

Kvinnors upplevelser av stress vid IVF-behandling

Hur kan denna stress minskas?

FÖRFATTARE	Anna Kjellberg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete
	HT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristina Andersson
EXAMINATOR	Åsa Axelsson

Titel (svensk):	Kvinnors upplevelser av stress vid IVF-behandling Hur kan denna stress minskas?
Titel (engelsk):	Women's experience of stress in IVF-treatment. How can this stress be reduced?
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN10
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Anna Kjellberg
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Åsa Axelsson

SAMMANFATTNING

In vitro-fertilisering (IVF) kallas också provrörsbefruktning. Det första provrörsbarnet i Sverige föddes 1982. Drygt 10000 IVF-behandlingar per år genomförs i Sverige idag. I genomsnitt får 65 % av alla par som genomgår IVF-behandling barn efter tre försök. I vår kultur finns ett starkt socialt tryck på ett etablerat par att få barn, därtill läggs den egna biologiska driften att skaffa barn. Lazarus teorier handlar om stress, känslor och bemästrande i relation tillvarandra. Benner och Wrubel talar om människans sårbarhet för risken att förlora något som har stor betydelse. Upplevelsen av stress är individuell och det är viktigt att sjuksköterskan utgår från personens egen upplevelse av sin situation. Syftet var att belysa kvinnors upplevelser av stress i samband med IVF-behandling. Att identifiera åtgärder som kan minska denna stress och att ta reda på om det finns ett samband mellan stress och resultat. Litteraturstudien bygger på 13 vetenskapliga artiklar publicerade 2001-2007. Studierna är spridda över fyra olika världsdelar. En av studierna är kvalitativ och resten är kvantitativa. Resultatet analyserades induktivt utifrån syftet. Det mest stressande var väntetiden efter embryoåterföringen och att få reda på att försöket hade misslyckats. Efter att ha fått stöd och rådgivning så tyckte kvinnorna att de kunde hantera ett dåligt resultat bättre. Många ansåg att de klarade av den känslomässiga stressen bra på egen hand men de flesta tyckte ändå att psykiskt stöd skulle ingå som en del i behandlingen. Stress påverkades av både fysiska och psykiska faktorer i IVF-behandlingen. Psykologiskt stöd verkade ha positiva effekter för de flesta kvinnor som genomgick IVF-behandling. En mer positiv upplevelse av själva behandlingen, att bli sedd som individ och som par, mindre ångest och depression rapporterades. Det gav också en möjlighet att identifiera de par som var mest sårbara inför stressande situationer och hade störst behov av stöd. Bättre metoder behöver utvecklas för att finna de kvinnor/par som har störst behov och nytta av någon form av stöd.

INNEHÅLL

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Historik	1
Definitioner	2
Statistik	2
Behandlingen	3
Samhällets syn på IVF	4
Teori och begrepp	4
SYFTE	7
METOD	7
Datainsamling	7
Dataanalys.....	8
RESULTAT	8
Upplevelser av stress.....	8
Minskad stress genom minskad fysisk utsatthet	10
Minskad stress genom ökat psykologiskt stöd.....	10
Sambandet mellan stress och resultat	12
METODDISKUSSION.....	12
RESULTATDISKUSSION	14
Upplevelser av stress.....	14
Minskad stress genom minskad fysisk utsatthet	15
Minskad stress genom ökat psykologiskt stöd.....	16
Sambandet mellan stress och resultat	18
REFERENSER	20
BILAGA 1	

INLEDNING

IVF-behandling (In Vitro-Fertilisering) är känt för att vara både känslomässigt och fysiskt stressande och tär ofta på ekonomin. För kvinnan får dessutom en ibland avsevärd fysisk smärta tas i beaktande och tiden som hon lägger på behandlingen kan gå ut över andra ambitioner i livet. Det har diskuterats om det kanske är själva försöken att bli gravid och att inte lyckas som är huvudorsaken till stressen och inte själva IVF-behandlingen. Insikt bör finnas om att behandlingen bara är en del i en lång resa som startar med en första misstanke om att det kommer att bli problem med att skaffa barn. Den fortsätter sedan med utredningar, diagnoser, behandlingar och slutar antingen med att paret får ett barn eller måste acceptera barnlöshet eller med andra alternativ som t.ex. adoption. Många par ställs också inför både känslomässiga och etiska beslut som t.ex. kan handla om att spara embryon, donation av ägg och spermier, att avbryta behandlingen och ifall de ska berätta för anhöriga och vänner. Ca 10-15 % av alla par i Norden har problem med infertilitet och den vanligaste behandlingsmetoden är IVF (1). Jag har själv gjort flera IVF försök varav ett lyckades. Det var drygt 15 år sedan och några minnen av upplevelsen är fortfarande tydliga medan andra har bleknat. Vad kan göras för att minska den stress som många kvinnor upplever och utsätts för i samband med IVF-behandling? Och finns det något samband mellan stress och resultat? Detta försöker jag få svar på genom denna litteraturstudie som förhoppningsvis kan vara av intresse både för personer som funderar på att genomgå IVF-behandling och för personal som arbetar inom området. Litteraturstudien handlar inte om orsakerna till barnlöshet som kan ligga hos både mannen och kvinnan (ibland hittas ingen orsak), och inte om själva upplevelsen av barnlöshet även om den naturligtvis finns med som en grundkomponent. Den handlar inte heller om mannens upplevelse som kan vara nog så känslomässigt påfrestande under den tid som behandlingen pågår. På IVF-klinikerna definieras numera patienten som "paret" som ska genomgå IVF-behandlingen (1). Som teoretisk bakgrund har jag valt att titta på sambandet mellan stress och känslor och sambandet mellan omsorg och stress men också på begreppet kropp kopplat till stress.

BAKGRUND

Historik

In vitro-fertilisering (IVF) också kallad provrörsbefruktnings utvecklades till och börja med för att ge kvinnor med allvarliga skador på äggledarna chansen att bli gravida när inga andra behandlingsmetoder fungerade. Louise Brown var det första barnet som föddes med denna teknik. Året var 1978 (2). Efter ett par år kom IVF i kombination med hormonbehandling nästan helt att ersätta både äggledarkirurgi och andra behandlingsmetoder vid i stort sätt alla orsaker till infertilitet hos kvinnor. När det gäller manlig infertilitet var det först 1992 som utvecklandet av ICSI (IntraCytoplasmatisk Spermieinjektion) medförde att även allvarligare former av manlig infertilitet kunde behandlas (1). Det första provrörsbarnet i Sverige föddes 1982 (3). Några andra viktiga framsteg i världen är (2):

1939 Mänskliga äggceller (oocyter) mognar in vitro.

1959 IVF lyckas på kanin.

1969 IVF lyckas med mänskliga äggceller.

1976 Den första kliniska graviditeten (utomkveds) efter IVF.

1982 Den första äggcells-aspirationen görs med hjälp av ultraljud.

1983 Det första barnet föds efter överföring av frystinade embryon.

Definitioner

Enligt nationalencyklopedin (4) så betyder in vitro (latin; i glaset) experiment eller iakttagelser som är gjorda i en konstgjord miljö såsom reaktionskärl, provrör eller odlingskål till skillnad mot in vivo som betyder i en levande kropp.

Assisterad befruktning är samlingsnamnet för de metoder där ägg och/eller spermier, som också benämns gameter, hanteras utanför kroppen (1, 5). Dessa metoder är:

IVF: In vitro-fertilisering innebär att ägg och spermier blandas i en skål där befruktningen sker. Efter ett par dagar förs det befruktade ägget/äggen tillbaks i kvinnans livmoder.

S-IVF: Standard-IVF protokoll med stark hormonstimulering.

LS-IVF: IVF med lågstimuleringsprotokoll d.v.s. mild eller ingen hormonstimulering.

ICSI: Intracytoplasmatisk spermieinjektion är en metod som innebär att spermien injiceras direkt in i äggcellens cytoplasma. Därefter återförs det befruktade ägget/äggen till kvinnan på samma sätt som vid IVF.

IUI_H: Makeinsemination (kallas också AIH).

IUI_D: Insemination med spermier från en donator (1, 5).

Enbart hormonstimulering eller äggledarkirurgi som även de innebär hjälp med att få till en befruktning innefattas däremot inte av begreppet Assisterad befruktning (1). Den här litteraturstudien handlar bara om IVF/ICSI.

OHSS: Ovariellt hyperstimuleringsyndrom innebär överstimulering av äggstockarna. Det kan leda till svullen buk, buksmärter, kräkningar och kraftig viktökning. Vid risk för detta tillstånd så avbryts behandlingen (6).

Statistik

Alla IVF-behandlingar rapporteras årligen till Socialstyrelsen. Något fler IVF-behandlingar utförs på privata kliniker än på offentliga. Drygt 10000 IVF-behandlingar per år utförs i Sverige på nio privata och sex offentliga kliniker (1, 7). I Europa gjordes totalt 287178 IVF-behandlingar år 2005. Nära 3 % av all nyfödda i Sverige är IVF-barn (1). Sedan 1998 utgörs ca hälften av alla IVF-behandlingar av ICSI. Av alla äggåterförande så utgjordes 30 % av frystinade ägg. År 2005 påbörjades 9415 IVF-behandlingar varav 5033 behandlingar var Standard-IVF och övriga ICSI. Dessutom återfördes 3458 tinade embryon i 4147 cykler. Dessa sammanlagt 13562 startade behandlingar ledde till att 2874 levande barn föddes vid 2698 förlossningar. Det innebär att strax under 20 % ("take home rate/started cycle") av de kvinnor som startade någon form av behandling 2005 födde minst ett levande barn. D.v.s. ca 80 % fick inget barn. Räknas de fall där kvinnan fick minst ett embryo återfört ("take home baby/embryo transfer") så födde 26 % av kvinnorna minst ett levande barn när färska ägg användes och 19 % när frystinade ägg användes (5). Av antalet startade behandlingar ledde 25.7 % till en graviditet. Missfallsfrekvensen var 19.6% vid återförande av färska befruktade ägg och 22.6 % vid återförande av frystinade ägg. Det var ingen skillnad i missfallsfrekvens mellan Standard IVF och ICSI. Ungefär var femte graviditet ledde till missfall före 20 hela graviditetsveckor men det visar sig vara samma missfallsfrekvens som för spontana graviditeter om hänsyn tas till kvinnans ålder (5). Äggåterförande med bara ett ägg ökade till 69 % av alla färska behandlingar efter att Socialstyrelsens nya föreskrifter infördes 2003. Återförande av tre ägg hade nästa helt upphört 2005. Trots att återförandet av antal ägg har minskat så är graviditetsfrekvensen den samma vilket förklaras med bl.a. en ökad tillgänglighet för IVF som ger kortare väntetider, nya läkemedel för hormonstimulering och bättre hantering av spermier och ägg. Ju äldre kvinnan är desto sämre blir resultatet, särskilt för kvinnor över 40 år (5). Idag får i genomsnitt 65 % av alla par som genomgår IVF-behandling barn efter tre försök (6).

Behandlingen

Innan paret påbörjar en IVF-behandling så har en fertilitetsutredning gjorts för att fastställa orsaken till att paret inte kan få barn och prognosen för att lyckas med IVF. Utredningen görs efter 6-12 månaders aktivt försök att bli gravid. Ibland hittas inga orsaker men har paret försökt få barn under några år utan att lyckas så får de prova IVF om de vill. Vid det första besöket på en IVF-klinik får paret en hel del information bl.a. om chanserna att bli gravida, risker med behandlingen, hur kvinnans kropp fungerar, det talas också om adoption som alternativ, och förstås om själva behandlingen. Det krävs ett väl utvecklat teamarbete mellan läkare, sjuksköterska, psykolog och kurator för att kunna ge patienterna bästa tänkbara vård och kontinuitet i vården. Det innebär att alla dessa yrkeskategorier måste finnas tillgängliga på IVF-kliniken (7). IVF-behandlingen kan delas in i följande faser:

Hormonstimulering

Om inte behandlingen sker i en naturlig cykel så inleds behandlingen oftast med att kvinnan nedregleras, d.v.s. hennes egen hormonproduktion stängs av med nässpray (GnRH-agonist) som gör att hon hamnar i klimakteriet (1, 2). Kvinnan får då ofta de symtom som svettningar, blodvullningar och humörsvängningar som är typiska för klimakteriet (3). Därefter tillförs hypofyshormon (FSH) som injektioner, som syftar till att i optimala fall ca 7-15 ägg ska mogna (1). Kvinnan eller mannen får lära sig att ge dessa injektioner i hemmet (3). Kvinnan gör ultraljudundersökningar med några dagars intervall för att mäta äggblåsornas storlek samt blodprovskontroller för att mäta koncentrationen av östradiol för att läkaren ska kunna bestämma när äggblåsorna är mogna för ägglossning. Ägglossning framkallas med en injektion av hormonet hCG (1, 7). Komplikationer som kan inträffa vid hormonstimulering är överstimulering av äggstockarna (OHSS) vilket är ovanligt, och förstås flerbarnsgraviditet som undviks genom att bara ett embryo återförs (1).

Äggaspiration

Äggen plockas ut 34-36 timmar efter att hCG har injicerats. Äggblåsorna punkteras med ledning av ultraljud via slidan och tar 10-15 minuter att genomföra. Det sker med lokalbedövning och ibland lätt sedering. Kvinnan är fastande sedan midnatt och kan gå hem några timmar efter ingreppet. Komplikation till ingreppet kan vara stickblödningar men det är ovanligt (1, 2, 7).

Befruktning

I ett mikroskop kontrolleras omedelbart om ett ägg har aspirerats (fångats upp). Om äggplockningen gick bra så blandas de preparerade spermerna med äggen i en skål. Om spermerna är av dålig kvalitet så görs ICSI. Äggen får ligga i spermielösningen över natten. Efter befruktningen (fertiliseringen) flyttas äggen till en annan odlingslösning. Där odlas de i två till tre dagar, delar sig och blir till embryon (1, 7).

Embryo återföring (ev. frysning av embryon)

Det råder oenighet om hur många dagar som ska ha gått från befruktningen till återföringen av embryot. Efter 2-3 dagar är vanligt, på vissa kliniker efter 5-6 dagar. Embryot överförs till kvinnans livmoder via en tunn plastkateter. Kvinnan får vila sig en stund efter ingreppet men kan i princip åka hem direkt efter ingreppet och leva som vanligt (1, 7). Tre faktorer är viktiga för att embryot ska fästa i livmodern: att embryot har utvecklats normalt, att livmoderslemhinnan är mogen och att tekniken vid återförandet görs på ett optimalt sätt (1). Eftersom det idag återförs ett eller i undantagsfall två embryon så brukar övriga embryon frysas som är av god kvalitet om kvinnan och mannen vill det. Högst fem år får äggen förvaras enligt lag (7). De kan då återföras i en senare menstruationscykel om försöket misslyckas eller om paret vill få fler barn .

Väntan på resultatet

Efter 2-3 veckor vet paret om det har lyckats d.v.s. om embryot har fastnat i livmoderväggen.

Samhällets syn på IVF

Infertila kvinnor har i studier visat sig lida av lika stora psykiska påfrestningar som t.ex. hiv och cancerpatienter. Infertiliteten förknippas med förlust av olika slag och ett hot mot den egna och mot parets identitet. Att känna sig misslyckad som kvinna, man och partner och att fråga sig ”varför” innebär risk att hamna i en existentiell kris (1). I vår kultur finns ett starkt socialt tryck på ett etablerat par att få barn. Det är inte frågan ”om” utan ”när” de tänker skaffa barn. Många barnlösa par känner ett socialt utanförskap när deras omgivning når upp till samhällets förväntningar och inte de själva. Detta ofta uttalade krav ifrån samhället läggs dessutom ovanpå den egna biologiska driften att skaffa egna barn (3). IVF-verksamheten regleras i Lagen om befruktning utanför kroppen (SFS 1988:711) samt av ändring i föräldrabalken (SFS 1988:712). Från 1 januari 2003 gäller ändringar i Lagen om befruktning utanför kroppen som innebär att även behandling med donerade ägg blir tillåten. Det innebär att IVF med ägg eller spermier som kommer från andra än paret som genomgår behandling är tillåten. Både ägg och spermier får dock inte komma från utomstående. På grund av den höga flerbördsfrekvensen efter IVF införde Socialstyrelsen år 2003 att i regel bara ett ägg får återföras till kvinnan. I undantagsfall om risken för tvillinggraviditet bedöms som liten, kan två ägg återföras (5, 8).

IRIS (Infertilas Riksförening I Sverige) verkar för att alla oavsett var de bor i landet ska få tillgång till vård på lika villkor, t.ex. att urvalet av patienter sker på samma grunder (7). Urvalet av patienter styrs av bl.a. kvinnans ålder (max 40 år), om kvinnan är fysiskt och psykiskt frisk och att parrelationen är stabil (6, 8). IRIS anser också att tre offentligt finansierade försök kan vara för lite i och med återföring av endast ett ägg (7, 8). Kostnaden på offentlig klinik är vanlig patientavgift medan kostnaden för behandling på privat klinik är betydligt högre än vad många har råd med. På Fertilitetscentrum i Göteborg ligger priset för närvarande på 29000 för standard-IVF. Engångskostnad för tre försök är 60000 (9). Enligt riksdagsbeslut så tillhör gruppen ofrivilligt barnlösa prioriteringsgrupp III, vård av andra skäl än sjukdom eller skada, vilket betyder att offentliga medel i princip ska finansiera denna vård. Oavsett om det finns en påvisbar biologisk rubbning eller inte så anser regeringen att ofrivillig barnlöshet tillhör denna grupp. Socialstyrelsen har gjort en kartläggning som visar att trots detta beslut och det övergripande målet i HSL att alla ska ha tillgång till god vård på lika villkor så prioriteras IVF-verksamheten inte lika i landet. Det kan skilja sig både när det gäller åldergränser, antal offentligt finansierade behandlingar och egenavgifter (10). Som exempel var i Stockholms läns landsting år 2003 åldersgränsen 38 år, kvinnan fick inte ha barn tidigare med sin partner och antalet behandlingar begränsades till endast en eller två beroende på ekonomiska resurser och andra resurser (7).

Teori och begrepp

Stress och känslor

Om det finns stress finns det också känslor menar stressforskaren Lazarus (11). Han kallar det stresskänslor. Det motsatta händer också men inte alltid, d.v.s. där det finns känslor, även positiva sådana, finns det stress. Lazarus första teori om psykologisk stress baserades på värdering. Tanken var att stress beror på hur en individ värderar sitt förhållande till omgivningen. D.v.s. vad en person har för tankar om den situation hon befinner sig i är avgörande för hur hon upplever stress och påfrestningar. Det var också då han upptäckte det ömsesidiga beroendet mellan stress och känsla. Han menar att dessa begrepp inte kan hanteras som om de vore oberoende av varandra. Vissa känslor som uppstår från stressfyllda situationer skulle med självklarhet kunna kallas stresskänslor t.ex. ångest, rädsla, ilska, avundsjuka, skuldskänslor, ånger och sorg. Dessa situationer innebär skadliga, hotande och utmanande tillstånd. Men även positiva känslor som lycka, stolthet, kärlek, hopp, lättnad och

tacksamhet kan ofta associeras med stress. Om någon t.ex. är glad för att något bra har hänt så kan vi på samma gång vara rädda för att det som gör oss glada ska försvinna, vilket leder till ansträngningar för att det inte ska hända. Vissa positiva känslor uppstår för att en stressfylld situation har upphört, t.ex. lättnad. Hopp uppstår ofta i situationer där vi måste förbereda oss på det värsta medan vi ändå hoppas på att det ska bli bättre. Kärlek är stressande när den är obesvarad. Allt detta bevisar att det inte bara är de självklara stresskänslorna som hör ihop med stress utan också positiva känslor och de omständigheter som omger dem. Även bemästrande hör ihop med känslor och inte bara med stress menar Lazarus. Bemästrande (coping) är en integrerad del i processen med uppväckta känslor. Att bedöma vikten av något som händer i en situation innebär alltid en värdering av vad som kan göras åt det, vilket i sin tur bestämmer hur vi reagerar, t.ex. med ångest eller med ilska. Chansen är större att en person upplever en situation som utmanande om hon är säker på att kunna bemästra den och vice versa. Lazarus menar att stress, känsla och bemästrande existerar i en relation och formar en begreppsmässig enhet, där känsla är det överordnade begreppet för att det inkluderar stress och bemästrande. Han säger vidare att en person befinner sig under stress endast om det som händer omkullkastar eller hotar viktiga åtaganden och mål i personens liv, eller kränker något som personen värdesätter högt. Graden av stress beror dels av hur viktiga dessa åtaganden är och dels vilka förväntningar de skapar, som antingen kan infrias eller inte. Lazarus identifierar fyra väsentliga omgivande variabler som påverkar stress och känslor:

- Kraven från omgivningen att agera socialt korrekt.
- Regler som definierar vad en person inte får eller bör göra.
- Tillfällen som ges och möjligheter att ta tillvara på dem.
- Kulturella faktorer.

Han identifierar dessutom tre personliga faktorer som interagerar med de omgivande faktorerna:

- Personens mål i livet och vikten hon lägger vid dem.
- Personens uppfattningar om sig själv och den plats hon har i sin tillvaro.
- Personliga resurser såsom intelligens, sociala färdigheter, ekonomiska resurser, utbildning, familj och vänner, hälsa, utstrålning mm. Vissa av dessa egenskaper föds vi med och andra förvärvar vi genom vår uppväxt och våra ansträngningar (11).

Omsorg och stress

Några centrala begrepp från Benner och Wrubels omsorgsteori (12) som passar in i detta sammanhang är omsorg, person, situation, stress och bemästrande. Mycket i deras teori bygger på Lazarus tankegångar. Utgångspunkten är omsorgen som de menar är det primära i att vara människa. Omsorgen är till sin natur utåtriktad. Det handlar om att bry sig om något, det kan vara både andra människor, djur, saker eller intressen och det skiljer ut vad som är meningsfullt för individen och vad som inte är det. Människan skapar ett innehåll och en mening med sitt liv genom omsorgen om det hon värdesätter och har en relation med. Detta gör henne också sårbar för risken att förlora det som har betydelse för henne. Bara tanken på det kan leda till stress men det leder också till att hon måste finna sätt att bemästra olika situationer. Benner och Wrubel säger att omsorgen skapar möjligheter att både ge och ta emot hjälp genom att känna tillit till varandra i en relation som präglas av omsorg, att bryr sig om varandra. Detta menar de är själva kärnan i omvårdnaden. En person är någon som lever och förhåller sig till verkligheten på ett sätt som upplevs som meningsfullt för just den personen. Personen tolkar sig själv och andra utifrån det sammanhang hon lever i och utvecklas i förhållande till olika faktorer i sin omvärld. De fyra egenskaper som kännetecknar en person som lever i ett sammanhang är kroppslig intelligens, bakgrundsförståelse, speciella intressen och att vara i en speciell situation.

Om något, t.ex. sjukdom eller förlust, hotar en persons speciella intresse så hotas hela individen vilket leder till stress som i sin tur kan leda till ett behov av omvårdnad. Upplevelsen av stress är individuell och det är därför viktigt att sjuksköterskan utgår från personens egen upplevelse av sin situation. Sjuksköterskan måste försöka förstå vilken mening som patienten lägger i sin situation och vilka speciella intressen som är hotade. Stress kan ses som en störning i den normala tillvaron och bemästrande som det sätt som en person hanterar denna störning. En person kan dock inte väja fritt hur hon ska bemästra en stressande situation då bemästrandet begränsas av den mening och den tolkning personen gör av situationen, vilket beror på personens bakgrundsförståelse. Det kommer alltid att finnas många sätt att bemästra en situation som är otänkbara för just den personen. Sjuksköterskan bör försöka ta reda på vilka sätt att bemästra en situation som upplevs möjliga för just den patienten och sedan föra patientens talan inför läkare, annan vårdpersonal och närstående. Att hjälpa patienten att omvärdera och omtolka sin situation är ett sätt som sjuksköterskan kan bistå patienten med för att underlätta stressfyllda situationer. Benner och Wrubel menar att det främsta målet med omvårdnaden är att hjälpa patienten att få leva ut sina speciella intressen och att utvecklas till den hon vill vara. Detta gör sjuksköterskan bäst genom att vara aktivt närvarande, att alltid utgå från patientens speciella situation och speciella intressen och försöka förstå patientens upplevelser på djupet. Sjuksköterskan kan också hjälpa patienten att finna mening och hopp genom att se till personens andliga, sociala och känslomässiga resurser (12).

Kropp och stress

Människans kropp är mångtydig. Kroppen kan beskrivas som (13):

- Något mer än bara en fysisk gestalt.
- Bärare av människans livshistoria.
- Säte för människans känslor.
- Medel för människans kontakt med omvärlden.

Den som vårdar en annan människa bör beakta helheten och inte bara delarna. Om kroppen förändras till följd av skada eller sjukdom så blir människans tillgång till världen förändrad. Hon kan uppleva sig själv på ett nytt sätt men kan också bli behandlad annorlunda av andra. Det kan uttryckas att *"vi är vår kropp"* (13, sid 48). Människan måste ses som en helhet som består av både kropp och själ, inte åtskilda från varandra (12, 13). Benner och Wrubel (12) talar om kroppslig intelligens vilket innebär att människan får kunskap direkt via sin kropp. Kroppen vet vad som är passande i olika sociala situationer, kroppen utför rörelser utan att behöva vara medveten om dem. Kroppslig intelligens är en färdighet som är högt utvecklad och ofta kan ses hos personer som är duktiga på sitt yrke men även hos svårt sjuka som hittar vägar att hantera sin situation (12).

Lundin (14) beskriver hur kvinnor som genomgår IVF-behandling upplever sina kroppar. Kroppen beskrivs som en komplicerad maskin som har havererat när kvinnan inte kan få barn på egen hand. Även om alla vet att kropp och själ hör samman som en helhet så gör ändå mötet med sjukvårdens fantastiska teknik att kvinnan lätt reduceras till ett biomedicinskt objekt. Kvinnans kropp ska regleras med hormoner för att bli rätt inställd. Många kvinnor känner främlingskap inför sina egna kroppar, ofta har de känslan av att det är deras kroppar som är i fokus och inte de själva. Kroppen blir till *"inställbara produktionsenheter för ägg och spermier – medicinska pussel för kliniska hantverkare"* (14, sid 84).

Den biologiska klockan känner alla till och vändas över. Väntetiden fram till IVF-behandling upplevs ofta som bortkastad tid. Äggplockning och slöa spermier är exempel på termer som används som bildspråk för att beskriva vad som händer i kroppen. Kvinnan känner sig som *"en höna eller en äggkläckningsfabrik. Det var förnedrande."* (14, sid 98).

De som genomgår IVF blir experter på sina egna kroppar och dessutom förändras synen på den egna identiteten och sexualiteten (14).

Lazarus (12) anser att den viktigaste moderna teorin om fysiologisk stress är Hans Selye's teori om kroppens anpassningsreaktioner på olika typer av belastningar som den utsätts för. Selye beskrev det generella adaptationssyndromet (GAS) som i stora drag går ut på följande: Stressfaktor -> centrala nervsystemet -> hypotalamus -> hypofysen -> hormonet ACTH -> binjurebarken -> kortisol -> ökad puls, högre blodtryck, snabbare andning, mer blod till hjärta och skelettmuskler, ökad vaksamhet, mindre blod till matspjälkning mm. Selye's teori om GAS är en av många stressreaktioner som idag anses hänga ihop med upplevelser av hot och förlust av kontroll, d.v.s. psykisk stress. Andra studier har visat att ren fysisk stress som t.ex. svält, fysiska belastningar och extrema temperaturer inte påverkar GAS i samma grad. Fysiska stressreaktioner kan t.ex. vara att svettas när det blir för varmt och att hacka tänder när det blir för kallt. Vid fysisk ansträngning ökar också pulsen och andningen mm vilket är den samma som den psykiska stressreaktionen. Ibland kan det vara svårt att skilja på om det är den fysiska eller den psykiska stressfaktorn som ger stressreaktionen som t.ex. vid smärta. Smärta påverkar kroppen fysiskt men där finns också rädslan för själva smärtan och det hot som den innebär. Det som står klart är att kroppen klarar inte hur mycket påfrestningar som helst. Kroppens stressreaktioner brukar delas in i tre olika faser: larmfasen, motståndsfasen och utmattningsfasen. Många situationer är sådana att de kräver anpassning på flera områden, dels fysisk anpassning men också genom känslomässig bearbetning, sociala förändringar, ny kunskap och nya strategier för att bemästra situationen (12, 15).

SYFTE

Att belysa kvinnors upplevelser av stress i samband med IVF-behandling. Att identifiera åtgärder som kan minska denna stress och att ta reda på om det finns ett samband mellan stress och resultat.

METOD

Datinsamling

Litteratursökningen gjordes i främst i PubMed och Cinahl och flera av studierna återfanns i båda. I tabellen nedan redovisas vald artikels referensnummer bara en gång även om samma artikel kan ha hittats vid flera sökningar. Endast sökningar där någon ytterligare artikel hittades redovisas i tabellen. En sökning i SveMed+ gjordes också men ingen användbar artikel hittades där. Begränsningar i PubMed gjordes till studier på människor, abstracts, engelska och max 10 år gamla artiklar (kompletterande sökningar efter äldre artiklar gjordes också för att se att ingen viktig artikel missades). I Cinahl begränsades sökningen till "Peer reviewed" och "Research Article". Utgångspunkten för sökningarna var en sökning i PubMed med MeSH-termen "*fertilization in vitro*" vilken i kombination med undergrupperna "*nursing*" och "*psychology*" gav 142 träffar. Utifrån titlarna lästes 34 sammanfattningar för att få en första uppfattning om hur stort materialet var och vad det innefattade. Sökorden som sedan användes var "*fertilization in vitro*", *experience**, *stress*, *anxiety* och *nursing* och *support*. Artiklar som handlade enbart om upplevelsen av barnlöshet valdes bort och även studier som främst jämförde skillnader i upplevelser mellan män och kvinnor. Resultatet av sökningarna blev 13 lämpliga artiklar som granskades kritiskt m.h.a. checklistorna i Riktlinjer för omvårdnad – Examensarbete grundnivå (16). De valda artiklarnas studier har genomförts i Sverige, Danmark, Australien, USA, Turkiet, Israel, Singapore, Nederländerna och Grekland. Endast en av artiklarna är en kvalitativ studie och resten är kvantitativa studier.

Tabell 1: Tabell över artikelsökningar i databaser.

Datum för sökning	Databas	Sökord	Träffar	Granskade abstracts	Valda artiklars ref nr
2008-09-10	PubMed	"fertilization in vitro" + experience* + stress	23	12	18, 24, 26, 28
2008-09-10	PubMed	"fertilization in vitro" + experience* + anxiety	19	9	25, 27
2008-09-10	PubMed	"fertilization in vitro" + experience* + nursing	14	6	19, 22
2008-09-10	PubMed	"fertilization in vitro" + stress + support	58	7	20, 23, 30
2008-09-10	PubMed	("Fertilization in Vitro/nursing"[Mesh] OR "Fertilization in Vitro/psychology"[Mesh])	142	34	21
2008-09-10	Cinahl	"fertilization in vitro" + stress	12	10	29

Dataanalys

Artiklarna som ingår i litteraturstudien bearbetades genom induktiv innehållsanalys delvis efter Burnards (17) modell för analys av kvalitativa texter. Syftet med modellen är att identifiera nyckelinnehåll i texten och sedan leta efter gemensamma teman i de olika artiklarna i fyra steg. Det fjärde steget, att formulera en teori har inte använts här. Till och börja med så lästes artiklarna förutsättningslöst ett par gånger och stycken och meningar som passade till syftet ströks under och kategoriserades. Därefter sorterades kategorierna in under rubriker. Rubrikerna valdes efter syfte och efter vilka kategorier som framkom i artiklarna. Tabellerna i de kvantitativa studierna har varit föremål för en noggrann granskning.

RESULTAT

Resultatet redovisas utifrån syftet med litteraturstudien. Först redovisas resultatet från de studier som handlar främst om kvinnors upplevelser av stress. Vilka delar som kvinnorna ansåg vara det mest stressande med behandlingen men också vad som påverkade deras upplevelser av stress. Därefter följer en redogörelse för hur stressen kan minskas genom att minska den fysiska utsatthet som orsakas av hormonbehandlingar och smärtupplevelser. Efter det redovisas resultatet av hur olika psykologiska stödinsatser kan minska stressen. Sist tas sambandet mellan stress och resultat upp.

Upplevelser av stress

Hur kvinnorna upplevde IVF-behandlingen och vilka delar i behandlingen de ansåg som mest stressande berodde på flera olika faktorer. Att ha fått ett barn påverkade minnet av IVF-upplevelsen mer positivt än om behandlingen inte resulterade i något barn (18, 19). De som inte hade fått barn var mer kritiska till kliniken och mer negativa till behandlingen men de flesta ångrade sig ändå inte (18). Bland de kvinnor som inte blev gravida så var dock fler kvinnor nöjda bland dem som hade deltagit i en intervention som bestod i utökade möten med barnmorskor än bland dem som hade utgjort kontrollgrupp (19). Upplevelsen av stress kunde också bero på hur länge behandlingen hade hållit på och hur många cykler kvinnan hade genomgått behandling (18). I en studie av Hammarberg et al. (18) om kvinnors upplevelser av IVF-behandling som gjordes 2-3 år efter avslutad behandling, framkom vilka delar i

behandlingen som kvinnor upplevde som mest och minst stressande. Detta resultat bekräftas också av andra studier.

Följande ansågs mycket stressande med IVF-behandlingen:

- Att besluta sig för att göra IVF-behandling och att starta behandlingen. Många kvinnor kände sig ambivalenta inför att prova IVF och oroade sig för både hälsorisker och ekonomiska kostnader men kände sig ändå tvungna att prova för att inte ångra sig i framtiden. Oro för injektioner, ingreppen och om det kommer att lyckas bidrar till att många kvinnor känner stress vid IVF-start (18).
- Att få reda på hur många folliklar som hade utvecklats vid ultraljudsundersökning. Besvikelse och oro inför hur kommande hormonbehandlingar skulle lyckas var vanligt hos dem som fick färre folliklar efter injektioner än förväntat. Även vid hyperstimulering med risk för OHSS var oron stor för hälsorisker och chanserna att bli gravid (18).
- Vid äggaspiration och väntan på embryoåterföring. Oron för den fysiska smärtan, smärtstillande läkemedel, mannens förmåga att producera bra spermier och hur många ägg det skulle bli, bidrar till stressen vid detta ingrepp. Att vänta på resultatet av befruktningen i 2-3 dagar ansågs som mycket stressande (18, 20, 21).
- Att vänta på resultatet av graviditetstestet efter embryoåterföring. Detta ansågs av de flesta som en mycket stressande och ångestfylld period (18, 20, 22).
- Att få reda på att behandlingen hade misslyckats (18). Dagen för graviditetstestet ansågs av många som den mest stressfyllda dagen under hela behandlingen (23).

De flesta kvinnorna i både B (babygruppen) och NB (nobaby-gruppen) gjorde IVF för att inte ångra sig i framtiden och trots den stress som det medförde så ångrade de sig inte heller. Efter ett par år så var parrelationen och välbefinnande opåverkat och skilde sig inte åt mellan NB och B. Både NB 91 % och B 100 % var glada att de hade provat IVF. IVF-upplevelsen var positiv tyckte 54 % av NB och 98 % av B. Upplevelsen var en pårs tyckte 72 % av NB och 51 % av B. Många tyckte att IVF påverkade deras arbetssituation och karriär (18). De flesta upplevde inte att blodprovstagning, injektioner, ultraljud och själva smärtan var särskilt stressande. Det mest stressande var att vänta på resultatet av behandlingen och att få reda på att försöket hade misslyckats och att få missfall (18, 20, 21).

Förutom de ovanstående mer konkreta stressituationerna så fanns också den mer generella och övergripande sociala och psykologiska stress som kvinnor upplevde när de genomgick IVF-behandling. I en kvalitativ studie av Peters (22) undersöktes psykologiska aspekter på IVF och infertilitet. Många kvinnor ville hålla det hemligt för sin omgivning när de höll på med IVF-behandling vilket kunde leda till stress.

*"I don't want people to feel sorry for me, and I don't want people to talk about me.
"And I hate to be found a liar, because I'm not a liar." (sid. 261, 22)*

Kvinnorna kunde inte planera för framtiden och fick lägga sina karriärer på hyllan då de hoppades på möjligheten att kunna få barn. Att inte kunna göra det som alla andra kvinnor kunde, nämligen få barn på egen hand ledde till avundsjuka.

*"I can't produce a live child and I can't do what many many millions of women can do."
(Sid. 261, 22)*

IVF uppslukade deras liv så fullständigt att de tappade perspektivet på andra viktiga saker i livet. Särskilt efter embryoåterförandet var de svårt att fokusera på något annat än tanken på

om det hade fastnat eller inte. Kvinnorna oroade sig för vilken betydelse olika faktorer kunde ha för utgången. Detta ledde till att de kanske höll sig extra stilla och var rädda för att gå på toaletten ifall embryot skulle kunna "ramla ut". Fixeringen vid att prova olika livsstilar för att maximera chanserna till ett positivt resultat befäste den stress och desperation som redan förelåg i kampen om att bli gravid och få ett barn (22).

Minskad stress genom minskad fysisk utsatthet

I en studie av de Klerk et al. (24) föreslogs att kvinnor som fick mildare IVF-behandling (LS-IVF) kanske skulle ångra sig att de inte hade valt standard IVF-behandling (S-IVF) om behandlingen inte gav ett lyckat resultat. Å andra sidan skulle kanske minskat fysiskt obehag med LS-IVF kunna ha en positiv inverkan på det psykiska välbefinnandet efteråt, även om behandlingen skulle ha misslyckats. I en studie av Højgaard et al. (20) undersöktes också hur stress och tillfredsställelse kunde kopplas till respektive metod. Det framkom att patienterna verkade föredra den kortare och enklare LS-IVF behandlingen trots högre risk för avbruten behandling och därmed större behov av fler behandlingar. Biverkningar och stress var mer uttalade hos de patienter som gjorde S-IVF särskilt p.g.a. den starka hormonbehandlingen. Stress som berodde på risk för avbruten behandling var lägre hos LS-IVF patienter trots att risken var högre. Detta menade författarna kunde bero på att antalet behandlingar i LS-IVF var obegränsade medan S-IVF patienterna bara fick göra tre behandlingar. Dock verkade det som att LS-IVF patienterna accepterade fler behandlingar och att S-IVF patienterna var nöjda med sina tre försök (20). I studien av de Klerk et al. (24) framkom att ett misslyckat resultat efter den mildare LS-IVF metoden resulterade i färre kortsiktiga symtom på depression jämfört med ett misslyckat resultat efter S-IVF. D.v.s. gruppen kvinnor som inte blev gravida och inte hade sparade embryon hade mer depressiva symtom och ångest bland dem som fick S-IVF jämfört med LS-IVF. Detta blev dessutom tydligare ju fler cykler som kvinnan genomgick IVF-behandling. Resultatet av studien visade också att kvinnor som fick LS-IVF inte ångrade sig och bara några få ville byta till S-IVF.

I en studie gjord av Gejervall et al. (25) upptäcktes att den fysiska smärtan vid äggaspiration inte var så stor som kvinnorna trodde att den skulle vara innan ingreppet. Det framkom också att smärtan var acceptabel och att kvinnorna hade kunnat tåla större smärta. Psykisk oro och ångest påverkade både förväntningarna på och upplevelsen av smärta vid äggaspirationen negativt. Kvinnorna var nöjda med informationen de hade fått inför äggaspirationen och de ansåg att personalens kompetens och stöd var viktigast för att de skulle känna sig trygga. Det påpekades att premedicineringen kunde ha påverkat kvinnornas smärtskattning (25). Även i studien av Højgaard et al. (20) så talas det om betydelsen av smärta vid äggaspirationen. Majoriteten av kvinnorna som gjorde LS-IVF eller S-IVF tyckte att smärtan var acceptabel och inte särskilt stressande. Dock fanns en tendens att de LS-IVF kvinnor som hade upplevt mycket smärta vid äggaspirationen ville byta till S-IVF vid nästa behandlingstillfälle (20).

Minskad stress genom ökat psykologiskt stöd

De flesta paren tyckte att rådgivning skulle vara en del av IVF-behandlingen och att klinikerna skulle kontakta paren mellan behandlingarna och även erbjuda rådgivning om att avsluta behandlingen (18, 21). I studien av Thia et al. (21) tyckte 70 % av paren att regelbunden psykosocial rådgivning och känslomässigt stöd var viktigt, särskilt under den mest stressande fasen i IVF-behandlingen som ansågs vara att vänta på resultatet av graviditetstestet efter embryoåterföring. Paren tyckte att sjuksköterskor var de som bäst kunde ge känslomässigt stöd. Efter att ha fått stöd och rådgivning så tyckte patienterna att de hade anammat nya sätt att bemästra sin situation och att de kunde hantera ett dåligt resultat bättre. Många patienter tyckte att de klarade av den känslomässiga stressen bra på egen hand.

Bland de kvinnor som intervjuades i Peters (22) kvalitativa studie så framkom det att flera av dem var missnöjda med den information och förklaringar de hade fått gällande biverkningar av behandlingen. Fullständig information var viktigt för att kvinnorna skulle kunna fatta beslut om saker som gällde deras eget välbefinnande. Det ansågs viktigt att sjuksköterskan hade adekvat kunskap och förståelse för vilka biverkningar de preparat hade som ingick i behandlingen innan de administrerade dem. Kvinnorna tyckte också att sjuksköterskorna borde ha bättre förståelse och känsla för vilken effekt deras svar och reaktioner kunde få. Det gällde förstås alla personalkategorier som mötte paret. Vad som kunde verka trivialt för dem kanske var förödande för kvinnan. Kvinnorna tyckte att sjuksköterskorna var för positiva om chanserna att bli gravid och det därför kändes som ett svek om behandlingen misslyckades. De intervjuade kvinnorna klagade också på att även om stöd fanns att få inom ramen för den kliniska verksamheten så var den sällan tillgänglig och knappast uppmuntrande.

”Every day you have a different nurse, and I think they don’t know about our feelings or they don’t understand what we are going through. They are just there to give us injections.” (Sid. 263, 22)

“The staffs in the clinic were sort of too positive I think. They sort of made you feel like this is really going to happen. They weren’t negative at all. They made you feel real sure of yourself. You’d hit rock bottom when it wasn’t successful.” (Sid. 263, 22)

I en studie av Anderheims et al. (19) så undersöktes om utökade möten med barnmorskor skulle ge färre psykiska reaktioner på infertiliteten och IVF-behandlingen hos kvinnor under och efter behandlingen. Barnmorskorna hade fått särskild utbildning. Resultatet visade att fler möten (3 stycken) med barnmorskor inte förbättrade det psykologiska välbefinnandet och det påverkade inte heller hur kvinnorna såg på relationen med sin partner jämfört med kontrollgruppen. Resultatet visade dock på att kvinnorna i studien upplevde att de kunde förstå sin partners känslor bättre. Analysen av de två öppna frågorna i studien visade att de extra mötena med barnmorskorna innebar en positiv inverkan på kvinnornas totala upplevelse och deras utvärdering av vården och det stöd de fick från personalen på IVF-kliniken. Interventionen verkade vara en effektiv metod för att ge paret en känsla av trygghet, kontinuitet och möjlighet att bli sedda både som individer och som par. Det gav också barnmorskan en möjlighet att identifiera de par som hade mer allvarliga problem som depression, ångest och dålig självkänsla, för att sedan kunna erbjuda dessa par utökat psykologiskt stöd (19). I en annan studie av de Klerk et al. (23) vars syfte var att utvärdera om psykologisk rådgivning kunde ge positiva effekter på stressupplevelsen hos nya IVF-patienter fanns inte heller någon signifikant skillnad mellan de som fick rådgivning och de som utgjorde kontrollgruppen. Interventionen bestod i tre möten med en specialutbildad socialarbetare. En viss positiv effekt syntes dock dagen för graviditetstestet, då de som hade fått extra psykologiskt stöd reagerade mindre negativt än de i kontrollgruppen (23).

McNaughton-Cassill et al. (26) fann i sin studie att stödgrupper för par som genomgår IVF-behandling gav både männen och kvinnorna psykologiska fördelar. Särskilt kvinnorna som deltog i stödgruppen upplevde signifikant mindre ångest efter IVF-behandlingen än vad de hade gjort före behandlingen än de som inte deltog i någon sådan grupp. De var också mindre deprimerade, däremot fanns inga skillnader i optimism, för höga förväntningar och socialt stöd. Fokus låg på kortsiktiga psykologiska behov hos både män och kvinnor (26). I en annan studie av Terziogli (27) framkom också att de par som deltog i en grupp som fick kontinuerlig rådgivning och stöd av sjuksköterskor under IVF-behandlingen hade signifikant

mindre depression och ångest och mer livsglädje än de som utgjorde kontrollgruppen. Resultatet av Terzioglis studie visade på att den mest effektiva metoden för att reducera stress och ångest och smärta hos kvinnan var att ge relevant information inför alla stegen i behandlingen. Informationen kunde behöva ges vid flera tillfällen både muntligt och skriftligt. Deltagarna i studien ansåg att sjuksköterskorna var de som bäst kunde ge denna information och att de hade en viktig roll i att hjälpa paret att förbättra det fysiska, psykiska och sociala välbefinnande (27).

Sambandet mellan stress och resultat

Flera studier har testat sambandet mellan stress och resultat av behandlingen, d.v.s. mellan stress och graviditetsfrekvens. I en studie gjord av Anderheim et al. (28) upptäcktes inget sådant samband. Inga signifikanta skillnader fanns mellan de som blev gravida och de som inte blev gravida när det gällde relationen med partnern, hur stark önskan var att få ett barn, hur optimistisk och pessimistisk kvinnan var och meningen med att få ett eget barn. Den enda variabeln som var signifikant associerad med graviditet var ”antal bra återförda embryon” som var något högre i den gravida gruppen. Inte heller studien om effekten av gruppterapi (26) visade på någon skillnad i resultat bland de som deltog i en stödgrupp och fick mindre ångest än bland de som inte deltog.

I studien av Terziogli (27) hade betydligt fler kvinnor som hade deltagit i experimentgruppen blivit gravida (43 %) jämfört med de kvinnor som utgjorde kontrollgruppen (16.7 %). Studien visade också att kvinnor med lägre grad av depression oavsett vilken grupp de tillhörde hade lättare att bli gravida. En annan studie gjord av Barzilai-Pesac et al. (29) visade på sambandet mellan stress i arbetslivet och resultatet av fertilitetsbehandling. Av de kvinnor som gjorde fertilitetsbehandling gjorde 54 kvinnor IVF-behandling och 21 kvinnor fick någon annan typ av fertilitetsbehandling. Författarna fann att de kvinnor som hade högre arbetsbelastning och upplevde högre krav i arbetslivet också var de som hade svårare att bli med barn. Bland de kvinnor som upplevde lägre krav i arbetslivet fick 64 % barn och bland de som upplevde högre krav fick knappt 56 % barn. Bland de som hade deltidsjobb fick 80 % barn och bland de som hade heltidsjobb fick 42 % barn. I en studie av Panagopoulou et al. (30) upptäcktes ett samband mellan vilka copingstrategier kvinnorna använde för att hantera sin stress och resultatet av IVF-behandlingen. Däremot fanns inget samband mellan varken ickespecifik eller infertilitetsspecifik stress och resultat. De kvinnor som använde sig av en känslomässigt uttrycksfull coping hade en lägre graviditetsfrekvens än de kvinnor som använde sig av andra strategier som passiv coping, undvikande coping och meningsbaserad coping.

METODDISKUSSION

Syftet med litteraturstudien var att belysa kvinnors upplevelser av stress i samband med IVF-behandling. Att identifiera åtgärder som kan minska denna stress och att ta reda på om det finns ett samband mellan stress och resultat. De flesta artiklar som passade in i detta sammanhang hittades i PubMed och några av dem återfanns också i Cinahl. För att begränsa antalet artiklar så valdes bara artiklar från de senaste 10 åren. När jag tittade på tidigare år så verkade det som att det fanns en hel del som behandlade upplevelsen av IVF men jag hittade inte någon användbar artikel som handlade om hur stressen hos kvinnor som genomgår IVF-behandling kunde minskas. De valda sökorden kändes relevanta efter att andra sökord hade provats vid flera testsökningar. Flera varianter på ”fertilization in vitro” testades: provrörsbefruktning, assisterad befruktning, in vitro-fertilization och IVF. Sökresultatet med dessa sökord gav i stort sett samma artiklar och inte några ytterligare artiklar. Några artiklar kan ha blivit förbisedda p.g.a. att de var förenade med en kostnad. Jag fann 12 kvantitativa artiklar och en kvalitativ artikel (22) som svarade väl mot syftet. En av de kvantitativa

artiklarna (19) hade två öppna frågor som analyserats med en enkel kvalitativ metod vilket gör den delvis kvalitativ. Analysen av artiklarna var induktiv och att de har granskats och tolkats av endast en person kan betraktas som en svaghet.

Artiklarna spänner över flera kontinenter, Europa, Amerika, Asien och Australien, vilket tyder på att IVF-behandling och den stress som det innebär finns över i stort sett hela världen. Även om studier om IVF förekommer från både rika och fattigare länder så innebär det förstås inte att både fattiga och rika människor har tillgång till denna vård. Om detta nämns dock inget i artiklarna. Antalet behandlingar varierar också starkt mellan olika länder. I Sverige utförs 1100 IVF-behandlingar per miljoner invånare och år. I England utförs ungefär hälften så många och i USA bara en fjärdedels så många behandlingar. Danmark leder ligan med 1800 behandlingar per miljoner invånare och år (1). Etiska aspekter diskuteras i stort sett inte alls i artiklarna och endast 8 av de 13 artiklarna anger att de har blivit godkända av etiska kommittéer (19, 22-26, 28, 29).

Jag valde att bara titta på artiklar skrivna på engelska då inga artiklar på svenska hittades i SveMed+. Översättningen från engelska ställde till problem i vissa fall. Counselling betyder rådgivning på svenska men är här kanske inte den rätta benämningen, kanske stödsamtal eller terapi är bättre. Yrkesgrupper som genomför dessa stödsamtal stämmer inte heller överens mellan de olika länderna. T.ex. i Sverige så finns det inget som brukar kallas medicinsk socialarbetare (23). I de flesta utländska studierna verkar det vara sjuksköterskor som har hand om IVF-patienten medan det i Sverige ofta är barnmorskan. Kvinnorna, paret och patienten är termer som blandas vilt i texten hos de valda artiklarna och så också i denna litteraturstudie. Man kan fråga sig om det är något problem?

Endast ett fåtal kvalitativa artiklar inom området hittades överhuvudtaget och dessa artiklar handlade enbart om upplevelser av IVF-behandling. Ingen kvalitativ artikel hittades som handlade om hur kvinnors stress kan minskas. Detta faktum anser jag vara en svaghet med litteraturstudien. Standardiserade eller egenkonstruerade mätinstrument bestående av flervalsfrågor var det absolut vanligaste sättet att mäta stress, ångest, depression och välbefinnande hos kvinnor och par som gjorde IVF-behandling. Jag efterlyser fler kvalitativa studier eller delvis kvalitativa studier där kvinnor får berätta med egna ord om vad de tyckte om att delta i någon typ av intervention och om de upplevde att stressen minskade.

De kvantitativa artiklarna är relativt lika i sina metoder. En av studierna är retrospektiv (18) medan övriga studier är prospektiva. Av dem använder sig 6 studier av en jämförande kontrollgrupp (19, 20, 23, 24, 26, 27) varav fyra är randomiserade (20, 23, 24, 27). Ett fåtal av artiklarna kommer med förslag på fortsatt forskning inom området (23, 26, 29, 30). I en artikel anses att vidare forskning behövs om hur man kan identifiera vilka personer som mest behöver stöd (23) och en annan artikel föreslår att det borde forskas mer på hur stödgruppens medlemmar stödjer varandra och hur stödgrupper kan bli effektivare (26). De flesta av artiklarna ger förslag på hur resultaten kan användas i den kliniska verksamheten för att minska stressen hos kvinnorna som genomgår IVF-behandling. En av artiklarna (21) kan betraktas som svag då den innehåller få referenser och ingen beskrivning av den statistiska analysen och ingen diskussion om studiens begränsningar. Tabellerna över resultaten är dock tydliga och omfattande. En artikel (23) anser själv inte att resultatet är tillförlitligt p.g.a. få deltagare i studien och att många inte fullföljde. Genom att integrera rådgivningen med övrig behandling så skulle fler personer kunnat ha möjlighet att delta menade författarna. Andra begränsningar artiklarna tog upp var bland annat låg respons på mailundersökning (18), många avhopp (24), ifrågasättande av mätinstrument (19), premedicinering kan ha påverkat

resultatet (25), inte samma terapeut vid olika cykler (26), tidpunkterna för mätningarna (28), liten studie (29), att endast den omedelbara graviditetsfrekvensen mättes (30) och högre svarsfrekvens bland de kvinnor som gjorde LS-IVF (20).

Som teoretisk bakgrund valde jag att utgå från stressforskaren Lazarus (11) teorier om stress och känslor. Lazarus stressbegrepp passar bra in i detta sammanhang som IVF-behandling innebär, där många motstridiga känslor är inblandade såsom avundsjuka, hopp, förtvivlan, glädje, sorg och tacksamhet. Behandlingen liknas ofta vid en känslomässig bergochdalbana. Benner och Wrubels (12) omvårdnadsteori som i mycket bygger på Lazarus teorier passar också in i sammanhanget. Att sjuksköterskan måste försöka förstå den mening som patienten lägger i sin situation och försöka ta reda på vilka sätt att bemästra situationen som upplevs som möjliga för just den patienten.

RESULTATDISKUSSION

Upplevelser av stress

Flera faktorer framkom som påverkade hur kvinnor i efterhand mindes sin upplevelse av IVF-behandlingen, främst det faktum om kvinnan hade fått ett barn eller inte (18, 19). Det är kanske inte så konstigt eftersom att få reda på att försöket hade misslyckats var bland det som upplevdes som mest stressande och dessutom tillkommer den övergripande psykiska stress som barnlösheten innebär (3). Förutom de konkreta stressituationer som behandlingen bar med sig så fanns också den sociala och psykologiska stress som kvinnor upplevde när de genomgick IVF-behandling. Många kvinnor ville hålla det hemligt för sin omgivning att de höll på med IVF-behandling vilket kunde leda till stress. Kvinnorna kunde inte planera för framtiden och fick lägga sina karriärer på hyllan då de hoppades på möjligheten att kunna få barn. Att inte kunna göra det som alla andra kvinnor kunde, nämligen få barn på egen hand ledde till avundsjuka (22). Lundin (14) talar också om hur kvinnorna känner ett främlingskap inför sina egna kroppar, att de har känslan av att det är deras kroppar som är i fokus och inte de själva. Vetskapen att den biologiska klockan tickar i kombination med all väntetid både innan, under och efter behandling innebär också en hög psykisk stressfaktor.

Trots det faktum att IVF innebar en både psykisk och fysiskt påfrestande tid för kvinnorna och också för männen, så har det visat sig att de flesta såg på denna erfarenhet som en positiv och viktig del av livet och de ångrade sig inte (18, 31, 32). I en kvalitativ studie där Johansson och Berg (31) intervjuade 8 barnlösa kvinnor två år efter IVF-behandling så framkom det att kvinnorna var nöjda och stolta över att ha kunnat göra IVF-behandling. Sorgen över att inte kunna få barn var stor men behandlingen hade gett dem en starkare självkänsla. Deras kropp hade fungerat, om än inte hela vägen. De såg på de befruktade äggen som barn och när menssen kom så upplevdes det som missfall. Inte heller verkade den stress som IVF-behandlingen innebar påverka relationen mellan mannen och kvinnan vilket undersöktes i en studie av Sydsjö et al. (32). Tvärtom kunde den bli starkare, även om det inte blev något barn (1, 32). Lazarus (11) menar att en person befinner sig under stress när något hotar de mål som personen har i livet som personen värdesätter högt. Att få ett eget barn är något som många värdesätter högt och har som mål i livet. Att uppleva risken att detta mål inte kommer att infrias innebär då att personen upplever stress. Kraven från omgivningen att agera socialt korrekt och de tillfällen som ges och möjligheter att ta tillvara på dem, är några av de faktorer Lazarus identifierar som påverkar stress och känslor. Möjligheten att ta tillvara det tillfälle och den chans som IVF-behandling innebär, styrs bland annat av personens egna resurser t.ex. ekonomiska, sociala, hälsomässiga resurser (11) men också av samhällets resurser (7).

Minskad stress genom minskad fysisk utsatthet

Även om studier visar att den fysiska smärtan i samband med äggaspiration inte hör till de mest stressfyllda upplevelsorna så pekar resultatet i studien av Gejervall et al. (25) ändå på ett klart samband mellan psykisk stress och fysisk smärta. Psykisk oro och ångest påverkade både förväntningarna på och upplevelsen av smärta vid äggaspirationen negativt. Ju oroligare kvinnorna var desto ondare trodde de att det skulle göra och ju mer smärtsamt upplevde kvinnorna att det var. Gejervall et al. menade att kvinnor som påbörjar IVF-behandling bör få information om detta, eftersom det kan minska deras ängslan och stress över hur mycket smärta de kommer att känna i samband med äggaspirationen. Kvinnornas känsla av att kunna påverka sin hantering av sin smärta under själva ingreppet var begränsad vilket ansågs nedslående eftersom ett av syftena var att uppmuntra till kommunikation om upplevt obehag under äggaspirationen. Så oron och därmed smärtan bör alltså kunna minskas hos patienten genom att informera om det faktum att de flesta inte tycker att det gör så ont som de tror att det ska göra. Även om kvinnorna i studien av Højgaard et al. (20) inte hade upplevt den fysiska smärtan som särskilt stressande, så fanns en tendens att de kvinnor som hade gjort LS-IVF och som hade upplevt mycket smärta vid äggaspirationen, ville byta till S-IVF. Kanske för att kände att de ville använda sig av en mer etablerad metod när de upplevde den stress som smärta innebar och att de då önskade optimera resultatet av detta ingrepp (20). Vikten av adekvat smärtlindring påpekas i båda dessa studier (20, 25) och även att informera kvinnorna om att de själva har möjlighet att påverka sin smärtlindring genom att aktivt och verbalt uttrycka sin smärtskattning under själva ingreppet (25).

Den fysiska utsattheten som kvinnorna upplever i samband med IVF-behandling påverkar inte bara kroppen fysiskt utan också den psykiska stressen ökar p.g.a. detta. Hormoner och smärta påverkar kroppen fysiskt men där finns också rädslan för biverkningar och för själva smärtupplevelsen. Kroppen klarar inte hur mycket påfrestningar som helst utan att det ger konsekvenser i form av både psykisk och fysisk stress (12, 15). I både studien av Højgaard et al. (20) och de Klerk et al. (24) framkom att den kortare och enklare LS-IVF behandlingen med färre biverkningar verkade vara att föredra trots en högre risk för avbruten behandling och därmed större behov av fler behandlingar. Ett misslyckat resultat med den mildare behandlingen gav mindre risk för stress och depression jämfört med ett misslyckat resultat efter S-IVF. de Klerk et al. ansåg att genom att rekommendera mildare IVF behandling kunde risken för psykiska påfrestningar i form av depression och ångest efter en misslyckad behandling minskas. Om kvinnan ska få chansen att göra ett eget och välgrundat val av behandlingsmetod måste information och rådgivning handla om inte bara de medicinska och ekonomiska aspekterna av IVF behandling utan också om de psykologiska konsekvenserna av olika behandlings alternativ (24).

Benner och Wrubel (12) talar om kroppslig intelligens vilket innebär att människan får kunskap direkt via sin kropp och Lundin (14) påstår att de kvinnor som genomgår IVF blir experter på sina egna kroppar. Resultatet av studierna visar att kvinnorna lyssnar på sina kroppar och att de genom att få information om alla aspekter av olika behandlingsstrategier stärker sin autonomi att utifrån sina egna kroppar och resurser göra de val som passar dem själva bäst. Den som vårdar en annan människa måste se till hela människan (12, 13). Kroppen är också säte för människans känslor och medel för människans kontakt med omvärlden (13). När en kvinna genomgår IVF-behandling så utsätts hon för den fysiska stress som hormonbehandling och smärta innebär. Detta påverkar henne psykiskt, hon blir trött, orolig och ibland deprimerad. Till detta kommer den psykiska stress som kvinnan bär med sig när hon inleder IVF-behandling i och med den egna biologiska driften och det sociala tryck hon utsätts för att kunna få ett barn (3). Om hon inte lyckas att leva upp till sina egna och

andras förväntningar kan den psykiska stressen bli så stor att det påverkar hennes kropp fysiskt. Detta leder i sin tur till att kvinnan kan behöva hjälp med att finna strategier för att kunna bemästra sin situation.

Minskad stress genom ökat psykologiskt stöd

I flera av studierna som gällde ökat stöd av sjuksköterskor, psykologer mm, så framkom att de höga bortfallen kunde ha påverkat resultatet. Några av studierna (19, 23) fann att det inte gav någon effekt på det psykiska välbefinnandet att kvinnan/paren hade fått extra stöd i form av rådgivning, gruppterapi mm. Om det är så att de som inte ville delta i studien eller hoppade av är de som skulle ha mest nytta av stödet så påverkar det självklart resultatet. Det är troligen så att mycket stressade personer kan finna det extra krävande både tidsmässigt och psykiskt att delta i sådana studier (23, 26). Anderheim (19) påpekar i sin studie om extra möten med barnmorskor att studien varken var ekonomiskt krävande eller krävde extra tid av patienterna då den integrerades i rutinerna för IVF-behandlingen. Trots detta förekom avhopp, dock inte lika många som i studien av de Klerk (23) där deltagarna behövde ta sig till kliniken vid flera tillfällen bara för att delta i studien. Att delta i stödgrupper kan vara till hjälp för många par (26) men som författaren påpekar kan det vara svårt att arrangera sådana grupper som ska pågå några veckor då många kan ha långt att resa. Det kan vara svårt att få tillräckligt många att påbörja behandling vid samma tidpunkt och en del kommer att behöva avbryta behandlingen.

I en studie av Hammarberg (33) som byggde på resultatet av studien av Hammarberg et al. (18) framhöll Hammarberg att det skulle kunna vara till nytta för paret om redan innan de hade bestämt sig för att börja med IVF fick möjlighet att prata med en sjuksköterska om sina tankar om IVF och en chans att utforska sina känslor om de kände sig osäkra. Hon ansåg också att det bästa tillfället för att kunna minska stressen hos IVF-patienter var vid det första informationssamtalet och att det var viktigt att tillräckligt med tid avsattes och att atmosfären var avslappnande. Det som sjuksköterskan borde fokusera särskilt på är att etablera en relation med patienten så de känner att de kan lita på att sjuksköterskan kommer att ge dem stöd, information, god vård och hålla dem uppdaterade om vad som kommer att hända härnäst. Hon borde också ta reda på om det är något särskilt som oroar paret som de vill prata om och hon borde diskutera vilka förväntningar paret har på IVF-behandlingen. Sjuksköterskan borde vara tillgänglig så mycket som möjligt när paret står inför att få reda på hur många folliklar som har utvecklats och vid äggaspirationen. Hon måste kunna förklara så mycket hon kan och kanske hänvisa till läkaren för vidare diskussioner. Vid dåligt resultat eller hyperstimulering måste paret bli försäkrade om att det finns åtgärder mot detta inför nästa eventuella behandlingscykel. För de par som känner sig mycket stressade över detta kan sjuksköterska ordna så att paret får extra stöd (33). I studien av Hammarberg et al. framkom också att de flesta paren har tillräckligt med stöd från familjen och vännerna och kunde hantera väntetiden väl trots att den upplevdes som mycket stressande (18). Några par kunde dock ha behov av ett uppföljningssamtal t.ex. via telefon. Det var viktigt att sjuksköterskan hade lärt känna paret för att kunna identifiera vilka som bäst behövde extra stöd under denna period. Några par kunde tänkas ha behov av psykolog eller annan terapi. Även om känslor som bedrövelse och sorg kan tyckas naturligt när behandlingen misslyckas, så fanns det ändå åtgärder som sjuksköterskan kunde göra för att dämpa effekterna av dem. Genom att kontakta paret efter ett par månader efter ett misslyckat försök kunde sjuksköterskan få reda på hur paret hanterade sin situation och lyssna på deras funderingar om sina planer inför framtiden. Om chanserna att lyckas få barn med IVF verkade små, behövde paret få möjlighet att diskutera att inte fortsätta med fler behandlingar och även att utforska vilka andra alternativ som kunde vara aktuella för just dem (33).

Även om utökat stöd från sjuksköterskor, barnmorskor och psykologer inte gav någon signifikant skillnad i psykiskt välbefinnande och minskad stress så framkom i flera studier (18, 19, 21) att det gav en möjlighet att identifiera de par som var mest sårbara inför stressande situationer och hade störst behov av stöd. Något som borde studeras närmare är ”hur”, d.v.s. med vilka metoder dessa kvinnor och män kan identifieras på ett tidigt stadium för att snabbt kunna sätta in lämpliga och individuella stödåtgärder (23). De flesta IVF-patienter tyckte att det var bra att veta om att olika former av stöd fanns tillgängligt ifall det skulle behövas. De tyckte också att rådgivning och känslomässigt stöd skulle vara en del av IVF-behandlingen och att klinikerna skulle kontakta paren mellan behandlingarna och även erbjuda rådgivning om att avsluta behandlingen (18, 21). Enligt Hammarberg (33) var det viktigt med ett flexibelt och lättillgängligt stöd som patienterna snabbt kunde få tillgång till. Resultatet av IVF behandlingen ska inte bara mätas i ”take home baby” mått. Personalen på IVF-kliniken har en skyldighet att inte bara se till de medicinska behoven hos patienterna utan också det känslomässiga behovet (23). Genom att fokusera på de kritiska tidpunkterna i behandlingen och finna metoder där de mest sårbara kan identifieras och förses med bästa tänkbara stöd kan dessa krav vara på god väg att uppfyllas (19).

Även om den värsta stressen ligger i att försöka få barn och inte lyckas, och inte i själva IVF-behandlingen så är det just under själva behandlingen som möjligheten finns att minska den stress, oro och ångest som förekommer under och efter behandlingen. De flesta av studierna ansåg att psykologiskt stöd kunde minska stressen hos många av kvinnorna om inte direkt så indirekt. Även de studier som var mest negativa till effekten av psykologiskt stöd fann ändå några fördelar med det. T.ex. menade Anderheim et al. (19) att kvinnorna och även männen fick en mer positiv upplevelse av själva behandlingen genom fler möten med barnmorskan. De blev sedda som individer och som par och fick möjlighet att diskutera barnlöshet och IVF från en mänsklig istället för bara medicinsk utgångspunkt. Även för de par som hade lyckan att få barn hade de extra mötena med barnmorskan ett betydande värde inför den kommande föräldrarollen. En studie (26) upptäckte att kvinnorna som deltog i stödgruppen upplevde signifikant mindre ångest efter IVF-behandlingen än vad de hade gjort före behandlingen. De var också mindre deprimerade. I flera studier (19, 21, 25, 27) betonades att sjuksköterskor eller barnmorskor var de som bäst kunde ge känslomässigt stöd, information och rådgivning, vilket troligen berodde på att det var dem som patienterna hade tätast kontakt med. Efter att ha fått stöd och rådgivning så tyckte patienterna att de hade anammat nya sätt att bemästra sin situation och att de kunde hantera ett dåligt resultat bättre. De hade också mindre depression och ångest och mer livsglädje. En effektiv metod för att minska stress, ångest och smärta var att ge relevant information inför alla stegen i behandlingen både muntligt och skriftligt (27). Hopp är viktigt att sjuksköterskor kan förmedla. Peters (22) menade utifrån resultatet av sin studie att hopp borde inte bara innefatta hoppet om att bli gravid, utan också att kunna se optimistiskt på parets ansträngningar och vilka andra alternativ som kan komma ifråga för dem om inte just IVF skulle fungera.

Benner och Wrubels (12) menar att omsorgen är till sin natur utåtriktad och att det handlar om att bry sig om något. I det här sammanhanget skulle det förstås kunna handla om det ofödda barnet. Människan skapar ett innehåll och en mening med sitt liv genom omsorgen om det hon värdesätter och har en relation med. Detta gör henne också sårbar för risken att förlora det som har betydelse för henne. Omsorgen skapar också möjligheter att både ge och ta emot hjälp genom att känna tillit till varandra i en relation som präglas av omsorg, att bry sig om varandra. Om något hotar en persons speciella intresse, t.ex. att inte kunna få barn, så hotas hela individen vilket leder till stress som i sin tur kan leda till ett behov av omvårdnad.

Upplevelsen av stress är individuell och det är därför viktigt att sjuksköterskan utgår från personens egen upplevelse av sin situation. Sjuksköterskan måste försöka förstå vilken mening som patienten lägger i sin situation och hon bör försöka ta reda på vilka sätt att bemästra en situation som upplevs möjliga för just den patienten. Att hjälpa patienten att omvärdera och omtolka sin situation är ett sätt som sjuksköterskan kan bistå patienten med för att underlätta stressfyllda situationer. Sjuksköterskan bör vara aktivt närvarande, alltid utgå från patientens speciella situation och försöka förstå patientens upplevelse på djupet (12). Denna teori stämmer väl överens med resultatet från studierna som talar om vikten av sjuksköterskans stöd och närvaro för IVF-patientens upplevelse av sin situation.

Sambandet mellan stress och resultat

När det gäller sambandet mellan stress och resultat så är bevisen motstridiga. I studien gjord av Anderheim et al. (28) framkom inget sådant samband. Författarna menade att genom att informera kvinnor om att stress inte påverkar resultatet av IVF skulle den stress och oro som kvinnor upplever under behandlingen kunna minskas. Genom att informera kvinnor om att stress inte påverkar resultatet av IVF menade författarna att den stress och oro som kvinnorna upplever under behandlingen borde kunna minskas. Kvinnor uttrycker ofta oro över att deras stress skulle kunna påverka resultatet. Det kunde dock inte uteslutas att misslyckandet med att finna ett samband mellan stress och resultat kunde bero på mätinstrumentens känslighet. Tidpunkterna för när frågorna delades ut ifrågasattes också. Kvinnorna uppgav att de hade mycket god hälsa när de startade IVF-behandlingen vilket förklarades med att de kanske svarade mer positivt än hur de egentligen kände sig och att de behöll sin oro för sig själva. Anderheim et al. menade att eftersom det var relativt många deltagare i studien, att flera psykologiska mätmetoder användes och att en analys gjordes på den mest stressade gruppen som inte heller visade på några signifikanta skillnader, borde resultatet av studien vara tillförlitligt (28). En annan studie fann också som ett delresultat att inget sådant samband återfanns i deras studie (26).

Andra studier har dock visat att ett samband mellan stress och resultat kan påvisas (27). En ökad arbetsbelastning verkade medföra lägre graviditetsfrekvens (29). I en studie av Smeenk et al. (34) undersöktes dels hur kvinnornas upplevelse av stress associerade med uppmätta värden av stresshormonerna adrenalin, noradrenalin och kortisol och dels om det fanns något samband med resultatet av behandlingen. Resultatet visade på att stresshormonerna svarade mot upplevelsen av stress. Det visade också att de kvinnor som blev gravida hade en lägre koncentration av adrenalin och noradrenalin vid embryoåterförandet än de som inte blev gravida. Detta leder till att det kan ifrågasättas om det är en bra idé att utifrån några studier som indikerar att inget samband finns, försöka minska kvinnors stress genom att informera om detta faktum, då det faktiskt råder en oenighet om sambandet mellan stress och resultat. Å andra sidan är det ju bra om oron och stressen minskar ifall det är så att ett samband finns.

Kan det vara så som Panagopoulou et al. (30) hävdar att det inte är själva stressen som ligger bakom en sämre graviditetsfrekvens utan vilken strategi som kvinnorna har för att bemästra sin stress? De fann att de kvinnor som använde sig av en känslomässig uttrycksfull coping hade en lägre graviditetsfrekvens än de kvinnor som använde sig av andra strategier som passiv coping, undvikande coping och meningsbaserad coping? Författarnas slutsats är att sambandet mellan resultatet av IVF och psykologiska processer mindre sannolikt kan identifieras genom att utvärdera stress utan snarare genom att se till vilka strategier som kvinnor använder för att hantera sin stress. Detta indikerar att för att öka chanserna till graviditet skulle interventioner som förordar distraktionsstrategier kunna vara att föredra framför interventioner som förordar känslomässig uttrycksfullhet. Enligt Lazarus (11)

existerar stress, känsla och bemästrande relation till varandra och dessa begrepp kan inte hanteras som om de var oberoende av varandra. Olika sätt att bemästra en situation kan alltså leda till olika slags känslor och mellan känslor och stress finns ett ömsesidigt beroende. Så utifrån Lazarus teori är det alltså möjligt att sättet att bemästra en sådan stressfylld situation som IVF innebär, är det som kan leda till konsekvenser för behandlingen, Men det kan lika gärna vara känslorna eller stressen i sig. Vilket kom först, hönan eller ägget? Mer forskning om sambandet mellan stress, känslor och bemästrande och resultatet av IVF-behandlingen skulle förhoppningsvis kunna leda till att chansen att få ett barn ökar samtidigt som upplevelser av stress i samband med behandlingen minskar.

REFERENSER

1. Hreinsson J, Hamberger L, Hardarson T. Infertilitet: utredning och behandling genom assisterad befruktning. Stockholm: Studentlitteratur; 2005.
2. Åbyholm T, Tanbo T. Assisterad befruktning. Stockholm: Roche AB; 1995.
3. Nilsson A. Barn till varje pris. Stockholm: Atlantis: Vetenskapsakademin; 1996.
4. Nationalencyklopedin. Tillgänglig på: www.ne.se (Senast tillgänglig 08-09-01).
5. Socialstyrelsen. Assisterad befruktning 2005. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/9902/2008-42-3.htm> (Senast tillgänglig 2008-09-01).
6. Fertilitetsguiden. Tillgänglig på: www.fertilitetsguiden.se (Senast tillgänglig 2008-09-01).
7. Berg A. Assisterad befruktning. Fokusrapport. Stockholm: Beställarkontor vård, Stockholms läns landsting; 2003.
8. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2002:13) om assisterad befruktning. Tillgänglig på: www.sos.se/sosfs/2006_10/2006_10.htm (Senast tillgänglig 2008-09-01).
9. Fertilitetscentrum Göteborg. Tillgänglig på: www.fertilitetscentrum.se (Senast tillgänglig 2008-09-01).
10. Birkhed C. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Juristlinjen, tillämpade studier, 20 poäng. Juridiska institutionen Handelshögskolan vid Göteborgs universitet; 2000.
11. Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. New York: Springer; 1999.
12. Benner P, Wrubel J. The primacy of caring: stress and coping in health and illness. Menlo Park, California: Addison-Wesley; 1989.
13. Wiklund L. Vårdvetenskap i klinisk praxis. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
14. Lundin S. Guldägget. Lund: AIT Scandbook; 1997.
15. Jahren Kristoffersson N, Nortvedt F, Skaug E. Grundläggande omvårdnad, del 3. Stockholm: Liber; 2005.
16. Sahlgrenska akademien. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Riktlinjer för omvårdnad – Examensarbete grundnivå. Tillgänglig på: <http://kursportal.student.gu.se/inst/OM/OM2240/anslagstavla/index.php> (Senast tillgänglig 2008-09-10).
17. Burnard P. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. Nurse Education Today. 1996;16:278-81.

18. Hammarberg K, Astbury J, Baker H. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Hum Reprod.* 2001 Feb; 16(2):374-83.
19. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A. Extended encounters with midwives at the first IVF cycle: a controlled trial. *Reprod Biomed Online.* 2007 Mar; 14(3):279-87.
20. Højgaard A, Ingerslev HJ, Dinesen J. Friendly IVF: patient opinions. *Hum Reprod.* 2001 Jul; 16(7):1391-6.
21. Thia EW, Vo Thanh LA, Loh SK. Study on psychosocial aspects and support of in vitro fertilisation programme in an Asian population. *Singapore Med J.* 2007 Jan; 48(1):61-8.
22. Peters K. In pursuit of motherhood: the IVF experience. *Contemp Nurse.* 2003 Jun; 14(3):258-70.
23. de Klerk C, Hunfeld JA, Duivenvoorden HJ, den Outer MA, Fauser BC, Passchier J, Macklon NS. Effectiveness of a psychosocial counselling intervention for first-time IVF couples: a randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2005 May; 20(5):1333-8.
24. de Klerk C, Macklon NS, Heijnen EM, Eijkemans MJ, Fauser BC, Passchier J, Hunfeld JA. The psychological impact of IVF failure after two or more cycles of IVF with a mild versus standard treatment strategy. *Hum Reprod.* 2007 Sep; 22(9):2554-8.
25. Gejervall AL, Stener-Victorin E, Cerne A, Borg K, Bergh C. Pain aspects in oocyte aspiration for IVF. *Reprod Biomed Online.* 2007 Feb; 14(2):184-90.
26. McNaughton-Cassill ME, Bostwick JM, Arthur NJ, Robinson RD, Neal GS. Efficacy of brief couples support groups developed to manage the stress of in vitro fertilization treatment. *Mayo Clin Proc.* 2002 Oct; 77(10):1060-6.
27. Terzioglu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2001 Sep; 22(3):133-41.
28. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Hum Reprod.* 2005 Oct; 20(10):2969-75.
29. Barzilai-Pesach V, Sheiner EK, Sheiner E, Potashnik G, Shoham-Vardi I. The effect of women's occupational psychologic stress on outcome of fertility treatments. *J Occup Environ Med.* 2006 Jan; 48 (1):56-62
30. Panagopoulou E, Vedhara K, Gaintarzi C, Tarlatzis B. Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 2006 Sep; 86(3):672-7.
31. Johansson M, Berg M. Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scand J Caring Sci,* 2005 Mar; 19(1):58-63.

32. Sydsjö G, Ekholm K, Wadsby M, Kjellberg S, Sydsjö A. Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Hum Reprod.* 2005 Jul; 20(7):1952-7.
33. Hammarberg K. Stress in assisted reproductive technology: implications for nursing practice. *Hum Fertil (Camb).* 2003 Feb; 6(1):30-3.
34. Smeenk JM, Verhaak CM, Vingerhoets AJ, Sweep CG, Merkus JM, Willemsen SJ, van Minnen A, Straatman H, Braat DD. Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Hum Reprod.* 2005 Apr; 20(4):991-6.

BILAGA 1

Referens nr: 19

Författare: Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A

Titel: Extended encounters with midwives at the first IVF cycle: a controlled trial.

Tidsskrift: Reproductive Biomedicine Online

År: 2007

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka vilken effekt utökade möten med barnmorskor har på det psykiska välbefinnandet hos kvinnor som genomgår IVF-behandling och på deras upplevelse av behandlingen.

Metod: Kvantitativ studie med två öppna frågor inbakade. Egenkonstruerat formulär gällande psykiska och sociala faktorer besvarades av deltagarna vid tre tillfällen. Interventionen bestod i utökade möten med särskilt utbildade barnmorskor.

Urval: 166 par vid en IVF-klinik i Göteborg som skulle göra sin första IVF-behandling. Dessa par valdes och valde att delta utifrån en grupp av 200 par. Av de 166 paren fick 49 delta i interventionen och resten utgjorde kontrollgruppen.

Antal referenser: 35

Referens nr: 28

Författare: Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A

Titel: Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization

Tidsskrift: Human Reproduction

År: 2005

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka hur effekten av psykologisk stress före och under IVF-behandlingen påverkar resultatet av IVF.

Metod: Kvantitativ studie. Två formulär med flervalsfrågor. Frågorna ställdes vid två tillfällen, en månad innan start och en timme innan äggåterförande.

Urval: 166 kvinnor som skulle göra sin första IVF-behandling på en klinik i Göteborg. Dessa kvinnor valdes och valde att delta utifrån en total grupp av 200 kvinnor.

Antal referenser: 51

Referens nr: 29

Författare: Barzilai-Pesach V, Sheiner EK, Sheiner E, Potashnik G, Shoham-Vardi I

Titel: The effect of women's occupational psychologic stress on outcome of fertility treatments.

Tidsskrift: Occupational & Environmental Medicine

År: 2006

Land: Israel

Syfte: Att undersöka sambandet mellan stress i arbetslivet och resultatet efter fertilitetsbehandling.

Metod: Kvantitativ studie. Tre frågeformulär som mätte upplevelsen av arbetssituationen.

Urval: 75 kvinnor som besökte fertilitets- och IVF-kliniken i Soroka, Israel. Dessa kvinnor hade alla kvinnlig fertilitetsproblematik. Alla hade arbetat i minst tre månader före intagning.

Antal referenser: 29

Referens nr: 25

Författare: Gejervall AL, Stener-Victorin E, Cerne A, Borg K, Bergh C

Titel: Pain aspects in oocyte aspiration for IVF.

Tidsskrift: Reproductive Biomedicine Online

År: 2007

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka olika aspekter av smärta vid äggaspiration i samband med IVF.

Metod: Kvantitativ studie. Formulär med fyra flervalsfrågor användes för att utvärdera tillfredsställelse och känsla av trygghet. VAS-skalan användes för smärtskattning.

Urval: 124 kvinnor som gjorde äggaspiration i samband med IVF på två kliniker i Göteborg. Dessa kvinnor valdes och valde att delta utifrån en total grupp av 539 kvinnor som deltog i en annan studie om smärtlindring på de två klinikerna.

Antal referenser: 30

Referens nr: 18

Författare: Hammarberg K, Astbury J, Baker H

Titel: Women's experience of IVF: a follow-up study

Tidsskrift: Human Reproduction

År: 2001

Land: Australien

Syfte: Att öka förståelsen för hur kvinnor ser på sin erfarenhet av IVF två – tre år efteråt. Dessutom att undersöka om utgången av IVF (barn eller inte barn) påverkade deras upplevelse av att ha genomgått IVF-behandling.

Metod: Kvantitativ studie. Ett frågeformulär med 161 flervalsfrågor + tre standardiserade självskattningsformulär mailades till alla deltagarna i studien.

Urval: 166 kvinnor som alla hade avslutat sin IVF-behandling 1994 på en klinik i Melbourne. Dessa kvinnor valdes och valde att delta utifrån en total grupp av 229 kvinnor.

Antal referenser: 44

Referens nr: 20

Författare: Højgaard A, Ingerslev HJ, Dinesen J

Titel: Friendly IVF: patient opinions.

Tidsskrift: Human Reproduction

År: 2001

Land: Danmark

Syfte: Att utvärdera tillfredsställelse och stress utifrån två olika behandlingsstrategier, standard-IVF med lång nedreglering och ostimulerad eller mild stimulerad IVF-behandling.

Metod: Kvantitativ studie. Frågeformulär med 23 flervalsfrågor mailades.

Urval: 167 kvinnor som gjorde ostimulerad eller mild stimulerad IVF och 116 som gjorde standard-IVF med lång nedreglering. Dessa kvinnor valdes slumpmässigt och valde att delta utifrån en grupp av 564 par som väntade på att genomgå IVF-behandling i Århus.

Antal referenser: 16

Referens nr: 23

Författare: de Klerk C, Hunfeld JA, Duivenvoorden HJ, den Outer MA, Fauser BC, Passchier J, Macklon NS

Titel: Effectiveness of a psychosocial counselling intervention for first-time IVF couples: a randomized controlled trial.

Tidsskrift: Human Reproduction

År: 2005

Land: Nederländerna

Syfte: Att utvärdera en intervention bestående i psykosocial rådgivning för nya IVF-patienter genom att mäta kvinnors stressnivå.

Metod: Kvantitativ studie. Ett formulär med 21 infertilitetsspecifika frågor för stressmätning användes dagligen och ett standardiserat mätinstrument användes i början och i slutet av behandlingen. Interventionen bestod i tre tillfällen då paret fick rådgivning av en specialutbildad socialarbetare.

Urval: 84 par vid en IVF-klinik i Rotterdam som skulle göra sin första IVF-behandling. Dessa par valdes slumpmässigt och valde att delta utifrån en grupp av 386 par. Av de 84 paren fick 43 delta i interventionen och resten utgjorde kontrollgruppen.

Antal referenser: 29

Referens nr: 24

Författare: de Klerk C, Macklon NS, Heijnen EM, Eijkemans MJ, Fauser BC, Passchier J, Hunfeld JA

Titel: The psychological impact of IVF failure after two or more cycles of IVF with a mild versus standard treatment strategy.

Tidsskrift: Human Reproduction

År: 2007

Land: Nederländerna

Syfte: Syftet var att ta reda på hur en misslyckad IVF-behandling (minst två cykler) påverkade det psykiska välbefinnandet efter mild jämfört med standard behandlings strategi.

Metod: Kvantitativ studie. Ett standardiserat mätinstrument användes vid två tillfällen. Före behandlingen och en vecka efter resultatet.

Urval: 404 kvinnor som skulle göra IVF slumpades på två kliniker i Nederländerna. Av dem blev 197 slumpmässigt valda till mild IVF varav 63 fullföljde och 194 till standard IVF varav 41 fullföljde.

Antal referenser: 15

Referens nr: 26

Författare: McNaughton-Cassill ME, Bostwick JM, Arthur NJ, Robinson RD, Neal GS

Titel: Efficacy of brief couples support groups developed to manage the stress of in vitro fertilization treatment.

Tidsskrift: Mayo Clinic Proceedings

År: 2002

Land: Texas, USA

Syfte: Att bedöma effekten av kortvariga stödgrupper för par som samtidigt gör IVF-behandling.

Metod: Kvantitativ studie. Fem mätinstrument i form av frågeformulär användes för att bedöma känslomässiga och kognitiva faktorer. Interventionen bestod i att delta i en stödgrupp för män och/eller kvinnor två ggr/v under tre veckor då behandlingen pågick.

Urval: 45 par som skulle göra IVF-behandling vid ett militärt medicinskt center i San Antonio. 26 par valde att delta i stödgruppen och resten utgjorde kontrollgruppen.

Antal referenser: 32

Referens nr: 30

Författare: Panagopoulou E, Vedhara K, Gaintarzi C, Tarlatzis B

Titel: Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization.

Tidsskrift: Fertility Sterility

År: 2006

Land: Grekland

Syfte: Att undersöka effekten av coping och av infertilitetsspecifik och ickespecifik stress på resultatet efter IVF-behandling.

Metod: Kvantitativ studie. Fem mätinstrument användes i en strukturerad intervju för att bedöma psykologisk stress och copingstrategier. Graviditet konstaterades genom att mäta hCG koncentrationen i blodet och genom ultraljud.

Urval: 342 kvinnor som gjorde IVF på en klinik i Tessaloniki. Dessa kvinnor valdes och valde att delta utifrån en grupp av 416 kvinnor. 79 av dem blev gravida.

Antal referenser: 33

Referens nr: 22

Författare: Peters K

Titel: In pursuit of motherhood: the IVF experience.

Tidsskrift: Contemporary Nurse

År: 2003

Land: Australien

Syfte: Att undersöka den levda erfarenheten hos kvinnor som hade gjort IVF och inte lyckats bli gravida genom att använda en hermeneutisk fenomenologisk metod.

Metod: Kvalitativ studie. Information samlades genom intervjuer som varade ca en timme och spelades in på bandspelare för att senare transkriberas.

Urval: Sex kvinnor som deltog frivilligt från en stödgrupp för infertila.

Antal referenser: 36

Referens nr: 27

Författare: Terzioglu F

Titel: Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey.

Tidsskrift: Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology

År: 2001

Land: Turkiet

Syfte: Att utvärdera effektiviteten av ett rådgivningsprogram. Att mäta och behandla ångest, depression och livsglädje och att utvärdera chanserna att bli gravid.

Metod: Kvantitativ studie. Ett frågeformulär delades ut i början av behandlingen och tre formulär för att mäta ångest, depression och livsglädje delades ut i början och 4-5 dagar efter embryoåterföringen. Interventionen bestod i 5 möten med en sjuksköterska.

Urval: 60 par som sökte till en ART klinik i Ankara. Dessa par valdes och valde att delta utifrån en grupp av 90 par. Av de 60 paren fick 30 delta i interventionen och resten utgjorde kontrollgruppen.

Antal referenser: 32

Referens nr: 21

Författare: Thia EW, Vo Thanh LA, Loh SK

Titel: Study on psychosocial aspects and support of in vitro fertilisation programme in an Asian population.

Tidsskrift: Singapore Medical Journal

År: 2007

Land: Singapore

Syfte: Att öka förståelsen för parets upplevelse av IVF före och under IVF-behandlingen för att finna strategier för att förbättra deras upplevelse.

Metod: Kvantitativ studie. Ett frågeformulär med 64 flervalsfrågor delades ut. Det var uppdelat i flera sektioner som skulle besvaras vid olika tidpunkter i behandlingen. Både mannen och kvinnan fick var sitt och skulle svara oberoende av varandra.

Urval: 50 par som skulle genomgå IVF-behandling

Antal referenser: 8
