratt 2013, 12-14)

De flesta får för lite folsyra genom kosten idag. Folsyra är en form av B-vitamin som finns naturligt i mörkgröna bladgrönsaker, fullkornsprodukter, bönor, filprodukter och i frukt och bär. Folsyran är viktig för kroppens celler och deras ämnesomsättning. Även bildandet av röda blodkroppar förbättras med hjälp av folsyra. Det behövs också för att ett foster ska kunna utvecklas på ett normalt sätt i livmodern. En låg mängd folsyra i kroppen när man är gravid ökar risken för att fostret ska få ryggmärgsbråck. (Bratt 2013, 13)

Försöker man bli gravid kan man kontrollera att man har sina vaccinationer i kraft. Till exempel om kvinnan får mässling under graviditeten kan fostret skadas mycket allvarligt och detta kan leda till missfall. De kvinnor som inte tagit MPR vaccin borde göra det någon månad innan graviditeten för att säkerställa fostrets hälsa. (Bratt 2013, 13)

En del värkmediciner kan göra det svårare att bli gravid. Man har gjort forskning på NSAID läkemedel som fungerar som antiinflammatoriska smärtlindrande läkemedel. Huvudmekanismen för NSAID läkemedel är att de hämmar cyklooxygenas enzymerna att omvandla arakidonsyra till prostaglandiner. Prostaglandinerna medverkar till både inflammation och smärtsignalering. Prostaglandinerna har även andra fysiologiska uppgifter i kroppen. Till exempel är prostaglandinerna med i fler essentiella steg i den

kvinnliga reproduktiva cykeln. NSAID läkemedel hindrar äggmognaden och gör att ägglossningen misslyckas. Innan provrörsbefruktning påbörjas borde man avslutat alla NSAID läkemedel. Fertiliteten återkommer efter avslutad medicinering. (Mendonca, Khamashta, Nelson-Piercy, Hunt & Hughes 2000, 880-882)

Enligt viss litteratur ska man försöka hålla sig till max två koppar kaffe per dag, om man önskar en graviditet. Mer än så verkar påverka fertiliteten negativt. De kvinnor som dricker fem koppar kaffe per dag har betydligt svårare att bli gravida än de som dricker mindre kaffe. Man tror att det är koffeinet som påverkar fertiliteten negativt (Bratt 2013, 14). Dock finns flera nya studier som påvisar att koffeinet inte har någon betydelse för fertiliteten. Exempelvis i en dansk studie där man följt upp 822 infertila kvinnor och deras koffeinintag märkte man inte någon skillnad i fertiliteten jämfört med icke-infertila kvinnor. Risken för infertilitet var inte associerad med ett högre intag av exempelvis kaffe eller te. Risken för infertilitet var likadan för koffeindrickande kvinnor som det var för kvinnor som aldrig druckit koffein. (Soylu, Jensen, Juul, Kesmodel, Frederiksen, Kjaer & Hargreave 2018, 570-576)

Rökning och alkohol kan göra det svårare och ta längre tid att bli gravid. Män som röker har ofta färre spermier och av sämre kvalitet än de icke rökande männen. Rökande kvinnor har också svårare att lyckas bli befruktade. Olika droger som cannabis, kokain och opiater stör fruktsamheten för både kvinnor och män. Därför kan det vara bra att avsluta dessa vanor om man vill öka fertiliteten. (Bratt 2013, 14)

Rökande kvinnor kan ha svårare att bli gravida. De negativa effekterna av rökning är väl kända. Även fertiliteten kan påverkas negativt av rökning. Rökande kvinnor har en 60% ökad risk för infertilitet gentemot icke-rökande kvinnor. Kvinnor som röker har generellt svårare att bli spontant gravida än deras icke-rökande vänner. Även kvinnor som går genom IVF-behandlingar har påvisat sämre utgångsläge till att få en lyckad graviditet än en icke rökande kvinna har. Rökande kvinnor verkar ha en högre risk att drabbas av äggstocksrelaterad infertilitet. (Augood, Duckitt & Templeton 1998, 1532-1539)

En kombination av flera faktorer kan göra att det tar längre tid att få sin önskade graviditet. Är man överviktig och samtidigt röker 15 stycken tobaksprodukter dagligen kan man förvänta sig att det tar fem månader längre att bli gravida, än vad det skulle göra om man inte rökte och var överviktig. Vissa forskare menar att till och med vartannat par skulle bli

av med sin fertilitetsproblematik om de lade om sitt liv och erhöill en mer sund och hälsosam livsstil. (Bratt 2013, 14)

4.7 Behandling av barnlöshet

När det gäller barnlöshet finns flertalet olika behandlingar att välja mellan. Ofta påbörjar man behandlingen med hjälp av hormoner. Vissa kvinnor har en mycket regelbunden menstruationscykel, medan andra kanske inte har någon ägglossning överhuvudtaget. Orsakerna till att menstruationscykeln avviker kan vara många. En oregelbunden och sällan återkommande ägglossning kan behandlas med olika hormonpreparat. Dessa läkemedel används också vid insemination för att kunna fastställa ägglossning vid insemineringen. Hormonerna är också första steget när man gör en provrörsbefruktning. Vanligast är att man börjar med antiöstrogenbehandling. Detta läkemedel lurar kvinnokroppen till att tro att östrogennivåerna är för låga i kroppen. Hjärnan svarar då med att bilda mer FSH-hormon som lägger igång äggbildningen i äggstockarna. Halten östrogen höjs samtidigt i blodet. Detta hormon tas i regel under fem dagar. Efter detta görs ofta ett ultraljud för att kunna se ifall äggblåsor bildats i äggstockarna. Denna behandling brukar vanligen pågå under några månaders tid. Målet med hormonbehandlingen är att det ska bildas en eller två äggblåsor som kan befruktas, antingen på naturlig väg eller via insemination. Gonadotropiner är en hormonbehandling som stimulerar äggstockarna att bilda ägg och göra ägglossning. Detta ges som injektioner som kvinnan själv injicerar under huden på magen en gång per dag under en veckas tid. För unga kvinnor kan en hormonbehandling räcka för att en god ägglossning ska ske. Cirka fyra av tio kvinnor lyckas bli gravida hemma på naturlig väg efter hormonbehandling. Ju äldre kvinnan är ju mindre chans har hon att bli gravid med enbart hormoner. Det finns dock en risk att hormonerna överstimulerar äggstockarna och kan i sällsynta fall leda till vätska i buken. Kvinnan kan då bli illamående och får svårt att andas. Detta tillstånd kan vara allvarligt och därför borde kvinnan få göra regelbundna ultraljud och blodprovskontroller. Cirka en kvinna av hundra drabbas av överstimulering. (Bratt 2013, 95-96)

Kirurgi kan ibland behövas för behandling av olika hinder i livmodern. Cirka vart fjärde kvinna har antingen myom eller muskelknutor i livmodern som kan vara ett av hindren för att en graviditet ska ske. Även polyper eller endometriosvävnad kan behöva avlägsnas. Det

vanligaste tillvägagångssättet är hysteroskopi och kvinnan är nedsövd under operationen. (Bratt 2013, 96-97)

Inseminering är en behandlingsform man kan välja om hormonbehandlingen inte räcker till. På kvinnor under åldern 35 år görs ofta flera inseminationer innan det kan bli aktuellt med en så kallad provrörsbefruktning. Inseminationen görs med den egna mannens spermier eller från en donators spermier. Man tar reda på i när kvinnan har ägglossning genom ultraljud och blodprov. Innan en av kvinnans äggblåsor spricker får mannen lämna ett spermaprov. Först tvättas spermierna fria från sädesvätska, för att sedan läggas i provrör. De mest livskraftiga spermierna simmar runt överst i röret. De rörliga spermierna suggs upp och blandas med en vätska, för att sedan sättas i en kateter. Efter detta förs spermierna in med hjälp av katetern in i livmodern via livmoderhalsen. Detta är en relativt riskfri och billig metod om man jämför med provrörsbefruktning. Behandling med inseminering tenderar vara något ineffektiv hos äldre kvinnor, och används därför oftast för par där kvinnan är under 35 år och var man inte hittat någon specifik förklaring till parets infertilitet. De äldre kvinnorna går därför oftast förbi detta steg direkt vidare till in vitro fertilisering, även kallat IVF. (Bratt 2013, 97)

En in vitro fertilisation tar i regel ungefär en månad och görs i sex steg. Först sätts kroppens egna hormoner ur balans. Kvinnan erbjuds ett läkemedel som stänger ner hennes naturliga hormonproduktion. Detta görs för att kvinnans egna hormoner inte ska störa behandlingen. Efter detta lägger man igång äggstockarna med hormoner. Detta brukar vanligen ske genom att kvinnan själv injicerar hormoner via sprutor. När man har kontrollerat att äggblåsorna är mogna plockar man äggen just innan kläckningen skett. Bara ett av embryona sätts in i livmodern. I specialfall kan man sätta in två livskraftiga embryon samtidigt, men detta rekommenderas ej på grund av att riskerna ökar med en tvillinggraviditet. Om det uppstod fler livsdugliga befruktade ägg kan man frysa dem för ett senare skede. Efter två veckor görs ett graviditetstest för att se om IVF försöket lyckats. Efter två veckor till kan man göra en ultraljudsundersökning ifall graviditetstestet visat positivt. Efter detta fortsätter graviditeten som efter en naturlig befruktning. Kvinnan tar extra hormoner under en period för att säkerställa att livmoderslemhinnan fungerar optimalt för att behålla barnet. Kvinnan går också på några flera kontroller under graviditeten än vad hon skulle gjort vid en normal graviditet. (Bratt 2013, 99-103)

4.8 Stödgrupper

Det finns stödgrupper för familjer som lider av sekundär barnlöshet. Simpukka ry är en stödförening för familjer som lider av barnlöshet. Simpukka ry tillhandahåller en grupp på facebook för familjer som lider av sekundär infertilitet. Gruppen heter lapselliset lapsettomat, som översätts som barnlösa med barn. Det är också så man ofta beskriver sig själv när man lider av sekundär barnlöshet. I gruppen kan man finna stöd och handledning och dela tankar med sådana som varit eller är i samma situation som en själv. Simpukka har en egen hemsida med sina kontaktuppgifter om man söker stöd och hjälp under sin sekundära infertilitet. (Simpukka ry. u.å.)

5 Metod

Jag har valt att utföra studien genom semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Detta tillvägagångssätt upplevs som lämpligt i enlighet med syftet för examensarbetet.

Den kvalitativa forskningen handlar om att man tolkar svaren för att kunna studera hur människan upplever olika erfarenheter de varit med om, för att sedan kunna bilda sig en förståelse för dessa erfarenheter. I denna induktiva studie finns inga rätt eller fel svar, eftersom svaren handlar om individens egna upplevelser av det skedda. (Henricson & Billhult 2012. 130-133; Priebe & Landström 2012, 36)

Jag utförde den kvalitativa innehållsanalysen genom en induktiv metod. När man utformar en forskningsstudie måste man bestämma vilken ordning teori och empiri ska ha. Ifall man bestämmer sig för att fokusera på empiri gör man en induktiv studie. Genom en induktiv studie ska det valda fenomenet studeras och beskrivas på ett så korrekt sätt som möjligt. Genom observationer av det man studerar kan man formulera teoretiska begrepp och dra slutsatser. Att beskriva något ses ofta som det första steget i en vetenskaplig kunskapsprocess. När man beskrivit ett hur fenomenet tar sig i uttryck kan man sedan gå vidare och undersöka orsak och konsekvens. Ofta är syftet med en induktiv studie att beskriva och förklara ett fenomen. (Henricson 2012, 37-38)

5.1 Urval av informanter

I en kvalitativ studie väljs informanterna inte slumpmässigt, utan istället tillfrågas en passande grupp av människor om de kan tänka sig vara med i studien. Man vill försöka få en så ändamålsenligt urval på informanterna som möjligt. Exempel på detta är att man söker kvinnor i olika åldrar som lidit av sekundär infertilitet. Detta kan vara av värde om man tror att åldern kan ha betydelse i studien man utför. I en kvalitativ studie försöker man hitta några informanter som kan ge rika beskrivningar av det fenomen som undersöks. (Henricson 2012, 134)

För att söka upp de som eventuellt kunde ställa upp i intervjun söktes informanter i olika grupper på Facebook. Bland andra finns en grupp på Facebook som heter "Mammor och gravida i Österbotten". Går man genom de frågor och svar som delats mellan gruppmedlemmarna kommer det fram att åtminstone någon upplever eller har upplevt svårigheter att få sitt andra barn. Förhoppningen var att hitta över fem eventuella informanter som är villiga att delta i intervjun. Eftersom gruppen är för svenskspråkiga österbottningar i Finland kan den passa in i syftet med examensarbetet som främst riktar in sig på vården av sekundär barnlöshet i Svenskfinland. Facebookgruppen "Mammor och gravida i Österbotten" har sammanlagt cirka 3600 medlemmar. För att kunna läsa inlägg och delta i gruppen krävs medlemskap, vilket betyder att gruppen är låst för de som inte ansökt om att bli medlem. För att hitta informanterna togs kontakt genom ett allmänt meddelande åt hela gruppen, där den som känner sig villig att ställa upp på intervju kunde svara eller skicka privat meddelande.

Specifikt söktes informanter som haft problem att få sitt andra barn. Detta på grund av att man i Finland ännu får avgiftsfri hjälp att skaffa sitt andra barn, medan man själv får stå för kostnaderna om man väljer försöka få fler än två biologiska barn.

5.2 Datainsamling

För att göra en kvalitativ datainsamling kan man använda sig av intervjuer. Forskaren är en medskapare av materialet som framställs genom intervjuerna, vilket betyder att resultatet inte kan anses som oberoende av forskaren. (Henricson 2012, 133)

När man gör en kvalitativ studie bör den som forskar i det valda ämnet själv analysera och reflektera över sina egna livserfarenheter och kunskap denne har om ämnet. Att reflektera

över sina erfarenheter genom att skriva ner dem eller diskutera ämnet tillsammans med andra forskare kan man komma till en djupare insikt i det man undersöker. I en kvalitativ studie måste den som forskar använda sig själv som instrument och man interagerar med, och observerar den som ger informationen man vill ha. När man använder sig av en kvalitativ metod för sin studie behöver man kunna anpassa sig till situationen och vara flexibel. (Henricson 2012, 113-114)

Målsättningen med en kvalitativ innehållsanalys är att identifiera och bestämma okända eller otillfredsställda kända företeelser, innebörder och egenskaper hos något genom att se på variationer, olika strukturer och processer. Vad som framkommer genom en kvalitativ innehållsanalys är olika variationer och strukturer och vad t.ex. den som svarat på enkäten eller intervjun tycker och varit med om. Med en kvalitativ innehållsanalys kan man sortera och tolka materialet på olika nivå. Det är dock viktigt att frågorna som ställs i en kvalitativ analys håller en så objektiv standard som möjligt, och att man inte för frågorna medvetet eller omedvetet i en riktning. I en kvalitativ innehållsanalys kommer de tillfrågades värderingar, kreativitet och förmåga till självreflektion fram. Dessa ska alla ses som en tillgång och inte som en felande länk i analysen. (Starrin & Svensson 1994, 23-33)

Datainsamlingen gjordes främst online via videosamtal med informanterna. En del intervjuer gjordes genom att informanten svarade på intervjufrågorna i textform på förhand och vi gick tillsammans genom svaren efteråt. Genomgången skedde antingen via videosamtal eller via mail och direktmeddelanden. Insamlingsmetoden som valdes till varje intervju bestämdes av informanten. En del informanter ville inte delta med videosamtal. Istället kunde informanten välja telefonsamtal eller att själv svara på intervjufrågorna och att vi efteråt går genom svaren tillsammans. Några intervjuer bandades in med en inspelningsapplikation. De flesta informanterna kände sig dock obekväma med att bandas in. I dessa fall användes skrivna stödord och korta meningar för att sedan efter intervjun skriva ner materialet i sin helhet. I dessa fall hade informanterna möjlighet att läsa genom den skrivna texten för att kunna kontrollera att deras åsikter stämde överens med vad som skrivits ner.

5.3 Dataanalys

I en kvalitativ forskning kan en analys av materialet starta redan när den första intervjun blivit gjord. Oftast brukar man dock spara analysen tills alla intervjuer är gjorda. Det finns flera olika sätt att gå till väga för att analysera intervjumaterial. Vanligen transkriberas intervjutexten i sin helhet med skratt, talpauser eller känslomhet. Analysen följer ofta steg som inte skiljer sig så mycket mellan de olika kvalitativa metoderna. Första steget är att datamaterialet läses i sin helhet flera gånger. Sedan tas text ur materialet som svarar på frågeställningarna man har. Dessa kallas meningsenheter och dessa formas till kategorier eller teman. (Henricson 2012, 135)

Efter att materialet är insamlat genom intervjuer gjordes en kvalitativ innehållsanalys, för att sortera och analysera materialet. Analysen påbörjades genom att alla intervjuer transkriberades vartefter intervjuerna blev gjorda. Under transkriberingen gick materialet genom flera gånger för att få intervjuerna nedskrivna så korrekt som möjligt. Materialet som uppstod printades efteråt ut för att förenkla tolkningen av materialet. I analysen användes frågeställningarna som huvudkategorier. Materialet i intervjuerna som passade till frågeställningarna plockades ut ur det övriga materialet. Detta utfördes genom att svärta meningar eller stycken som ansågs relevanta för frågeställningarna. På detta vis fick man fram kategorierna och kunde forma underkategorier enligt svaren som framkommit i intervjuerna.

5.4 Etiska överväganden

När man utför en forskning som rör människor är det viktigt att genomföra detta så etiskt som möjligt. De etiska principerna som ska följas har gjorts upp av Forskningsetiska delegationen i Finland, TENK. Forskningsetiska delegationens anvisning passar att följa när man gör forskning som går ut att analysera människan och dess verksamhet. Rättigheterna som kommer av Finlands grundlag (1999/731, 6-23 §) ska alltid följas. Grundlagen innefattar bland annat rätt till liv, integritet, personlig frihet, religionsfrihet, yttrandefrihet och skydd av privatlivet. Den som utför undersökningen eller forskningen ska värna om att man inte utsätter deltagaren för risker eller men för människan eller samhället. Den som deltar i forskningen är med frivilligt och kan avbryta sitt deltagande när som helst. Deltagaren har också rätt att få information om vilken sorts forskning det är, hur länge forskningen kommer pågå och hur hans personuppgifter kommer att användas.

Informationen som ges ska vara på ett språk som deltagaren förstår. Den som utför forskningen måste ange tillräckligt med information innan deltagaren ska delta. Det som ska framkomma är kontaktuppgifterna till forskaren, vad det är som undersöks och hur datainsamlingen går till. Det måste även framkomma hur deltagarens svar behandlas och hur lång tid det kommer ta att delta i studien. (Forskningsetiska delegationen 2019)

Informanterna som deltog i studien fick ta del av ett skriftligt informationsbrev (Bilaga 1) där de fick information om studiens syfte samt kontaktuppgifter till mig. I informationsbrevet kom det även fram att studien är helt frivillig att delta i och man kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Det framkom även att man som informant kommer vara anonym och inga namn kommer att synas i studien och att jag är den enda som kommer behandla svaren. I samband med informationsbrevet kom även en samtyckesblankett med där man kunde skriva under att man självmant deltar i studien och att man förstått informationen man fått. Informanterna fick också intervjufrågorna (Bilaga 2) skicka till sig på förhand för att kunna förbereda sig på vilka frågor som kommer frågas. Före intervjuerna började fick alla informanter samtlig information muntligt. Som informant kunde man också välja om man godkände att samtalet bandades in. En del informanter kände sig inte bekväma att bli bandade. I dessa fall använde jag mig av skrivna stödord och korta meningar för att sedan efter intervjun skriva ner materialet i sin helhet. I dessa fall hade informanterna möjlighet att läsa genom den skrivna texten för att se så att deras åsikter stämde överens med verkligheten.

6 Resultat

I detta kapitel kommer resultatet av intervjuerna att redovisas. Intervjuerna skrevs ner och därefter följde en kvalitativ innehållsanalys. Materialet samlades in med hjälp av femton informanter som alla lider eller har lidit av sekundär infertilitet. Kvinnornas ålder varierar mellan 30-44 år. 13 av informanterna har fått sitt andra barn, medan en var gravid vid intervjutillfället och en väntade ännu på att få en lyckad graviditet. Eftersom varje informant är unik kunde man se både olikheter och likheter i deras upplevelser av vården de fått för sin sekundära infertilitet. För att få en så stor överblick som möjligt över vården av sekundär infertilitet i Österbotten, söktes informanter från så många olika kommuner som möjligt. Detta för att kunna utröna eventuella skillnader i den upplevda kvaliteten på

vården kommuner emellan. Nedan följer en tabell enligt informantens hemkommun under tiden för när vård söktes för deras sekundära infertilitet.

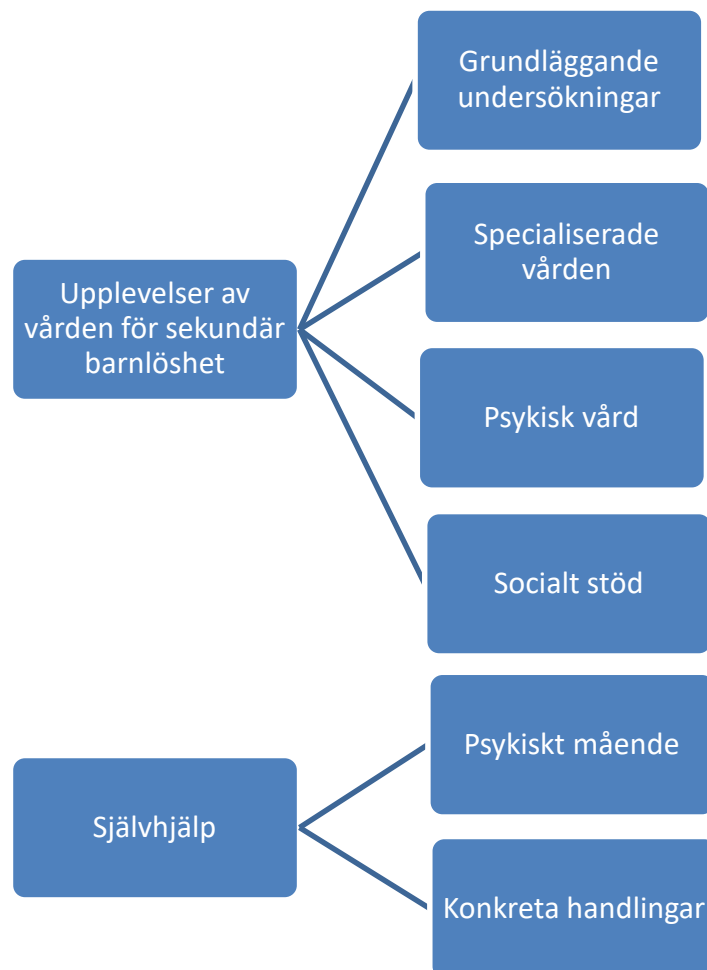
Tabell för informanternas hemkommun:

Kommun	Antal deltagande informanter per kommun
Närpes	2
Malax-Korsnäs	2
Korsholm	6
Vasa	1
Nykarleby	2
Pedersöre	2

6.1 Redovisning av material

Redovisningen av materialet är uppdelade i kategorier och underkategorier. Kategorierna är uppdelade enligt de två frågeställningarna: 1) *Upplevelser av vården* 2) *Självhjälp*. Subkategorierna grundläggande undersökningar, specialistvård, psykisk vård och socialt stöd har satts till huvudkategorin *upplevelser av vården*, för att göra materialet mer överskådligt. Till huvudkategorin *Självhjälp* har det tillkommit subkategorierna psykiskt mående och konkreta handlingar.

Tabell för huvudkategorier och underkategorier:

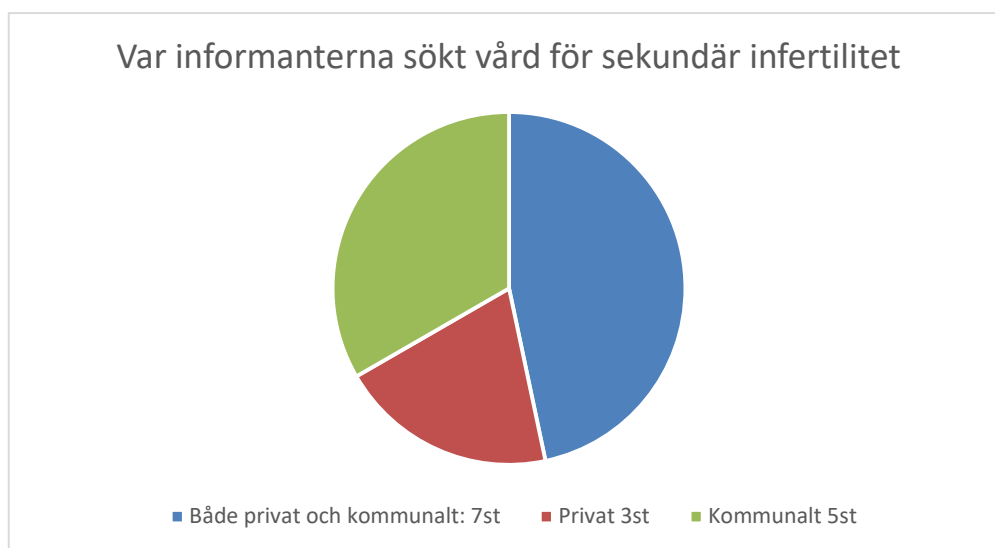


6.2 Upplevelser av vården för sekundär barnlöshet

Frågorna som informanterna fick svara på bestod av öppna frågor där de fritt kunde berätta om sina upplevelser av vården de fått. De kunde berätta mer allmänt om deras resa till att få sitt andra barn, vilka behandlingar de gått genom, samt hur länge det tog innan de fick sitt andra barn. Ibland ställdes relevanta tillägsfrågor utöver de på förhand bestämda frågorna. Till den här kategorin ställdes även underkategorier för att göra svaren mer överskådliga. De underkategorier som skapades var fysisk vård, psykisk vård. Under dessa underkategorier tillkom ännu subkategorierna grundläggande undersökningar samt specialistvård.

6.2.1 Grundläggande undersökningar

Alla femton informanter hade under något tillfälle sökt hjälp för sin sekundära infertilitet. 12 informanter av 15 hade sökt sig till den kommunala vården för att påbörja infertilitetsutredning. Av dessa 12 informanter hade sju stycken även sökt vård från privata sidan i något skede. Tre informanter av de femton intervjudeltagarna hade endast sökt privat hjälp för påbörjande av infertilitetsutredning.



Alla informanter boende i Korsholm hade först tagit hjälp av kommunala vården. Två av dessa hade i ett senare skede även sökt hjälp av privata sidan. Informanterna från Nykarleby hade en informant sökt hjälp kommunalt och den andra privat. Informanterna från Malax-Korsnäs hade båda sökt hjälp från privata sidan, utan att alls kontaktat kommunala vården. Informanterna i Vasa, Närpes och Pedersöre hade sökt hjälp av både kommunala sidan och privata sidan. Oftast handlar det om att man upplever att den kommunala vården inte gett den vård man önskat och därför har man gått till en privat gynekologstation för att få undersökning och remiss till specialistvården.

Bland de tolv informanter som i något skede av sin sekundära infertilitet sökt sig till den kommunala vården är åsikterna ganska brett spridda. Huvudorsaken till att man söker vård är att man önskar få grundläggande undersökningarna och en remiss till specialistsjukvården. De flesta har något de önskar skulle gjorts annorlunda inom den kommunala vården. Den

långa väntetiden, okunskapen och den upplevda tidsbristen för patienterna är några saker som informanterna tar upp. Man upplever även att man inte blir tagen på allvar av de kommunala läkarna. Detta är något som inte alls kommer upp när man pratar om den privata vården. Läkarna eller vårdarna på de kommunala hälsocentralerna kan ha gett klumpiga kommentarer om kvinnans vikt, nedvärderat kvinnans kunskap om sin menscykel eller att man ska vara nöjd när man redan har ett barn. Många informanter förväntar sig inte så mycket av den kommunala vården. Man är redan innan läkarbesöket beredd på att få minsta möjliga vård. Man har redan före man kommer dit en förutfattad mening om hur besöket kommer gå. Många informanter upplevde också att man behövde stå på sig om man ville ha en remiss till specialistsjukvården. Man behövde som patient veta vilken typ av vård man hade rätt till.

”Det jag reagerat mest på är ju mödrarådgivningen i kommunen. De vet om mina missfall och att vi försökt över ett års tid, men inget erbjudande om hjälp eller någon plan om hur vi nu ska gå till väga.”

”Jag tog kontakt med hvc när min menscykel blev oregelbunden efter en ofostrig graviditet. Tiden mellan ägglossningen och mens blev kort. Som svar fick jag att mensen alltid kommer 14 dagar efter ägglossningen, så du har räknat din cykel fel. Kom tillbaka när du är gravid.”

”Jag hade ringt akuten i Korsholm en fredag på grund av ett missfall och jag hade så ont. Som svar fick jag att man ju inte kan ringa om sådant en fredag. Ring igen på måndag. Jag hade ju så ont, så jag behövde uppsöka akuten på Vasa centralsjukhus under helgen, för medicinering och skrapning.”

”De är få men dom finns. Min kontakt på mödrarådgivningen i byn är verkligen en på miljonen. Hon vet att vi haft det svårt att få barn och hon har sagt åt mig att jag får kontakta henne oberoende om jag är gravid eller inte, om det är något jag funderar på!”

”Vi fick bra vård kommunalt. Efter hvc koll var kötiden till polikliniken ett halvt år, vilket för mig kändes länge.”

Endast en informant av de tio som sökt hjälp av privata vården var något missnöjd. De flesta som sökt vård privat upplever att de fått ett vänligt, handlingskraftigt och kunnigt bemötande. En del söker sig till privata vården för att man anser att man bor i en så liten

kommun att kunskapen om sekundär barnlöshet inte finns. Detta verkar vara återkommande i samtalen med informanterna som bor på mindre orter. Malax-Korsnäs kommun, Närpes och Nykarleby är exempel på sådana orter där informanter anser att kunskapen inte skulle vara tillräcklig inom kommunen för att få den vård man har rätt till. En annan orsak som uppkommer i intervjuerna är att det kan vara lång väntetid på de olika delmomenten i fertilitetsundersökningen eller IVF-behandlingen via offentliga vården, så man har gjort en del, eller delar av undersökningen privat. Vissa har fått betala sina prover på egen hand medan andra fått betalningsförbindelse av sin hemkommun.

”Jag hade hört så bra om Lilja, så vi orkade inte gå via kommunala vården utan satsade egna pengar för att få hjälp av proffs direkt”

”Vi bestämde oss att gå direkt till privata vården. Kommunen är så liten, så man vet inte vilken vård man kommer få. Det går smidigare privat.”

”Vi sökte oss till den privata vården på grund av lång väntan på offentliga sidan. De kunde inte heller erbjuda oss det vi sökte.”

”I början av våran IVF behandling var det svårt att få tid till ett av de prov som jag behövde genomgå, vilket resulterade i att jag gjorde provet privat för att komma vidare i behandlingen.”

”Vi fick remiss från MÖCS till Felicitas i Uleåborg. Vi önskade så, på grund av den långa kommunala väntetiden. Vi hade sådan tur att vi fick betalningsförbindelse, så vi bekostade egentligen bara medicinerna själva.”

6.2.2 Specialiserade vården

Av de informanter som besökt Vasa centralsjukhus fertilitetspolikliniken är de flesta nöjda med bemötandet och kunskapsnivån. Två informanter var inte alls nöjda med bemötandet. Det som framkommer som problematiskt för informanterna var den stundvis långa väntetiden. Även Coronapandemin ställde till det för en del informanter, när undersökningar sköts fram och polikliniken stängde. Två informanter nämner att man hade önskat ett mer vänligt bemötande på polikliniken och att upplevt vårdarna eller läkarna

som känslolika. Några nämner också att en del information lämnar osagt åt patienten, vilket medför en osäkerhet om vårdplanen.

På sjukhuset i Kokkola upplevdes väntetiden som det värsta. Att tillägga här är dock att de försökt gå åtminstone ena informanten till mötes och ordnat en betalningsförbindelse till privata Mehiläinenens fertilitetsklinik Felicitas i Uleåborg, på grund av den långa väntetiden.

”Jag upplevde att det tog allt för länge innan vi slapp till Vasa centralsjukhus. Från att jag sökt hjälp via mödrarådgivningen till att vi fick komma till Vasa centralsjukhus tog det nästan ett helt år. När jag ändå är så pass gammal hade jag önskat att det inte tog så länge.”

”Vårdarna kan upplevas som ganska känslolika. Man förstår ju att det är deras jobb och att alla patienter är likadana med samma problem enligt dem. Men oavsett hur ens infertilitet ser ut och hur många missfall man haft så gör allt psykiskt ont när man är mitt i det, så lite medkänsla skulle man nog önska.”

Har man gått genom IVF behandlingar har dessa gjorts på Tammerfors universitetssjukhus, TAYS. Här har uteslutande alla informanter varit nöjda med bemötandet. Enda problemet som framkom var att svenskan inte alla gånger var den bästa, och att det mesta har gått på finska. I och med behandlingarna vid TAYS kunde bilresorna bli långa för vissa informanter. Dock upplever de att allt var värt det i slutändan.

6.2.3 Psykisk vård

Endast en av femton informanter hade blivit erbjuden psykiskt stöd under sin sekundära infertilitet. Endast två informanter av de femton deltagarna hade upplevt att de inte behövde psykiskt stöd under tiden för försöken att få ett till barn.

Missfall verkar vara ganska vanligt bland informanterna, under försöken att få ett andra barn. Sju av femton informanter nämner i sina intervjuer att de har haft ett eller flera missfall. Speciellt de som haft missfall nämner att det varit psykiskt tungt och man kunde behövt någon att prata med. Ingen av de som haft missfall har blivit erbjudna psykiskt stöd av sjukvården. De som fått psykiskt stöd har aktivt sökt den på egen hand. Många upplevde också att man inte riktigt visste vart man skulle vända sig för att få en samtalskontakt.

Även utan missfall upplevs sekundär infertilitet som tungt. Många informanter påpekar att det känns ensamt. Man kan inte prata med andra kvinnor som lider av infertilitet, för de är avundsjuka när man redan har ett barn och att man själv känner sig i vägen och inte vill trampa någon på tårna. Många upplever också att sjukvården inte tar dem på allvar och inte erbjuder det psykiska stöd som man upplever man vill ha och behöver. "Ni har redan ett barn så var nöjda", verkar vara en övergripande åsikt som informanterna fått höra inom sjukvården i Österbotten.

Bristen på information från sjukvården verkar också vara en bidragande faktor till att sekundära infertiliteten känns psykiskt tyngande. Några informanter nämner bristfälliga vårdplaner eller bristande beskrivningar av olika undersökningar som tungt.

"Efter missfallet rekommenderade skötaren att jag skulle ta kontakt med mentala hälsoteamet. Där har jag gått regelbundet. Jag har nyligen bytt samtalskontakt där. Tidigare hade jag en yngre kvinna som inte hade egna barn. Hon var kanske mer neutral och hade inte så många egna åsikter. Den jag har nu är lite äldre och har egna barn, så det påverkar ju nog samtalet. De har båda varit bra, men på olika sätt helt enkelt."

"Blev nog inte erbjuden någon psykisk vård alls. För mig kändes det nog som att vi inte riktigt togs på allvar, iom att vi redan hade ett barn."

"Vi blev inte erbjudna psykiskt stöd. Nu gick ju vår resa otroligt smidigt, så under den behövde vi inte samtalshjälp. Dock under försöksperioden bokade jag själv tid för samtal två gånger, för att få ventilera mina känslor."

"Efter missfallet 2015 sökte jag mig till samtal via psykosociala centret. Jag var en gång. Jag grät mig genom hela timmen, men efteråt kände jag att samtalsterapi inte är något för mig. Jag känner mig helt enkelt inte bekväm med att prata om privata saker med en okänd människa."

6.2.4 Socialt stöd

Informanterna tillfrågades om de fått eller själva sökt socialt stöd under sin sekundära infertilitet. Många av informanterna uttrycker att det inte är så lätt att hitta stöd för sekundär infertilitet. Man känner sig ganska ensam och man upplever att man inte direkt kan prata med någon. Man har själv försökt söka stöd genom olika Facebook grupper som inriktar sig på familjeliv. På svenska finns det dock inga grupper specifikt för par som lider

av sekundär infertilitet. Det finns en stödförening för personer som lider av sekundär barnlöshet i Finland, Simpukka, men den är i huvudsak finskspråkig, så flera svenskspråkiga informanter visste nog att den fanns, men de sökte inte stöd därifrån på grund av språket.

Flera informanter nämner att de sökt stöd främst från sin man eller nära vänner och släktingar. Stödet från nära vänner och anhöriga kan ibland upplevas som dåligt, främst på grund av okunskap och klumpiga kommentarer i all välmening. För att undvika dessa situationer pratar flera av informanterna inte om sina bekymmer med någon. Att prata om sin sekundära infertilitet med utomstående eller personer man inte känner väl känns inte bra. Flera informanter nämner att de hållit sina bekymmer för sig själva.

”Har man pratat med anhöriga kan någon moster i all välmening säga att ni har ju redan ett barn, njut av hen istället.”

”Jag fick kommentaren av en släkting att det är bara att tuta och köra och börja om när vi fått ett sent missfall. Efter detta pratar jag inte med någon om våra bekymmer.”

”Jag har vänner som gått genom liknande som oss och där fått någon att prata med.”

Andra platser informanterna funnit socialt stöd är bland annat bloggar om ämnet eller podcaster. Man har också läst böcker och tittat tv serier. En serie som nämns är ”Var fan är storken?”, en svenskproducerad serie som flera kända personer deltagit i, i Sverige. Några informanter nämner att det kan vara svårt att hitta information om sekundär infertilitet, så man har då också sökt information och lyssnat på program om primär infertilitet.

6.3 Självhjälp

Informanterna blev tillfrågade om de gjort någon form av självhjälp för att öka chanserna att bli gravida. 14 av 15 informanter uppgav att de tyckte att det tog länge att få vård för sin sekundära infertilitet. Även året när man försöker bli gravid innan man kan söka hjälp uppledes som långsam. När kvinnan av olika orsaker inte blir gravid upplevde några av informanterna att man även söker svar och hjälp från andra ställen än vården. Man läser bloggar, lyssnar på poddar och söker information genom internet. Mycket informanterna

gjort som självhjälp för att öka chanserna att bli gravida är handlingar som är styrkta av aktuell forskning, medan andra saker de gjort är husmorstips eller liknande.

6.3.1 Konkreta handlingar

Den mest framstående självhjälpen som alla förutom en av informanterna gjort är att mäta sin egen ägglossning med ägglossningsstickor. Någon informant uppger att de har försökt hålla reda på sin menscykels längd enligt deras humör och kroppstemperatur med hjälp av en basaltemperaturmätare och olika applikationer som räknar ut ens fertilitet enligt kroppstemperaturen.

Hela 9/15 informanter uppger att de ändrat sin kost för att öka chanserna till en graviditet. Som exempel nämns bland annat glutenfri kost, medelhavsdiet, autoimmun paleodiet och lchf. Fem informanter nämner också att de tagit extra kosttillskott. Tre av kvinnorna nämner även att de fått akupunktur och massage. Tre informanter berättar också i sina intervjuer att de börjat motionera mer aktivt. Andra handlingar som kom fram under intervjuerna var att någon slutat ta antiinflammatoriska värktabletter och en annan hade slutat röka.

”Vi provade otaliga självhjälpsmetoder. Kosttillskott, bl.a. munkpeppar, bisolvon, bioidentiskt progesteron m.m. Gick också hälsoutredningar vid alternativa utövare vid jakt på svar.”

”Mannen åt kosttillskott som skulle stöda spermie kvaliteten, bl.a. zink och selen.”

”Redan första gången, efter vårt missfall, så tog jag hjälp av akupunktur. Jag läste också in mig på fertilitetskost och ändrade mina matvanor, samt åt lite kosttillskott. Jag har nu de senaste åren kört med massa olika, akupunktur, olika massagebehandlingar, kostomläggning.”

6.3.2 Psykiskt mående

Flera informanter nämner att de prövat yoga och meditation för att minska stress. Några informanter nämner att det är väldigt psykiskt stressande att försöka bli gravida, när man inte lyckas. För att råda bot på detta har man också gjort andningsövningar utöver yoga eller meditation. Även motion nämns som en stressreducerande faktor. Flera informanter

har på egen hand uppsökt samtalsterapi på grund av sin sekundära infertilitet. Vanligast verkar detta vara bland de kvinnor som upplevt missfall. Två informanter nämner att de gjort mer än sina män för att försöka höja chanserna att bli gravida. Detta nämnde en av informanterna att var irriterande och tärde ibland på förhållandet. En nämner också att de försökt hitta egentid tillsammans med sin man för att göra något trevligt och inte bara försöka skaffa barn.

”Vi fick den hjälp vi behövde, men kände mig desperat just då och ville ju att allt skulle gå fortare.”

”Jag har tagit hjälp av en handledare i fertilitetsförståelse och lärt mig kartlägga mina cykler. För att få min kropp att fungera över huvud taget så har jag också fått hjälp med andningsträning och även gått till psykolog.”

”Vi försökte göra något tillsammans jag och min man, som inte gick ut på att försöka skaffa fler barn. Det blir så uttröttande i längden när det enda man gör tillsammans är att ha sex. Vi försökte boka in något trevligt som bio eller en weekend någon annan stans för att få se något annat och sluta tänka på våra svårigheter.”

7 Diskussion

I det här kapitlet kommer skribenten granska resultatet i studien på ett kritiskt förhållningssätt. I kapitlet finns metoddiskussion en resultatdiskussion och slutsats. I kapitlet diskuteras resultatets sammanhörande till den valda teoretiska utgångspunkten. Huvudsyftet med diskussionen är att se ifall den valda metoden lämpade sig för studien och om de ställda frågeställningarna uppfyllde syftet med studien. Examensarbetet har genomförts genom ett kvalitativt metodsätt och jag kommer att använda mig av termerna reliabilitet och validitet. (Henricson 2012, 474-475)

7.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att ta reda på hur kvinnorna upplevt vården av sekundär barnlöshet och om det själva varit aktiva i sina liv för att förbättra sina chanser till ett andra barn. I metoddiskussionen kommer studiens styrkor och begränsningar eller svagheter att framkomma. I metoddiskussionen kommer man ha ett kritiskt förhållningssätt till den

utförda studien. Här kommer diskuteras om det finns brister i datainsamlingen, granskningen och analysen. (Henricson 2012, 473-474)

När jag hade valt ämne för mitt examensarbete hade jag initialt tänkt göra en enkät som de som lider av sekundär barnlöshet kunde svara på. På grund av osäkerheten över hur många informanter jag kunde få tag på bestämde jag mig istället för en kvalitativ metod med intervjuer som datainsamlingsmetod. Detta på grund av att en intervju ger mer innehåll och material att använda för analys. Materialet blir mer rikt på åsikter och kan få mer trovärdighet. Temat är mycket känsligt för vissa informanter att intervjuer kunde kännas skrämmande för dem. Dock kan det varit en lugnande faktor att jag själv lidit av sekundär barnlöshet och informerade om detta redan i ansökningsprocessen att hitta informanter.

På grund av den pågående coronapandemin har jag valt att göra intervjuerna via videosamtal istället för att träffas ansikte mot ansikte. Två av intervjuerna utfördes i den intervjuades hem. På grund av ämnets känsliga karaktär ville många informanter ha intervjufrågorna i textformat innan intervjun. Detta för att kanske vara mer beredd på vad som kommer frågas. Två av kvinnorna ville inte alls synas via videosamtal, så där har vanligt telefonsamtal använts. I några fall har informanterna endast svarat på intervjufrågorna i textform och vi har sedan diskuterat alla svaren efteråt via meddelanden online. Tidsbrist och ovilja att direkt diskutera det svåra ämnet med en okänd människa har uppgetts som orsaker till detta. Personligen tror jag att man fått ut mer känslor och mer djupgående material om alla informanter godkänt videosamtal. Dock kan man tillägga att några som endast svarat på frågorna i textformat gett väl genomtänkta, innehållsrika svar fulla av insikter, så att säga att dessa intervjuers material alla gånger var sämre, skulle vara att ljuga.

Målet var att hitta fem deltagare att intervjua till min studie. 20 personer totalt hörde av sig och ville delta i studien. Två svarade till sist inte på frågorna eller hade tid för en intervju. Tre kvinnor sållades bort på grund av att deras sekundära infertilitet inte gällt det andra barnet, utan kanske det första eller tredje barnet. Sist och slutligen blev deltagarna 15 till antalet. Jag var inte beredd på att finna så många informanter, jag upplever nu i efterhand att jag kunde påbörjat sökandet efter informanterna i ett tidigare skede än vad jag gjorde. Intervjuerna var ganska tidskrävande och det krävdes mycket arbete för att få dem nedskrivna på ett sådant sätt att det skulle vara smidigt att kategorisera och analysera

materialet. Upplevelsen är att man fann passande deltagare för studien. Kvinnorna var i åldrarna 30-44år, så åldersmässigt hade de en relativt stor spridning. Detta kan ha varit bra för studiens innehåll, eftersom vården kan te sig lite olika beroende på vilken ålder kvinnan är i under tiden för infertilitetsbehandlingarna. De flesta kvinnorna som deltog i intervjuerna hade mycket att säga och delgav gärna olika händelseförlopp de varit med om. Detta gav förstås ett mer innehållsrikt material att arbeta med och analysera, vilket ger en mer trovärdig innehållsanalys. Man märkte att kvinnorna bar på mycket smärta och att de gärna ville diskutera, så jag kunde kanske frågat fler frågor angående det psykiska måendet under intervjuerna. Jag själv har lidit av sekundär barnlöshet och hade ibland svårt att under intervjun inte delge informanterna mina egna upplevelser och egna resa till ett andra barn. Många ville gärna veta hur min sekundära barnlöshet varit och frågade aktivt om mina erfarenheter. Detta tror jag är på grund av att många känner sig ensamma i sin kamp. Jag försökte spara min egen synpunkt till efter intervjun för att förhindra att mina åsikter påverkade informanterna i någon riktning.

Intervjufrågorna hade skapats så att man i början mer allmänt kunde berätta om sin sekundära barnlöshet, hur länge man försökt få ett till barn och vilken typ av vård man fått. Frågorna som ställdes hade utformats för att ge svar på syftet med studien. Frågorna var ganska öppet formulerade och man fick svara hur mycket man ville på dem. Följdfrågor som frågades skulle kanske kunnat vara med redan från början. Väldigt få frågor besvarades med ja eller nej, vilket jag anser positivt, eftersom ett längre svar ger mer innehåll att tolka.

Ursprungligen skulle mitt examensarbete varit klart under föregående vårtermin och inte nu på höstterminen. Jag blev dock tvungen att skjuta upp arbetet med intervjuerna och analysen av materialet, i och med att vi fick vårt efterlängttade andra barn i slutet av februari.

Detta är mitt första examensarbete och jag har lärt mig vartefter arbetet har framskridit. Det är första gången jag analyserar ett material så stort som detta, så det har både varit intressant men tidskrävande att försöka göra rätt från början. Analysens resultat gav svar på både olikheter och likheter bland informanterna och det var svårt att inte påverkas eller påverka intervjuerna man gjorde. Jag upplevde svårigheter att sälla ut materialet jag behövde från intervjuerna. I intervjuerna har det kommit så många fina insikter man skulle velat skriva om och analysera, främst för att få kvinnorna att känna sig hörda och sedda.

Jag behövde fokusera på frågeställningarna i ett relativt snävt perspektiv för att analysen inte skulle bli allt för stor.

Frågeställningarna som skulle besvaras i examensarbetet fick svar. Det kunde dock varit intressant att med fler informanter från varje kommun få en större inblick i om upplevelserna av vården de fått varierat kommunvis.

7.2 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen kommer studiens resultat att diskuteras och länkas samman med tidigare forskning, den valda teoretiska utgångspunkten och bakgrunden.

Syftet med denna studie var att ta reda på om paren som lider eller lidit av sekundär barnlöshet har fått det stöd och den hjälp de har rätt till. Jag ville få synpunkter på om vården tagit hand om dessa par olika eller på samma sätt i olika kommuner i Österbotten. Jag ville även se om de som deltog i studien gjort någon form av självhjälp för att öka sina chanser till en lyckad graviditet. Jag valde detta ämne på grund av mina egna erfarenheter, och det faktum att jag själv kände mig väldigt ensam och förbisedd av vården, under vår egen sekundära infertilitet. Jag blev nyfiken på om det bara var jag som fått minimal service av den kommunala vården, eller om det fanns andra kvinnor som upplevt samma.

I studien användes frågeställningarna 1) Vilken typ av stöd och hjälp har man fått av den kommunala och offentliga vården för sin sekundära infertilitet? 2) Vilken typ av självhjälp har deltagarna i intervjun gjort för sin sekundära infertilitet? Båda frågeställningarna fick svar under studien.

Flera av informanterna som deltog i studien uppgav att det var psykiskt påfrestande att leva med sekundär infertilitet. Ofta fanns anhöriga som stöd, men att många gånger var förståelsen inte riktigt uttryckt så som man önskat sig. Speciellt den äldre generationen kunde komma med klumpiga kommentarer att det bara var att fortsätta att försöka få ett till barn trots missfall. Viljan att ge ett syskon åt sin förstfödde var också en drivkraft.

Det finns svårigheter för det mänskliga psyket att vara infertil. Det finns kulturella och sociala förhållanden som gör det svårt att inte ha barn. Att vara gravid och att uppfostra barn hör till kärnan av den mänskliga identiteten. De nämner också att i flera kulturer kommer en social acceptans först efter att man fått barn. (Alamin, et al. 2020, 49-58)

Flera av informanterna uppgav att de inte hade något stort socialt stöd eller någon att prata med under sin sekundära infertilitet. Man kände sig väldigt ensam i sin situation och man visste inte riktigt vart man skulle vända sig för att hitta människor som lider av samma orsaker som en själv. Att inte bli gravid eller bli gravid och få missfall kan man säga är en form av stressorer som behöver bearbetas. Enligt Antonovsky (2005) leder stressorer till spänningstillstånd som ska hanteras. Resultatet av stressorerna kan leda till känsla av sjukdom, hälsa eller något däremellan. Resultatet beror helt enkelt på hur bra personen varit att hantera detta spänningstillstånd som stressorerna skapar.

Många informanter hade svårt att förstå varför man inte kunde bli gravid och få ett andra barn. Man hade ibland svårt att förstå varför väntetiden behövde vara så lång, både till att vara berättigad till att få vård, och tiden det tog mellan de olika vårdgångerna. Begriplighet är viktig i Antonovskys (2005) vårdteori. Begriplighet innefattar hur väl man förstår både yttre och inre stimuli och att man som människa kan förutsäga vad som kommer hända. Trots att olika händelser sker oförberett ska man kunna skapa förståelse och ordning i sinnet för det skedda.

Flera informanter nämner att de inte blev tagna på allvar av läkaren och att informationen ibland var knapphändig. Även hanterbarhet tas upp i Antonovskys vårdteori (2005), där människan behöver tillräckliga resurser för att hantera de krav man blir ställd inför. Här kan en resurs vara t.ex. anhöriga eller läkaren. Litar man på läkaren och denne ger tillräcklig information borde paret som lider av sekundär barnlöshet ha bättre möjligheter att hantera sin situation.

Flera av kvinnorna som deltog i studien hade haft missfall under sin resa genom sekundär barnlöshet. Man kände ibland en oro och misströstan att man aldrig kommer få ett andra barn. Motivationen att fortsätta med behandlingarna kan brista när man genomgår flera missfall. Enligt Antonovsky (2005) borde man få känna meningsfullhet och känna sig delaktig i livsvalen och att man känner motivation att anta utmaningarna man ställs inför.

I princip borde man kunna känna hälsa trots sekundär barnlöshet. Dock upplevde de flesta informanterna att det var något fel på dem och att man inte borde ha svårt att bli gravid. Antonovsky (2005) menar att det är hur människan upplever sin situation och hur denne hanterar det som är viktigt för hur personen känner att denne har hälsa eller ohälsa.

De flesta informanterna i studien hade gjort någon form av självhjälp för att öka sina chanser att få en lyckad graviditet. Som självhjälp hade flera informanter börjat motionera, ställde om sin kost, slutade med mediciner och började äta kosttillskott. Alla dessa är bra självhjälpsmetoder enligt Bratt (2013).

7.3 Slutsats

Det är inte lätt att lida av infertilitet, och enligt studien är det verkligen inte heller lätt att lida av sekundär infertilitet. Man upplever ofta att man inte tas på allvar och att man ska vara lycklig över att man redan har ett barn. Det som framkom under studiens gång och under intervjuerna med kvinnorna var beslutsamheten som fanns i var och en att få ett andra barn. Ingen av dem hade gett upp trots flera år av fruktlösa försök. Oavsett om man fått en orsak till sin sekundära infertilitet eller inte, hade man en sorts drivkraft att på olika sätt få ett eget biologiskt barn.

I svaren som kom genom intervjuerna fick man fram både likheter och olikheter i vården man fått. Sekundär barnlöshet är något som är både psykiskt och fysiskt betungande och stöd från både vården och anhöriga är viktigt. De flesta hade haft mest psykiskt stöd av sin partner. De flesta informanter hade önskat mer stöd och handledning från vården. Speciellt stödet från den kommunala vården var enligt den här studien bristande i många fall. Med tanke på att endast en av femton kvinnor hade blivit erbjudna psykiskt stöd är detta något som den kommunala vården kunde ta i beaktande och förbättra. Även inom specialistsjukvården finns områden man kunde förbättra. Till exempel nämnde några av informanterna att det fanns brist på delgivningen av information från läkare och vårdare. Jag tror att man inom specialistsjukvården håller på med sitt spetskompetensområde och glömmer kanske ibland att patienterna inte har samma kunskaper och information som en själv. En transparent och öppen dialog mellan parterna torde råda bot på denna informationsbrist.

Avslutningsvis kan man konstatera att vägen till ett andra barn ofta är lång och krokig. Sekundära barnlösheten påverkar inte bara en kvinna, utan också mannen och hela familjen. Att längta efter ett andra barn sätter också djupa spår psykiskt, inte bara fysiskt. Att som vårdare, anhörig eller medmänniska finnas där för paret är av största vikt för att

dessa ska kunna känna sig sedda och hörda. Det är lättare att gå genom svårigheter när man har stödet runtomkring sig.

Man kunde fördjupa sig i ämnet sekundär barnlöshet ytterligare genom fler djupgående studier. I denna studie har endast kvinnorna deltagit, och det kunde vara av intresse att även ta del av männens synpunkter. Man kunde även studera kommunernas och specialvårdens åsikter om hur deras resurser räcker till att ta hand om dessa par, eftersom denna studie baserar sig enbart på patienternas åsikter.

8 Referenser

Alamin, S., Allahyari, T., Ghorbani, B., Sadeghitabar, A., & Karami, M-T. 2020. Failure in identity building as the main challenge of infertility: A qualitative study. *Journal of reproduction and infertility*. Vol.21. s.49-58

Augood, C., Duckitt, K., Templeton, AA. 1998. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*. Vol.13 s.1532–1539

Antonovsky, A. 2005. *Hälsans mysterium* (2. utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Bratt, A. 2013. *Vänta på barn – Fertilitetshandboken*. Stockholm: Bonnier fakta.

Covington, S. & Hammer Burns, L. 2006. *Infertility counseling – A comprehensive handbook for clinicians* (2. utg.). Cambridge: Cambridge university press.

Finlex. 2006. Lagen om assisterad befruktning 1237/2006. Justitieministeriet. [Online] <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2006/20061237> [Hämtat 20.10.2021]

Henricson, M. 2012. *Kvalitativ metod. I: Henricson, M. (red.) Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hernandez-Angeles, C. & Castelo-Branco, C. 2016. Early menopause: A hazard to a woman's health. *The indian journal of medical research*. Vol. 143(7). s.420-427

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

Kohonen, J., Kuula-Luumi, A. & Spoof, A-K. (red.), 2019. *Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2019. Forskningsetiska delegationens publikationer 3/2019*.

Kolster, A. & Grankvist, D. 2017. Kan man få hjälp med sekundär barnlöshet?. *Sex & sånt*. Radio x3m. [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2017/06/14/kan-man-fa-hjalp-med-sekondar-barnlosket> [Hämtat: 12.11.2020]

Malik, A., Jain, S., Rizvi, M., Shukla, I., & Hakim, S. 2009. Chlamydia trachomatis infection in women with secondary infertility. *Fertility and Sterility*, Vol. 91, Issue 1. s.91-95

Mendonca, LLF., Khamashta, MA., Nelson-Piercy, C., Hunt, BJ., & Hughes, GRV. 2000, 880-882) Non-steroidal anti-inflammatory drugs as a possible cause for reversible infertility. *Rheumatology*, Vol. 39, Issue 8. s.880-882

Pasquali, R., Patton, L., Gambineri, A. 2007. Obesity and infertility. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*. Vol.14 - Issue 6. s.482-487

Priebe, G. & Landström, C. 2012. Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur.

Simpukka ry. u.å. Mitä lapsettomuus on. [Online] <https://www.simpukka.info/mita-lapsettomuus-on/> [Hämtat 14.11.2020]

Sormunen, T., Aanesen, A., Fossum, B., Karlgren, K., & Westerbotn, M. 2018. Infertility-related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility. *Journal of clinical nursing*. Vol. 27, issue 1-2. s.335-344

Soylu, L., Jensen, A., Juul, K., Kesmodel, U., Frederiksen, K., Kjaer, S., & Hargreave, M. 2018. Coffee, tea and caffeine consumption and risk of primary infertility in women: a Danish cohort study. *AOGS Acta obstetricia et gynecologica scandinavica*. Vol.97, issue 5. s.570-576

Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.), 1994. Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL, 2020. Assisterad befruktning 2018-2019. Statistiskrapport 27/2020. [Online] https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140209/Hedelm%c3%b6i%20tyshoidot_2018_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Hämtat 11.11.2020]

Terveyskylä. 2018. Infertilitet – ofrivillig barnlöshet [Online] <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/reproduktiv->

h%C3%A4lsa/infertilitet-%E2%80%93-ofrivillig-barnl%C3%B6shet [Hämtat: 11.11.2020]

World health organisation, WHO. 2020. Infertility. [Online]
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> [Hämtat 29.10.2021]



Informationsbrev och samtycke

Hej,

Jag utför för tillfället mitt examensarbete inom sjukskötarstudierna på YrkesHögskolan Novia. Examensarbetet handlar om sekundär infertilitet och hur man upplever vården av detta. Syftet med mitt examensarbete är att undersöka om sådana kvinnor som lider eller har lidit av sekundär infertilitet har fått den vård de haft rätt till eller om man sökt sig till den privata vården. Genom intervjuer med dessa kvinnor önskar jag få en inblick i problematiken och lösningarna som finns hos vården av sekundär infertilitet. Varje människa är unik och även deras upplevelser kan skilja sig åt, så jag söker inga rätt eller felaktiga svar, enbart den enskilda individens tankar och känslor angående ämnet.

Frågorna är ganska öppna så att man ska kunna svara på ett personligt sätt. Finns det frågor som DU inte vill svara på, så är det okej. Du som ställer upp i intervjuer förblir anonym och det är endast jag som skriver examensarbetet som behandlar dina svar. Vill man avbryta intervjun kan man göra det när som helst genom att säga till åt intervjuaren.

Har man mer frågor om något kan man kontakta

Intervjuaren:

Nathalie Nylund

NathalieNylund@edu.novia.fi

Handledande lärare:

Anna-Lena Nieminen

Anna-Lena.Nieminen@novia.fi

Tack för ditt samarbete!

Med vänlig hälsning, Nathalie Nylund

[Skriv här]

[Skriv här]

Bilaga 1

Genom att skriva under samtyckesblanketten ger jag tillåtelse att bli intervjuad och har förstått informationen jag fått angående examensarbetet.

Intervjuaren:

Namn och datum,

Den intervjuade:

Namn och datum,



Intervjufrågor

1.

Ålder:

Kommun:

Födelseår första barnet:

Födelseår andra barnet:

2. Har du lidit, eller lider du just nu av sekundär infertilitet? Hur länge tog det innan ni fick ert andra barn, alternativt hur länge har ni försökt bli gravida?

3. Har du sökt hjälp via kommunala vården? Upplevde du/ni att ni fick bra vård? Vad var bra, och vad var mindre bra?

4. Om ni sökte hjälp från privata vården, varför?

5. Vilken typ av vård och behandling fick du/ni? Blev ni erbjudna både fysisk vård och psykiskt stöd?

6. Fanns det samtalsgrupper/ facebookgrupper som gett dig socialt stöd under er sekundära infertilitet? Eller har du funnit stöd någon annan stans?

7. Fick du/ni någonsin veta orsaken till er infertilitet?

8. Gjorde ni någon form av självhjälp för att öka era chanser att bli gravida? Vad isåfall?

9. Känner ni att ni fick all den hjälp ni behövde från vården eller önskar ni något mer av vården? Hur var attityden mot er av vårdarna när ni sökte hjälp för er sekundära infertilitet?

10. Är det något mer du vill tillägga?