

Kvinnors upplevelser av infertilitet

- En metasyn-
tes

Författare: Elin Olsson
Linda Wendelid
Program/Kurs: Barnmorske-
programmet
Höstkursen 2007
Omfattning: 15 hp
Handledare: Marie Berg
Examinator: Evelyn Hermansson

Sahlgrenska akademien

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Kvinnors upplevelse av infertilitet - En metasyntes
Titel (engelsk):	Women´s experiences of infertility – A metasynthesis
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/Kurs/Kurskod:	Barnmorskeprogrammet/ Reproduktiv och perinatal hälsa – examensarbete II/ OM1660
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Elin Olsson och Linda Wendelid
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Evelyn Hermansson

SAMMANFATTNING

Infertilitet är ett vanligt problem som ses i alla kulturer. Infertilitet innebär inte bara ett medicinskt problem utan har beskrivits som en livskris med psykologiska, sociala och emotionella aspekter. Syftet med denna studie var att genom en metasyntes analysera och syntetisera resultat från kvalitativ forskning om kvinnors upplevelser av infertilitet. Sökningar gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Fem kvalitativa artiklar valdes ut för kvalitetsgranskning och syntetisering. Alla artiklarna bedömdes vara av god kvalitet och följande sex teman framträdde: *Infertilitet som en essentiell del av livet, en pendling mellan hopp och hopplöshet, en upplevelse av utanförskap och isolering, infertilitetens påverkan på sexualitet och parrelationen, betydelsen och upplevelsen av infertilitetsbehandlingen och att hitta ny mening med livet*. Resultatet visar att bildandet av en familj och att kunna få barn ses som meningen med livet. Infertiliteten upplevs som ständigt närvarande och en upplevelse av att pendla mellan hopp och hopplöshet beskrivs. Infertiliteten ger en känsla av utanförskap och isolering där upplevelsen av att inte känna sig jämbördig andra kvinnor belyses. En opersonlig och okänslig vård där ingen uppmärksamhet läggs på den känslomässiga utmaningen beskrivs. Infertilitetsbehandlingen ger dock en större självkänsla och upplevs som något positivt och viktig för många. Ett negativt påverkat sexliv och minskad sexlust beskrivs av flera som en effekt av infertiliteten och dess behandlingar. För att kunna gå vidare i livet framstår det som viktigt att göra upp nya planer för framtiden och att försöka finna positiva saker med att inte ha barn. Metasyntesens resultat kan hjälpa barnmorskor och annan vårdpersonal att utveckla ett bättre bemötande genom ökad förståelse för kvinnors upplevelser av infertilitet.

Nyckelord: metasyntes, infertilitet, upplevelse, kvinnor, hälsa, välbefinnande, livsvärld
INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING				1
BAKGRUND				1
litet	2			
<i>och utredning</i>		2		
<i>Behandling</i>				3
<i>Sociala och psykologiska aspekter</i>				4
Teoretisk referensram				6
<i>Hälsa och välbefinnande</i>				6
<i>Livsvärld</i>				7
Problemformulering				7
SYFTE				8
METOD				8
Metasyntes				8
Etiska ställningstaganden				9
Urval och datainsamlingsmetod				9
Analys				11
<i>Analys av metoder</i>				11
<i>Analys av resultat</i>				12
RESULTAT				12
Kvalitetsbedömning av de inkluderade artiklarna				12
Syntetisering av resultat i de inkluderade artiklarna				16
<i>Infertilitet är en essentiell del av livet</i>				16
<i>En pendling mellan hopp och hopplöshet</i>				17
<i>En känsla av utanförskap och isolering</i>				18
<i>Infertilitetens påverkan på sexualitet och parrelation</i>				19
<i>Betydelsen och upplevelsen av infertilitetsbehandlingen</i>				20
<i>Att hitta ny mening med livet</i>				21
Sammanfattning av syntetiseringen av kvinnors upplevelser av infertilitet				22
DISKUSSION				22
Metoddiskussion				22
Resultatdiskussion				23
SLUTSATS				26
REFERENSLISTA				27

INLEDNING

Att bli förälder är ett av de stora målen i livet för de flesta människor. För många är det självklart att kunna bli gravid, men det blir inte alltid som planerat. Infertilitet är ett globalt problem som drabbar miljontals par världen över. Vid en utredning går det ofta att hitta en orsak till infertilitet, men ibland är det svårt att finna något direkt fel. Sverige ligger långt framme på det medicinska området när det gäller metoder för att hjälpa infertila par. Många får idag barn genom konstgjord befruktning, men för vissa leder den medicinska behandlingen inte till något föräldraskap. Några adopterar medan andra förblir barnlösa. Bakom infertiliteten döljs ofta känslor av djup sorg och en upplevelse av att inte vara som andra. Sorgen är naturlig när paret inser att de kommer att förbli barnlösa och aldrig få bli föräldrar och föra sitt arv vidare. De känner sig misslyckade därför att de inte infriar de förväntningar som finns inom dem själva och runt om i samhället.

Anledningen till vårt intresse av infertilitet är att det drabbar många par såväl globalt som i Sverige. Det är stor sannolikhet att vi kommer att möta människor med infertilitetsproblematik i vårt framtida yrke som barnmorska. Infertilitet innebär inte bara ett medicinskt problem utan har beskrivits som en livskris med psykologiska, sociala och emotionella aspekter. Upplevelsen av infertilitet är därför viktig att studera.

Studier har visat att män och kvinnor upplever infertilitet på olika sätt. Oförmågan att få barn berör kvinnor mer än män enligt tidigare genomförda studier. Av denna anledning har vi valt att fokusera på kvinnors upplevelser av infertilitet. Barnmorskor och annan vårdpersonal behöver ökad kunskap och förståelse om upplevelsen av infertilitet hos kvinnor för att kunna ge bästa vård och stöd så att de kan bemötas på ett bra sätt.

BAKGRUND

I följande avsnitt beskrivs först allmänt om infertilitet samt dess orsak, utredning och behandling. Därefter presenteras sociala och psykologiska aspekter av infertilitet med fokus på kvinnors upplevelser och aktuell forskning inom området. Avslutningsvis beskrivs en teoretisk referensram som innefattar begreppen hälsa, välbefinnande och livsvärld.

Infertilitet

Infertilitet är ett problem som ses i alla kulturer. I västvärlden drabbas ungefär 15% av befolkningen (Gottlieb & Schoultz, 2004). WHO (2001) definierar infertilitet som oförmåga att bli gravid inom två år av regelbundet oskyddat samliv. Kliniska studier använder dock ofta ett år av regelbundet samliv som gräns (WHO, 2001). Chansen att bli gravid under en viss tid benämns fekunditet. Människan har betydligt lägre fekunditet än andra djurarter. Under ett år finns 12-13 chanser till befruktning, vilket innebär att fekunditeten är mindre än 10% per månad. Hos par utan fertilitetsnedsättande fel som får barn inom två år så sker befruktningen hos 60% inom ett halvår och hos 85% inom ett år. Därför bör en fertilitetsutredning inte påbörjas förrän efter minst 12 månader av oskyddat samlag (Gottlieb & Schoultz, 2004).

Orsak och utredning

Infertilitet beror på åkommor av olika karaktär som till exempel medfödda defekter i könsorganen, hormonrubbingar, infektionssjukdomar eller immunologiska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2007). Numera är infertilitetsutredning en parutredning. Det är paret som skall ha barn och det är parets funktion tillsammans som skall utredas. Vid en utredning går det oftast att hitta en orsak till infertilitet. I 30% av fallen hittas orsaken hos kvinnan, i 30% hos mannen och i 30% hos de båda. Hos 10% av paren är det svårt att hitta något direkt fel och de förblir oförklarade infertila (Gottlieb & Schoultz, 2004).

Hos mannen är den vanligaste orsaken till infertilitet en rubbad eller hämmad spermieproduktion. Tidigt i en infertilitetsutredning lämnar mannen ett spermaprov som analyseras med avseende att undersöka till exempel spermiernas antal, morfologi, viabilitet och motilitet. Bakomliggande orsaker till ett patologiskt spermaprov kan vara en defekt spermiebildning, infektion, hormonell störning, immunologiska orsaker eller genetiska orsaker (Gottlieb & Schoultz, 2004). Det har även förts en diskussion om huruvida det kan finnas ett samband mellan miljögifter och infertilitet. Några studier genomförda på män i västliga industriländer har visat på en försämrad spermiekvalitet de senaste 50 åren. Andra studier ifrågasätter detta. I Sverige har man inte kunnat finna något sådant samband (Socialstyrelsen, 2005).

Hos kvinnan är den vanligaste orsaken till infertilitet en hormonrubbing som stör ägglossningen eller skador på äggledarna ofta till följd av genomgången klamydiainfektion. Kombinationer av flera olika orsaker förekommer dock ofta (Socialstyrelsen, 2007; Gottlieb & Schoultz, 2004). Cervixsekretet måste vara normalt så att spermier kan simma upp i liv-

modern. Ägglarna måste tillåta passage ut till den ampullära delen och vara öppen i sin distala del. Där ska ägget fångas upp för att sedan befruktas i den ampullära delen och därefter skall det vidare till livmoderhålan. För att en ägglossning skall ske krävs ett normalt hormonspel. Utredningen innefattar säkerställande av ovulation, hormonell utredning samt undersökning av livmoder och äggledare med hystersalpingografi (HSG), hystersalpingosonografi (Hy-Co-Sy) eller i sällsynta fall laparoskopi (Gottlieb & Schoultz, 2004).

Undersökningsmetoder såsom ultraljud, hormonbestämningar, immunologiska tester, genetiska tester och provtagning för infektionssjukdomar har förbättrat möjligheten att komma fram till en medicinsk diagnos för infertilitet (Socialstyrelsen, 2007). Trots det går det inte att fastställa någon direkt orsak till infertilitet hos vissa par. Psykologiska faktorer kan sannolikt påverka, liksom allmänt hälsotillstånd, rökning, livsstil och ålder (Socialstyrelsen, 2005).

Behandling

Ofrivillig barnlöshet började utredas redan under 1900-talets början, men det är inte förrän under de senaste 50 åren som några egentliga och effektiva behandlingsmetoder börjat användas. På 1960-talet börjades det att framgångsrikt behandla hormonella rubbningar hos kvinnor samt att kirurgiskt återställa skadade äggledare. Samtidigt utvecklades inseminationsmetoder som underlättade spermernas passage till äggledaren. Det första provrörsbarnet föddes 1978 i Storbritannien efter mer än 20 års forskning kring in vitro-fertilisering (IVF). Inte långt efter detta kom IVF behandlingar nästan helt att dominera behandlingen av infertila par. I kombination med hormonell behandling kunde man några år senare behandla nästan alla typer av kvinnlig infertilitet samt måttlig nedsatt spermiekvalitet hos mannen. Allvarigare former av manlig infertilitet började kunna behandlas 1992 i och med införandet av intracytoplasmatisk spermieinjektion (ICSI). Detta är dock en mer kostnadskrävande och invasiv metod än IVF (Hreinsson, Hamberger & Hardarson, 2005).

Vid IVF behandling kringgås äggledaren. Efter att kvinnan förbehandlats med hormoner hämtas ett flertal ägg ut från äggstockarna under ultraljudskontroll. Spermier som fripreparerats från sädesvätskan placeras intill de ägg som skall befruktas. När äggen har befruktats och har börjat dela sig väljs de bästa ut. Därefter införs ett eller i undantagsfall två ägg i kvinnans livmoder via en tunn kateter (Gottlieb & Schoultz, 2004; Socialstyrelsen, 2005). Idag är IVF den vanligaste behandlingsmetoden vid alla typer av infertilitet. I början av 2000-talet genomfördes i Sverige drygt 8000 IVF-behandlingar och närmare 2500 barn föddes med hjälp av

denna metod. Även om resultaten har förbättrats, leder högst 25 procent av behandlingarna till en fullgången graviditet (Socialstyrelsen, 2005).

Vid lågt spermieantal samt vid försämrad förmåga att befrukta ägget är ICSI en bra behandlingsmetod. Med hjälp når spermien ägget direkt, istället för att låta spermien befrukta ägget på ett naturligt sätt (Hreinsson et al., 2005). Kvinnan genomgår först hormonbehandling och ägguttagning som vid IVF-behandling. De mogna ägg som erhålls injiceras med var sin spermie. På så sätt läggs spermies arvsanlag så nära äggets arvs massa som möjligt varvid spermien kan befrukta ägget. Därefter sker återinförandet av det befruktade ägget till livmodern med samma metod som vid IVF-behandling (Gottlieb & Schoultz, 2004).

Sociala och psykologiska aspekter

Önskan om att få bli förälder tycks genom tiderna ha varit oförändrat stort. Däremot har tidpunkten för när i livet man väljer att skaffa barn varierat. Idag väntar allt fler längre innan de försöker bli gravida vilket är ett problem då fertiliteten minskar med stigande ålder (Socialstyrelsen, 2005). Infertilitet kan inte förstås bara genom att beskriva de fysiska konsekvenserna. För många par är infertilitet lika mycket en emotionell och psykologisk kris som det är en fysisk utmaning (Fidler & Bernstein, 1999). Förmågan att få en egen biologisk avkomma förknippas av många i stor utsträckning med kvinnlighet och manlighet (Gottlieb & Schoultz, 2004). Runt om i världen ses infertilitet som ett medicinskt, socialt, psykologiskt och ekonomiskt problem och kan därför vara en stor tragedi för det drabbade paret (WHO, 2008; Socialstyrelsen, 2007). Många par genomgår utredningar och behandlingar för sin infertilitet vilket är omvittnat påfrestande. Alla behandlingsförsök och allt planerande sätter relationen på prov. För kvinnan är den intensiva hormonbehandlingen krävande och kan också innebära fysiska risker (Socialstyrelsen, 2005).

Bakom infertilitet döljs ofta en rad känslor som depression, ångest och sorg. Även social isolering, negativ påverkan på sexuallivet, och kris i förhållandet har beskrivits av många infertila par (Hart 2002; Fidler & Bernstein, 1999). Oförmåga till att få barn och känslan att inte vara som alla andra kan påverka samhörigheten mellan kvinnan och mannen (Möller, 1989). Saknad efter det barn som aldrig blev till orsakar en sorg som kan vara svårarbetad eftersom det inte finns något konkret att sörja (Gottlieb & Schoultz, 2004). De psykologiska effekterna av infertilitet liknar de som ses hos människor som lider av en allvarlig sjukdom. För många par och individer leder oförmågan att få ett önskat barn till sämre livskvalitet med både en

individuell och social påverkan (Fidler & Bernstein, 1999). När det önskade barnet uteblir kan detta också leda till svårighet att känna samhörighet med andra föräldrar vilket kan ge känslor av utanförskap och otillräcklighet (Möller, 1989). Upplevelsen av infertilitet möter mannen och kvinnan tillsammans som ett par, men även individuellt. Känslomässiga faser upplevs inte alltid likadant eller samtidigt (Hart, 2002; Merari, Chetrit & Modan, 2002). Kvinnor upplever känslor av rädsla, ångest, nedstämdhet och oro inför behandlingar mer än deras män gör (Merari et al., 2002).

Graviditet och förmågan att föda barn är starkt förknippad med den roll som kvinnan har förberett sig på genom sin uppväxt. Den lilla flickan leker mamma, pappa, barn och den större flickan dagdrömmer och har fantasier om att gifta sig och att skaffa barn. En förberedelse för moderskap pågår ständigt i de flesta kvinnors liv och när detta inte inträffar upplevs det som ett hot mot självbilden och att inte känna sig hel som kvinna. Infertiliteten blir en del av kvinnans liv. Det är en upplevelse som påverkar och som upptar hela kvinnans livsvärld genom att hon ständigt blir påmind om sin infertilitet vart hon än befinner sig vare sig det är genom rollen som syster, vän, granne, hustru eller som arbetskollega (Wirtberg, 1992).

I en amerikansk studie tillfrågades 32 kvinnor med infertilitetsproblem om vad de hade för syn på familjebilden. De flesta kvinnorna hade tankar om sig själva i en familj med två föräldrar och ett eller flera biologiska barn. Att skaffa barn var ett naturligt steg i deras livsbild. De menade att infertiliteten ledde till ett avbrott i den livsbild som de hade föreställt sig. Att få biologiska barn med både fysiska och psykologiska attribut av dem själva och deras män beskrevs som en viktig del i deras syn på en familj. I önskan att få egna biologiska barn fanns också en stark önskan om att få uppleva en graviditet och barnafödelse (Parry, 2005).

En undersökning utförd vid sjuksköterskeutbildningar i USA visar att information om infertilitet ges, men de psykologiska och emotionella aspekterna på infertilitet förbises ofta. Detta leder till att vårdpersonal inte förstår de infertila parens upplevelser (Hart, 2002). I en finsk studie undersöktes 344 kvinnors upplevelser av infertilitetsbehandling. Studien visar att mindre än hälften av kvinnorna var nöjda. Majoriteten av dem som beskriver missnöje anger att den huvudsakliga orsaken var ett dåligt bemötande från vårdpersonalen. En del ansåg att de inte blev tagna på allvar och att personalen inte koncentrerade sig ordentligt på deras vård. Andra kvinnor ansåg att det inte togs hänsyn till den psykologiska biten. Bara några få beskrev att anledningen till att de var missnöjda berodde på att de inte fått några barn. Bland

de tillfrågade kvinnorna var det dock de som hade fått barn som var mest nöjda (Maili, Hemminki, Räikkönen, Sihvo & Perälä, 2001).

Teoretisk referensram

Hälsa och välbefinnande

Enligt WHO definieras hälsa som ett tillstånd av socialt, psykiskt och kroppsligt välbefinnande, och inte enbart frånvaro av sjukdom (WHO, 2004). Hälsa beskrivs som ett komplext fenomen med många dimensioner. Olika personers uppfattningar om vad hälsa är varierar. Hälsa kan också uppfattas olika för samma person vid olika tidpunkter. Det är därför svårt att dra exakta och entydiga gränser för vad som är hälsa och vad som inte är det (Wiklund, 2003). Det finns ett starkt samband mellan begreppet hälsa och begreppet "något helt". Söker man efter den språkliga betydelsen av ordet hälsa finner man att dess huvudsakliga betydelse är hel. Helheten avgör människans upplevelse av att vara hälsa. Att se människan utifrån dess helhet innebär att koppla samman kropp, själ och ande. Även friskhet, sundhet och välbefinnande ryms inom tillståndet hälsa. Friskhet står för den fysiska/kroppsliga hälsan och sundhet har att göra med den psykiska/själsliga hälsan. Välbefinnandet handlar om en känsla hos individen, alltså upplevelsen av friskhet och sundhet. Upplevelsen kan kopplas samman med individens livskvalitet och känsla av mening med livet (Bruce & Lind, 1991; Eriksson, 1995).

Vid infertilitet är specifikt den reproduktiva hälsan central. Reproduktiv hälsa innebär enligt WHO ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert sexualliv, förmågan att fortplanta sig, frihet att besluta om sitt barnafödande och möjligheten att få friska barn (WHO, 2004). Reproduktiv hälsa innefattar således sociala, psykologiska och kroppsliga aspekter på barnafödandet och sexualitet. Detta förutsätter kunskap och tillgång till födelsekontroll och smittskydd samt säkra förhållanden under graviditet och förlossning. Födelsekontroll innebär inte endast att kunna undvika att bli med barn, utan också att kunna få barn när man önskar. Inom begreppet födelsekontroll innefattas alltså förebyggande och behandling av infertilitet (Socialstyrelsen, 2005).

Livsvärld

Genom ett livsvärldsperspektiv kan vi bättre förstå de infertila parens upplevelser och erfarenheter, vilket innebär att deras vardagsvärld och dagliga tillvaro uppmärksammas. Med ett

livsvärldsperspektiv ser, förstår, och analyserar vi världen så som den erfars av människor utan att förminska, förringa eller våldföra sig på den (Dahlberg et al., 2003). Mötet med människor, ting och företeelser erfars av varje människa olika och livsvärlden blir därför unik för varje individ. Det är viktigt att respektera det sätt den unika individen valt att gestalta sitt liv. Vårdaren får inte låta sina tidigare uppfattningar och värderingar om vad ett bra och gott liv är påverka bemötandet av individen (Wiberg, 2003). Infertila par bör bemötas med ett humanistiskt synsätt, vilket hjälper dem att hantera sin livssituation på ett för dem lämpligt sätt. De är viktigt att bekräfta dem som man respektive kvinna och även som par (Möller, 1989).

Livsvärlden har sin grund i fenomenologins och hermeneutikens filosofi. Filosofen Husserl benämner livsvärldsteorin som den naturliga erfarenheten eller den naturliga inställningen där vi i vår vardag oreflekterat tar saker och ting för givna. Livsvärlden är den levda världen. Det är i den värld där vi älskar, hatar, arbetar, leker, tycker och tänker, men också söker mening och livsinnehåll. Vi finns till i världen via vår livsvärld, en värld vi aldrig kan komma ur eller ifrån så länge vi lever (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Infertilitet leder till ifrågasättande av meningen med livet för många av de drabbade paren. De ser barn som livets mening och har svårt att se det meningsfulla i att inte få barn och även att uppleva någon mening med livet över huvud taget. Deras självbild hotas av infertiliteten och det är vanligt med känslor av misslyckande och underlägsenhet (Möller, 1989).

Problemformulering

Infertilitet innefattar en rad olika känslor såsom depression, ångest och sorg (Hart, 2002; Fidler & Bernstein, 1999). Det är således inte bara ett medicinskt fenomen utan innefattar även sociala, psykologiska och emotionella aspekter. Forskning har visat att kvinnor med infertilitet upplever att vårdpersonal inte förstår deras känslor i samband med infertilitet och dess behandling (Maili et al., 2001). Ökad kunskap och förståelse för upplevelsen av infertilitet behövs för att vårdpersonal skall kunna bemöta dessa kvinnor på bästa sätt.

För att bättre förstå hur livet gestaltar sig i relation till hälsotillstånd och processer och hur patienters upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov kan mötas kan kvalitativa metoder användas som utgångspunkt. Genom en metasyntes kan en djupare förståelse om upplevelsen av infertilitet förvärvas. Flera kvalitativa studiers resultat analyseras och syntetiseras för att uppnå en ny integrerad tolkning. Detta underlättar omsättandet av forskningsresultat till praktiskt användande (Friberg, 2006).

SYFTE

Syftet med denna studie var att genom en metasyntes analysera och syntetisera resultat från kvalitativ forskning om kvinnors upplevelser av infertilitet.

METOD

Metasyntes

Om det finns många kvalitativa studier inom ett område kan det vara svårt att plocka ut de specifika och väsentliga forskningsresultaten. För att underlätta detta och skapa en sammanfattad kunskap om ett visst fenomen kan flera studiers resultat sammanställas. Utgångspunkten är att varje enskild kvalitativ forskningsstudie har ett kunskapsvärde och om flera studiers resultat sammanställs skapas ett större kunskapsvärde. De urval artiklar som sammanställs måste ta upp samma fenomen och skall innan sammanställningen granskas och värderas utifrån kvaliteten på studien. Resultaten i studierna skall sammanställas till en ny helhet vilket kan underlätta och skapa en stabilare och säkrare kunskap (Friberg, 2006).

Modellen metasyntes har sitt ursprung i detta analyssätt. I en metasyntes sammanställs, analyseras och tolkas redan publicerade forskningsresultat baserade på kvalitativa forskningsmetoder. Att göra en metasyntes innebär inte att det ena resultatet läggs efter det andra, utan att syntetisera och uppnå en ny integrerad och komplett tolkning. Metoden är använd av flera forskare men tillvägagångssättet beskrivs på olika sätt (Friberg, 2006).

Paterson (2007) har identifierat tre delar av metasyntes som innehåller analys av använda teorier, analys av metod samt analys av resultat. I denna metasyntes görs dock ingen teorianalys.

Analys av metod avser bedömning av varje studies enskilda kvalitet (Paterson, 2007). Alltför bristfälliga studier kan leda till en metasyntes med svagheter. Det är därför viktigt att de granskas innan de används. Instrument för bedömning av kvalitativa artiklar kan användas som underlag för granskningen (Walsh & Down, 2006).

Analys av resultat görs för att få en utvidgad förståelse av det studerade fenomenet. De utvalda studiernas resultat jämförs systematiskt. Centrala begrepp, teman eller nyckelmetaforer

identifieras. Studier kan vara relaterade till varandra på olika sätt. De kan dels vara direkt jämförbara, så kallade reciproka. De kan också vara väsentligen motvisande eller så kan studier sammansatt presentera en linje av argument. Analysen skall leda till ”translationer”, ett ord som är svårt att översätta till svenska. Translationer beskrivs som speciellt unika synteser då de tar hänsyn till detaljer, respekterar helheten och möjliggör jämförelse. En adekvat translation består av de analyserade studiernas centrala begrepp, teman eller nyckelmetaforer. Om mängden av centrala begrepp, teman eller nyckelmetaforer är omfattande kan de jämföras med varandra. De som står för samma sak kan då inkluderas i varandra. Analysen skall resultera i skapandet av en ny helhet som sammanfattas i text (Noblit & Hare, 1988).

Etiska ställningstaganden

All forskning måste ske med hänsyn till försökspersonernas integritet och med respekt för principen om att icke skada (Arlebrink, 1996). I en metasyntes är människan som individ inte direkt involverad. Studierna är redan utförda och frågan blir istället huruvida den forskning som bedrivs är meningsfull eller inte. Nyttan med att göra en metasyntes om kvinnors upplevelser av infertilitet är att genom kritisk granskning av kvalitativa studier inom området plocka ut det specifika och väsentliga i varje studie. Resultaten sammanställs på en högre abstraktionsnivå vilket leder till en ökad kunskap och förståelse om infertilitet. Patienten kan få nytta av det genom att vårdpersonal kan bemöta dem på ett bättre sätt och på en stabilare och säkrare grund. Den risk som finns med att göra en metasyntes är att data i de använda studierna kan feltolkas vilket kan leda till att resultatet inte blir trovärdigt eller pålitligt. Risken för detta har minimerats genom att vi i analysprocessen båda var för sig har läst de valda artiklarna och tillsammans diskuterat och analyserat dem.

Urval och datainsamlingsmetod

Sökning av relevanta artiklar genomfördes i databaserna PubMed och Cinahl. Sökning har gjorts vid ett flertal tillfällen under våren och hösten 2008. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara kvalitativa och skrivna på engelska eller svenska. Det skulle dessutom finnas ett abstrakt tillgängligt att läsa. Ingen begränsning gjordes på årtal utifrån grundantagandet att upplevelsen av infertilitet inte förändrats i större utsträckning under åren. Sökord som användes var infertility, experience, women, support, childlessness och psychosocial factors. Initialt användes sökordet infertility vilket gav som mest 54232 träffar. Då det inte fanns någon möjlighet att gå igenom alla dessa artiklar kombinerades sökorden med varandra för att få artiklar

i ett hanterbart antal. Vid de sökkombinationer som gav ett överskådligt antal träffar lästes samtliga artiklars titlar. Hos majoriteten av dessa indikerade titeln att artikeln inte var relevant för syftet och dessa artiklar kunde därför exkluderas. Samtliga abstrakt lästes där detta var oklart samt där titeln verkade vara relevant. Genom denna process kunde ytterligare artiklar väljas bort på grund av att de antingen var kvantitativa eller att de inte svarade på vårt syfte.

Totalt identifierades åtta artiklar av intresse. Flera av artiklarna hittades i båda databaserna. Resultatet av sökningarna redovisas i tabell 1 och 2. Sex av de åtta artiklarna fanns tillgängliga i fulltext i databaserna och två av artiklarna beställdes. De åtta artiklarna lästes i sin helhet. Detta ledde till att tre artiklar exkluderades. En översikt av detta tillvägagångssätt och motiv till exklusion beskrivs i tabell 3. Varje artikel gavs ett artikelnummer som användes vid sammanställning av tabell 1, 2 och 3. I resultatet kommer dock referering till artiklarna göras enligt APA modellen.

Tabell 1 Sökningsresultat PubMed

	Sökhistorik i PubMed	Antal träffar	Antal valda artiklar (art.nr)
# 1	Infertility	54232	för stort antal*
# 2	Infertility AND experience	1514	för stort antal*
# 3	Infertility AND experience AND women	1221	för stort antal
# 4	Infertility AND experience AND women AND support	261	5 (1,2,4,6,8)
# 5	Childlessness*	411	
# 6	Childlessness* AND infertility	183	2 (3,4)
# 7	Infertility AND psychosocial factors	2066	för stort antal*
# 8	Infertility AND psychosocial factors AND women	1797	för stort antal*
# 9	Infertility AND psychosocial factors AND women AND experience	234	5 (1,2,4,6,8)

* Söknummer 1,2,3,7 och 8 gav för många träffar och det fanns ingen möjlighet att gå igenom alla dessa artiklar

Tabell 2 Sökningsresultat CINAHL

	Sökhistorik i CINAHL	Antal träffar	Antal valda artiklar (art.nr)
# 1	Infertility* and ABSTRACT and PEER-REVIEWED	831	för stort antal*
# 2	Infertility* AND experience* and ABSTRACT and PEER-REVIEWED	145	6 (1,2,3,5,6,7)
# 3	Childlessness* and ABSTRACT and PEER-REVIEWED	0	
# 4	Infertility* AND psychosocial factors and ABSTRACT and PEER-REVIEWED	179	6 (1,2,3,5,6,7)

* Söknummer 1 gav för många träffar och det fanns ingen möjlighet att gå igenom alla dessa artiklar

Tabell 3 Artiklar som togs ut efter genomgång av abstrakt: slutlig bedömning

Art.nr, författare & årtal	Slutlig bedömning	Anledning till exklusion
1. McCarthy (2008)	Inkluderad	
2. Imeson & McMurray (1996)	Exkluderad	Speglar parets upplevelser av infertilitet; svårt att plocka ut specifikt kvinnans upplevelse
3. Johansson & Berg (2005)	Inkluderad	
4. Wirtberg et al. (2007)	Inkluderad	
5. Benasutti (2003)	Inkluderad	
6. Tsann-Juu & Yueh-Chih (2006)	Inkluderad	
7. Cudmore (2005)	Exkluderad	Ingen metoddel finns där författaren redogör för vilka som deltog i studien eller hur studien har utförts och analyserats.
8. Allan (2007)	Exkluderad	Resultat blandar data från egna tankar, intervjuer, observationer och andras forskning

Analys

Analysen bygger på de fem inkluderade artiklarna och består av analys av metoder samt analys av resultat, det vill säga de två sista delarna som Paterson (2007) identifierat.

Analys av metoder

En kvalitetsbedömning baserad på en checklista utvecklad av Walsh och Down (2006) gjordes. Med stöd av checklistan bedömdes lämpligheten och sammanhanget av studien, syfte och omfattning, design, datainsamlingsstrategi, analys, forskarens tolkningar, forskarens reflekterande, etiska dimensioner, relevans och överförbarhet. Walsh och Down (2006) har även utformat en graderingsskala från A till D för bedömning av artiklars kvalitet. Vi har inte använt oss utav denna graderingsskala då vi inte tycker den är tydligt beskriven.

Analys av resultat

Med stöd av metodbeskrivningar av Noblit och Hare (1988) lästes de fem utvalda artiklarna i sin helhet av författarna var och en för sig för att få en första förståelse om upplevelsen av infertilitet. Artiklarnas resultat lästes sedan upprepade gånger för att få en utvidgad förståelse av det studerade fenomenet. Centrala teman från varje artikels resultat identifierades och listades systematiskt utifrån syftet. Totalt identifierades 31 olika teman. Dessa teman studerades

närmare av författarna tillsammans och jämfördes med varandra för att hitta likheter och för att kategorisera dem. En syntetisering av dessa ledde sedan till en ny helhet med identifiering av nya teman.

RESULTAT

Resultatet består av två delar. Först presenteras en kvalitetsbedömning av de inkluderade artiklarna därefter presenteras en syntetisering av de inkluderade artiklarnas resultat.

Kvalitetsbedömning av de inkluderade artiklarna

En sammanfattning och kvalitetsbedömning av studierna åskådliggörs i tabell 4. Alla artiklarna bedömdes vara av god kvalitet med få brister. Vi anser inte att dessa brister påverkar studiens trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet eller styrka.

Tabell 4 Sammanfattning och kvalitetsbedömning av de inkluderade artiklarna

Kriterier	McCarthy 2008, USA	Johansson & Berg 2005, Sverige	Wirtberg et al. 2007, Sverige	Benasutti 2003, USA	Tsaan-Juu & Yueh-Chih 2006, Taiwan
Omfattning och syfte	Att beskriva kvinnors upplevelser av infertilitet efter avslutad misslyckad infertilitetsbehandling. Anknytning mellan studien och tidigare forskning inom området finns. Författaren klargör varför det finns behov av att utföra studien. Följer ett sammanhang. "Har en röd tråd"	Beskriva kvinnors upplevelser av ofrivillig barnlöshet 2 år efter avslutad IVF behandling. Anknytning mellan studien och tidigare forskning inom området finns. Författarna klargör varför det finns behov av att utföra studien. Följer ett sammanhang. "Har en röd tråd"	Att uppnå en ökad kunskap och en djupare förståelse av de långsiktiga effekterna av ofrivillig barnlöshet för en grupp kvinnor som sökt hjälp och fått infertilitetsbehandling för över 20 år sedan. Anknytning mellan studien och tidigare forskning inom området finns. Författarna klargör varför det finns behov av att utföra studien. Följer ett sammanhang. "Har en röd tråd"	Att klargöra innebörden av infertilitet för att få en djupare, tydligare och mer noggrann förståelse av upplevelsen. Anknytning mellan studien och tidigare forskning inom området finns. Författaren klargör varför det finns behov av att utföra studien. Följer ett sammanhang. "Har en röd tråd"	Att undersöka den levda upplevelsen hos infertila kvinnor som avslutad misslyckad IVF behandling. Anknytning mellan studien och tidigare forskning inom området finns. Författarna beskriver inte tydligt varför det finns behov av att utföra studien.
Design och metod	Hermeneutisk - fenomenologisk Bandade intervjuer Författaren beskriver varför metoden valdes.	Fenomenologi med ett livsvärldsperspektiv. Bandade djupintervjuer Författarna beskriver varför metoden valdes.	Kvalitativ ansats – fokus var att beskriva och förstå upplevelsen. Semistrukturerade djupintervjuer. Ett psykosocialt ramverk användes för att konstruera intervjufrågor och för att underlätta analysprocessen. Författarna beskriver varför metoden valdes.	Fenomenologisk ansats Bandade djupintervjuer Författaren beskriver varför metoden valdes.	Fenomenologisk ansats Bandade telefonintervjuer Författarna beskriver inte varför metoden valdes.
Datainsamlingsmetod Deltagare	Rekrytering av kvinnorna gjordes i en stor stad i mellanvästern (USA) genom annonsering i en stor tidning. 22 kvinnor valdes ut. Inklusionskriterier: minst 1 år sedan avslutad infertilitetsbehandling för primär infertilitet, engelskspråkiga. De som hade adopterat fick delta om de identifierat sig själva som infertila och om deras berättelse kunde tillföra något om upplevelsen av att vara infertil. Det slutliga antal deltagare fastställdes när tillräckligt material fanns att analysera. Demografi noggrant redovisat.	Deltagarna var kvinnor som 2 år tidigare avslutad IVF behandling på reproduktionsmedicin på Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg, utan att ha blivit gravida. Deltagarna plockades från enhetens journaldatabas. 12 kvinnor tillfrågades brevlades. 4 kvinnor avböjde, totalt intervjuades 8 kvinnor. Alla var barnlösa förutom 1 kvinna som hade fosterbarn samt väntade på adoption. Demografi finns beskrivet.	Det ursprungliga stickprovet bestod av 151 kvinnor som genomgått tubarkirurgi på ett centralt sjukhus i Sverige under perioden 1980-84. Efter att ha kontrollerat operationslistor efter eventuella dödsfall och tillgängliga adresser kunde 91 kvinnor inkluderas i studien. Brev skickades till dessa kvinnor med frågan om de ville medverka i studien. De som skickade tillbaka kuvertet blev uppringda. 39 kvinnor valde att delta varav alla blev intervjuade. Studien bygger enbart på data från de 14 kvinnor som inte blivit föräldrar. Demografi finns beskrivet.	4 kvinnor handplockades av författaren. Deltagarna valdes ut från en kvinnogrupp som författaren samtalat med. Alla kvinnorna, liksom författaren, delade upplevelsen av infertilitet. Författarens intention var att välja kvinnor med olika bakgrundsorsaker till sin infertilitet för att få en mångfald till studien. Demografi finns beskrivet.	24 kvinnor rekryterades från ett sjukhus i norra Taiwan. Författarna har ej beskrivet hur rekryteringen gått till. Inklusionskriterier: kvinnorna skulle ha upplevt ett misslyckande av IVF behandling 1 år tidigare och avslutad sin behandling. Data samlades in genom telefonintervjuer. Demografi noggrant redovisat.

Tabell 4 (Fortsättning)

Kriterier	McCarthy 2008, USA	Johansson & Berg 2005, Sverige	Wirtberg et al. 2007, Sverige	Benasutti 2003, USA	Tsann-Juu & Yuen-Chih 2006, Taiwan
Strategi för analys	Strategi för analysen är beskriven. En noggrann utskrift av varje intervju analyserades manuellt utifrån upplevelsen av infertilitet. Teman, meta-teman och essans framkom.	Strategi för analysen mycket väl beskriven. Giorgi's fenomenologiska analysmetod har använts. Meningsfulla enheter i transkriberad text identifierades. Transformation av enheterna gjordes genom att sätta ord som betonar fenomenet som undersöktes. Transformationerna syntetiserades och summerades och en generell struktur av fenomenet formades vilket representerade essensen.	Strategi för analysen väl beskriven. Transkribering genom en kvalitativ ansats. Många teman plockades ut. Nästa steg var att konceptualisera och försöka få en förståelse utav varje tema. Slutligen drogs slutsatser från kontentan av varje tema. Detta resulterade i 3 överordnade områden.	Strategi för analysen väl beskriven. Giorgi's fenomenologiska analysmetod har använts. Författaren satte sin egen förförståelse inom parentes, meningsfulla enheter i transkriberad text identifierades. Transformation av enheterna gjordes genom att sätta ord som betonar fenomenet som undersöktes. Transformationerna syntetiserades och summerades där likheter och skillnader framkom.	Strategi för analysen väl beskriven. Benner's fenomenologiska analysmetod användes. Helheten lästes ett flertal gånger. Anledningar, känslor och tankar runt misslyckad IVF behandling identifierades och listades i kategorier. Meningen i dessa kategorier analyserades och integrerades in i ett tema. Därefter lästes all data igen i syfte att jämföra, hitta skillnader, finna nya kategorier så att korrigeringar kunde göras. Kategorier och teman som hittades i relation till varje deltagare kontrollerades igen och korrigerades för att upprätta paradigmen som reflekterade alla subjekten. Målet med identifikationen av kategorierna var att uppnå en förståelse av den levda upplevelsen hos deltagarna.
Forskarens presentation och beskrivning	Lätt att följa författarens presentation och beskrivning av resultatet. Följer ett sammanhang. Data redovisas för att stödja författarens beskrivning av resultatet.	Lätt att följa författarnas presentation och beskrivning av resultatet. Följer ett sammanhang. Data redovisas för att stödja författarnas beskrivning av resultatet.	Lätt att följa författarnas presentation och beskrivning av resultatet. Följer ett sammanhang. Data redovisas för att stödja författarnas beskrivning av resultatet.	Lätt att följa författarens presentation och beskrivning av resultatet. Följer ett sammanhang. Data redovisas för att stödja författarnas beskrivning av resultatet.	Lätt att följa författarnas presentation och beskrivning av resultatet. Följer ett sammanhang. Data redovisas för att stödja författarnas beskrivning av resultatet.
Forskarens reflekterande	Författaren reflekterar över hur hennes förförståelse påverkar analysprocessen.	Författarnas reflekterande över deras påverkan på forskningsprocessen saknas. Ena författaren fastställer att hon är verksam inom området reproduktionsmedicin, kommenterar dock inte om det kan ha någon påverkan på studien.	Författarna reflekterar över relationen mellan intervjuare och deltagare. Reflekterar över att det måste finnas en förberedelse för att ta hand om eventuella starka känslor som kan uppkomma under intervjuerna.	Författaren reflekterar över hur hennes egen upplevelse av fenomenet kan påverka resultatet på studien. Använder en självreflekterande journal för att separera hennes egen upplevelse från deltagarnas.	Forskarna har varit involverade i IVF behandling och har gjort flera studier inom området. Reflekterar över att den kliniska kompetensen och förmågan i kvalitativ forskning förhöjer studiens trovärdighet.

Tabell 4 (Fortsättning)

Kriterier	McCarthy 2008, USA	Johansson & Berg 2005, Sverige	Wirtberg et al. 2007, Sverige	Benasutti 2003, USA	Tsann-Juu & Yuen-Chih 2006, Taiwan
Etiska dimensioner	Studien är godkänd av etisk kommitté. Deltagarna skrev på ett papper för samtycke att delta. Författaren beskriver ej hur deltagarnas integritet, autonomi respekteras och om data behandlades konfidentiellt.	Studien är godkänd av etisk kommitté. Författarna beskriver ej hur deltagarnas integritet, autonomi respekteras och om data behandlades konfidentiellt.	Studien är godkänd av etisk kommitté. Författarna beskriver ej hur deltagarnas integritet, autonomi respekteras och om data behandlades konfidentiellt.	Anger inte om studien är godkänd av etisk kommitté. Författaren beskriver att hon använder pseudonymer för att skydda deltagarnas identitet, men inget om data behandlas konfidentiellt i övrigt. Deltagarna gav sitt godkännande genom att läsa insamlad data.	Studien är godkänd av etisk kommitté. Ett informerat samtycke gavs av alla deltagarna. Författarna beskriver ej hur deltagarnas integritet, autonomi respekteras och om data behandlades konfidentiellt.
Relevans och överförbarhet	Studien besvarar syftet. Få resonemang runt studiens resultat förs med andra liknande studier. Inga resonemang förs runt studiens eventuella svagheter. Studien tillför ny kunskap och ökar förståelsen. Anger inte direktiv för vidare forskningbehov.	Studien besvarar syftet. Resonemang runt studiens resultat förs med andra liknande studier. Resonemang förs runt studiens svagheter. Studien tillför ny kunskap och ökar förståelsen. Anger direktiv för vidare forskningsbehov.	Studien besvarar syftet. Resonemang runt studiens resultat förs med andra liknande studier. Resonemang förs runt studiens svagheter. Studien tillför ny kunskap och ökar förståelsen. Anger inte direktiv för vidare forskningsbehov.	Studien besvarar syftet. Resonemang runt studiens resultat förs med andra liknande studier. Resonemang förs runt studiens svagheter. Studien tillför ny kunskap och ökar förståelsen. Anger direktiv för vidare forskningsbehov.	Studien besvarar syftet. Resonemang runt studiens resultat förs med andra liknande studier. Resonemang förs runt studiens svagheter. Studien tillför ny kunskap och ökar förståelsen. Anger direktiv för vidare forskningsbehov.

Syntetisering av resultat i de inkluderade artiklarna

Kvinnors upplevelser av infertilitet kan sammanfattas i sex teman. Dessa är: *Infertilitet som en essentiell del av livet, en pendling mellan hopp och hopplöshet, en upplevelse av utanförskap och isolering, infertilitetens påverkan på sexualitet och parrelationen, betydelsen och upplevelsen av infertilitetsbehandlingen och att hitta ny mening med livet*. En översikt över de centrala teman som först identifierades och som låg till grund för varje nytt tema samt de artiklar som bidrog till dessa redovisas i tabell 5. Alla artiklar bidrog inte till varje tema då de inte belyste varje del i sitt resultat. En beskrivning av varje tema, förtydligat med citat från de analyserade artiklarna, presenteras därefter. För att citaten inte ska förlora sin betydelse och sitt innehåll är de inte översatta från engelska till svenska.

Tabell 5 Översikt över centrala teman, nya teman samt de artiklar som bidrog till varje tema

Centrala teman	Nya teman	Författare & årtal
Ständig närvaro Central del av livet Den tysta historien Att acceptera verkligheten	Infertilitet är en essentiell del av livet	Benasutti (2003) Johansson & Berg (2005) McCarthy (2008) Wirtberg <i>et al</i> (2007)
Hopp om graviditet finns fortfarande Omvandling av hopp Hoppet existerar fram till menopaus Skapa hopp i framtiden	En pendling mellan hopp och hopplöshet	Johansson & Berg (2005) McCarthy (2008) Tsann-Juu & Yueh-Chih (2006) Wirtberg <i>et al</i> (2007)
Dåligt självförtroende Social isolering Tysthet Undvika att skapa kontakt Oförståelse Utanförskap Att bli dömd	En upplevelse av utanförskap och isolering	Benasutti (2003) Johansson & Berg (2005) McCarthy (2008) Tsann-Juu & Yueh-Chih (2006) Wirtberg <i>et al</i> (2007)
Påverkan på parrelationen Sexuallivet påverkas negativt Sex på bestämda tider Oromantiskt	Infertilitetens påverkan på sexualitet och parrelationen	Benasutti (2003) Wirtberg <i>et al</i> (2007)
IVF en positiv del av upplevelsen Behandlingen ökar självkänslan Tacksamhet Behandlingens brister Vårdpersonalens bemötande Förödmjukelse Önskan om stöd	Betydelsen och upplevelsen av infertilitetsbehandlingen	Benasutti (2003) Johansson & Berg (2005) McCarthy (2008) Tsann-Juu & Yueh-Chih (2006) Wirtberg <i>et al</i> (2007)
Göra upp nya planer för framtiden Finna det positiva med att inte ha barn Tänka mer på sig själv Hitta en ny självkänsla Acceptera ett liv utan barn	Att hitta ny mening med livet	Benasutti (2003) Johansson & Berg (2005) McCarthy (2008) Tsann-Juu & Yueh-Chih (2006) Wirtberg <i>et al</i> (2007)

Infertilitet är en essentiell del av livet

Infertiliteten upplevs som ständigt närvarande och ger ett intensivt lidande. Kvinnorna känner smärta av att sörja ett barn de aldrig kommer att få. De upplever att de blir jagade av minnen och de har ett brustet hjärta som aldrig läker (McCarthy, 2008). Infertiliteten beskrivs som en

central del av livet. Den tar upp en stor del av existensen. Mycket tid och ansträngning har ägnats åt att leva efter menscykeln. Allt annat har kommit i andra hand. Menstruationen ses som ett misslyckande (Johansson & Berg, 2005; Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad & Lalos, 2007). Anledningen till att ha ägglare och livmoder är för att kunna få barn. Detta beskrivs av en kvinna med följande metafor:

"It is almost as if you cannot run with your legs- you have two legs but you cannot run with them" (Johansson & Berg, 2005, s. 60).

I flera studier ses skapandet av en familj och att kunna få barn som meningen med livet (Johansson & Berg, 2005; McCarthy, 2008; Wirtberg et al., 2007). Att få barn är ett bevis på kvinnlighet. Oförmågan att kunna få barn ger en känsla av att inte vara en komplett kvinna (Benasutti, 2003; McCarthy, 2008; Wirtberg et al., 2007). En upplevelse av att ha förlorat kontrollen framträder med frustrationen över att inte kunna påverka utgången (McCarthy, 2008). Funderingar över meningen med att finnas till belyses med följande citat:

"I still feel like, 'Where am I? Where am I going? Where am I supposed to be?' If God hasn't chosen me to be a mother, what is my purpose? That is my biggest question. What am I doing? Why have I been put on earth?... And it makes me angry that I have to search for something. I want to be a mom. Why do I have to find something else to replace that?" (McCarthy, 2008, s. 321).

Infertiliteten har genomsyrat livet och tankarna kring detta finns där ofta, men är inget som pratas om. När jämnåriga runt omkring börjar få barnbarn upplevs sorgen förstärkt igen (Wirtberg et al., 2007). Oro framträder över vad som skall hända i framtiden och vem som ska ta hand om dem under ålderdomen. Rädsla för att bli ensamma förekommer (McCarthy, 2008; Wirtberg et al., 2007).

En pendling mellan hopp och hopplöshet

En pendling mellan hopp och hopplöshet framkommer. Hoppet om att bli gravid existerar så länge menstruationen finns. Hoppet blir mindre och mindre med tiden, men det är inte förrän vid menopaus som barnlösheten blir definitiv (Johansson & Berg, 2005; Wirtberg et al., 2007). En del trodde att sorgen hade bearbetats, men överraskades av den nedstämdhet och sorg som upplevdes i samband med menopaus. Många år av livet hade spenderats på att aktivt försöka få barn med hjälp av olika utredningar och behandlingar. Även efter att behandlingar-

na hade avslutats gjordes fortsatta försök att bli gravid på naturlig väg under många års tid (Wirtberg, 2007).

”To actively stop trying to become pregnant is rather complicated as it is difficult to separate sexual activity from childmaking” (Wirtberg et al., 2007, s. 600).

I studien genomförd i Taiwan framkommer det att IVF behandlingen påbörjas med ett hopp om att bli gravid. Flera misslyckanden leder till att hoppet försvinner och målet att bli gravid upplevs omöjligt att åstadkomma. Hoppet om graviditet omvandlas istället till ett generellt hopp. Att ha genomgått flera IVF försök av välkända läkare och på välrenommerade sjukhus leder till en övertygelse om att ha gjort sitt bästa för att bli gravid och känslan att det inte finns någon anledning att fortsätta framstår. Svårigheten i att bli gravid accepteras och därav också verkligheten av infertiliteten (Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2007). För att få ett balanserat perspektiv på livet görs försök att skapa nya hopp i ljuset av förlorade drömmar. Fokus läggs på det positiva och besvikelsen av att inte kunna få barn accepteras (McCarthy, 2008).

”not dwelling on what we don’t have but what we do have” (McCarthy, 2008, s. 322).

En känsla av utanförskap och isolering

Relationen till andra människor påverkas negativt av infertiliteten med en känsla av isolering under åren de aktivt försökt att bli gravid. Att umgås med andra upplevs inte viktigt (Benasutti, 2003; Johansson & Berg, 2005; McCarthy, 2008; Wirtberg et al., 2007). Att andra inte förstår innebörden av upplevelsen av infertiliteten samt känslan av att inte ha något gemensamt med jämnåriga som har småbarn framkommer (Johansson & Berg, 2005; Benasutti, 2003). Okunniga och olämpliga frågor från familj och vänner om lämplig tidpunkt att skaffa barn beskrivs som vanligt förekommande i studien av Benasutti (2003). Några har aldrig pratat om sin infertilitet då detta ses som ett privat problem. Upplevelsen av att inte ha någon att prata eller dela sina tankar med ökar den sociala isoleringen (Johansson & Berg, 2005; Wirtberg et al., 2007). De kvinnor som öppet pratar om sin livssorg verkar ha lättare att skapa kontakt med andra människor (Johansson & Berg, 2005).

”Somebody who helps you to understand that this happens sometimes, and helps one to get over it” (Johansson & Berg, 2005, s. 61).

En känsla av underlägsenhet gentemot andra kvinnor som har barn förekommer. Detta leder till dåligt självförtroende. Upplevelsen av social isolering ökar igen när jämnåriga börjar få barnbarn (Wirtberg et al., 2007). Känslan av att inte känna sig jämbördig med andra kvinnor och att bli placerad i ett annat socialt sammanhang beskrivs också i studien av McCarthy (2008). En känsla av att bli dömd ökar isoleringen. Detta beskrivs som att vara på utsidan och titta in eller som att vara utanför banan (McCarthy, 2008).

"I hated...not blending with everybody and being the couple that everyone felt sorry for... It's like a sorority that I'm never going to be a part of...I can only talk about my twin sister's kids. So I am talking about other people's experiences, not my own, and trying to make other people feel comfortable" (McCarthy, 2008, s. 322).

I en av studierna beskrivs det att känslan av utanförskap och isolering blir mindre genom att familjen är nära involverad under infertilitetsbehandlingen. Sympatisering med det psykiska och fysiska lidandet som de genomgår ger en upplevelse av medlidande och stöd vilket minskar pressen på kvinnorna (Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006).

Infertilitetens påverkan på sexualitet och parrelationen

Två av artiklarna tar upp att sexuallivet och sexlusten påverkas negativt av infertiliteten och dess behandlingar (Benasutti, 2003; Wirtberg et al., 2007). För många är sexuallivet och sexlusten för alltid borta. För några är detta en källa till oro, medan andra accepterar att denna del av livet är borta (Wirtberg et al., 2007). Som en kvinna uttrycker det:

"The enjoyment just ebbed away" (Wirtberg et al., 2007, s. 600).

En önskan om att bli erbjuden rådgivning och stöd kring denna problematik framkommer (Wirtberg et al., 2007). Att bli tillsagd att ha sex vid bestämda tidpunkter upplevs som frustrerande. Det är inte sexigt att bli gravid på detta sätt och avundsjuka upplevs gentemot fertila par. Sexuallivet var under infertilitetsbehandlingen mekaniskt och programmerat vilket tog bort det roliga från det. Det var varken romantiskt eller spontant utan följde klockan och kalendarern (Benasutti, 2003).

Flera kvinnor är fortfarande gifta eller sammanboende med samma man som de genomgick infertilitetsutredning och behandling med. Hälften är antingen skilda eller separerade och skilsmässan relateras till infertilitetssituationen. I samtliga fall var det mannen som valt att

lämna relationen (Wirtberg et al., 2007). Alla i studien av Benasutti (2003) beskriver äktenskapet som lyckligt. De som fick barn är fortfarande gifta. Äktenskapet var ansträngt under infertilitetstiden, men har sedan blivit stärkt genom upplevelsen. Upplevelsen ledde till ökad lyhördhet, mer tålamod och bättre kommunikation. En av kvinnorna skilde sig när infertilitetsbehandlingen misslyckades, men uttrycker att det inte berodde på infertiliteten. Äktenskapet var olyckligt redan innan infertilitetsbehandlingen påbörjades.

Betydelsen och upplevelsen av infertilitetsbehandlingen

Att ha fått möjlighet att genomgå infertilitetsbehandling framstår som positivt och viktigt för många. Behandlingen ger tillfredsställelse och större självkänsla (Johansson & Berg, 2005; Wirtberg et al., 2007). Ett befruktat ägg ses som ett barn och när menssen kommer upplevs det som ett missfall. Det beskrivs som en känsla av att kroppen fungerat men inte hela vägen (Johansson & Berg, 2005). Förväntningarna på IVF behandlingen är ofta höga. Föreställningar förekommer hos vissa om att orsaken till en misslyckad behandling kan förklaras och att det går att förhindra vid nästa behandlingsförsök. När läkaren inte kan ge dem ett sådant svar upplevs det meningslöst att fortsätta med behandlingen (Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006).

"I have received many cycles of IVF, but all were in vain. Doctors could not identify the reasons for the failures, and I thought that any further would just repeat the same results for me" (Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006, s. 50).

I en av studierna beskrivs IVF proceduren som fylld med lidande. Misslyckanden leder till frustration och misstro. Den fysiska och psykiska hälsan upplevs hotad under behandlingarna vilket är ett skäl till att behandlingarna avbryts. Teknologin kan inte alltid lösa den bristande reproduktionsförmågan även om kvinnorna hoppas på det. Medvetenhet finns om dessa medicinsk-tekniska begränsningar, men misslyckanden leder ändå till besvikelse. Vetskapen om detta samt att få reda på deras eller partners dåliga reproduktiva funktion hjälper till att förstå det omöjliga i att bli gravid. Verkligheten accepteras och de kan lättare gå vidare (Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006). Att lättare kunna gå vidare genom att få höra sanningen beskrivs även i studien av Wirtberg et al. (2007). Två kvinnor fick höra av sina läkare att chanserna att lyckas bli gravid var ytterst små. Vid det tillfället hatades läkaren, men kvinnorna har senare insett att den brutala sanningen varit till hjälp för att gå vidare.

I studien av McCarthy (2008) framkommer det att sorgen som associeras till infertiliteten är kopplad till ensamheten. En opersonlig och okänslig vård under infertilitetsbehandlingen be-

skrivs i studierna av Benasutti (2003) samt McCarthy (2008). Misstro, förödmjukelse samt känslan av att vara en i mängden är en stor anledning till denna upplevelse (Benasutti, 2003).

"cattle because his office was so crowded. I felt like a number. It wasn't personalized at all. This guy just did surgery, cut me up, and made his money" (Benasutti, 2003, s. 62).

All uppmärksamhet läggs på teknologin i behandlingen och ingen uppmärksamhet på den känslomässiga utmaningen de går igenom. Att inte längre vara infertilitetspatient ger känslor av övergivenhet och ensamhet i sorgen (McCarthy, 2008). Upplevelsen av ensamhet och saknaden av att inte bli erbjuden samtalsstöd belyses också i studien av Wirtberg et al. (2007).

Att hitta ny mening med livet

Att göra upp nya planer för framtiden framstår som viktigt för att kunna gå vidare. En känsla av frihet och möjlighet att forma sin egen framtid med fokus på sig själva samt försök att finna positiva saker med att inte ha barn lyfts fram. Resor, jobb och studier ges större utrymme och är ett sätt att hitta ny mening med livet (Johansson & Berg, 2005; McCarthy, 2008; Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006; Wirtberg et al., 2007).

"One can see how very positive it is to not have children. One can travel, I can go out in my car and drive wherever I want and when ever I like" (Johansson & Berg, 2005, s. 61).

En strävan efter att flytta sig från infertilitetssituationen till att bygga upp ett balanserat perspektiv på sig själva och ett liv utan barn beskrivs (McCarthy, 2008; Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006). I en av studierna framkommer känslan av en oväntad inre styrka genom upplevelsen av att ha överlevt en dråpslagande förlust. Fokus läggs på det positiva istället för att grubbla på det de inte har och behovet av att skapa ett nytt liv framkommer (McCarthy, 2008).

I studien av Wirtberg et al. (2007) har majoriteten hittat en livsstil som de är någorlunda nöjda med. Ett vanligt uttryck är att försöka göra det bästa av allting. Att engagera sig för andras barn, oftast syskonbarn men även vänners barn är ett sätt att bearbeta barnlösheten. Intresset för andras barn kom oftast senare i livet. Under de aktiva åren med infertilitetsbehandlingar var det dock alltför smärtsamt och kontakt med andras barn undveks då. Omsorg till husdjur och till äldre föräldrar nämns också som något meningsfullt i livet. Känslan av att aldrig kunna förlika sig med att vara barnlös och att inte kunna hitta en livsstil som är tillfredsställande nog utan barn beskrivs endast av några få. I studien av Johansson och Berg (2005) framkom-

mer det också att engagemang för syskonbarn är viktigt och kan tjäna som ett substitut till ett eget barn. Genom syskonbarnen kommer familjen att föras vidare. Infertiliteten som en central del av livet återkommer dock alltid. Enligt Benasutti (2003) beskriver kvinnorna att upplevelsen av infertiliteten ger en ökad känsla av empati gentemot andra människor. Varje dag är speciell och saker tas inte längre för givet. En känsla av att ha gått stärkt ur upplevelsen beskrivs.

Sammanfattning av syntetiseringen av kvinnors upplevelser av infertilitet

Att bilda familj och att kunna få barn ses som meningen med livet. Infertiliteten upplevs som ständigt närvarande och en upplevelse av att pendla mellan hopp och hopplöshet beskrivs. Så länge menstruationen kommer existerar hopp om graviditet men menstruationen ses samtidigt som ett misslyckande. Infertiliteten ger en känsla av utanförskap och isolering. Upplevelsen av att inte känna sig jämbördig andra kvinnor belyses. En opersonlig och okänslig vård där ingen uppmärksamhet läggs på den känslomässiga utmaningen beskrivs och i samband med detta erfars en känsla av förödmjukelse och ensamhet. Upplevelsen av infertilitet kan stärka parrelationen men kan också leda till skilsmässa eller separation. Infertilitetsbehandlingen ger en större självkänsla och upplevs som något positivt och viktig för många. Ett negativt påverkat sexliv och minskad sexlust beskrivs av flera som en effekt av infertiliteten och dess behandlingar. För att kunna gå vidare i livet framstår det som viktigt att göra upp nya planer för framtiden och att försöka finna positiva saker med att inte ha barn.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden metasyntes visade sig vara lämplig för att besvara vårt syfte, men är fortfarande en relativt ny metod och det har varit svårt att hitta bra metodbeskrivningar. Det har varit besvärligt och tidskrävande att plocka ut bra och väsentliga beskrivningar från de material som finns att tillgå då redovisning av vissa steg i processen ibland saknas. Att göra en metasyntes kräver goda kunskaper både om metoden i sig och även om andra forskningsmetoder. Tiden har varit begränsad vilket har gjort att vi inte kunnat fördjupa oss i metodiken så mycket som vi hade önskat.

Vi kan konstatera att det har varit relativt lätt att hitta kvalitativa artiklar som beskriver kvinnors upplevelser av infertilitet. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska. Detta kan ha gjort att vi har missat studier publicerade på andra språk som tar upp detta fenomen. Studierna är genomförda i Sverige, Taiwan och USA. Ett begränsat antal länder är representerade vilket kan ses som en svaghet då infertilitet kan upplevas annorlunda i andra kulturer. Ingen begränsning gjordes på årtal utifrån grundantagandet att upplevelsen inte förändrats i större utsträckning under åren. Alla artiklar som hittades och valdes ut visade sig vara publicerade under 2000-talet. Anledningen till detta kan tänkas bero på att upplevelsen av infertilitet och infertilitetsbehandling först på senare år börjat uppmärksammas mer.

Datamaterialet bestod från början av åtta artiklar. Artiklarna lästes översiktligt och tre artiklar exkluderades därefter på grund av bristande relevans eller trovärdighet. Vi ansåg att det var bättre att basera studien på färre antal artiklar som var av god kvalitet för att resultatet i vår studie skulle bli tillförlitligt.

Under analysprocessen har vi läst artiklarna var och en för sig och noterat centrala teman från artiklarnas resultat. De centrala teman som noterades av var och en stämde bra överens med varandra. Risken att primärkällornas resultat har feltolkats uppfattas därmed som liten. Att vi tolkat resultatet på samma sätt gjorde att vi lättare kunde plocka ut likheter och skillnader och sedan syntetisera de centrala temana till nya teman.

Resultatdiskussion

Checklistan för kvalitetsbedömning utformad av Walsh och Down (2006) är omfattande och vi plockade ut de punkter som vi kunde tillämpa på våra artiklar. Den graderingsskala som används av Walsh och Down (2006) har inte använts utav oss då vi inte tycker att den är tydligt beskriven. Det är möjligt att vi skulle kunna ha fått en bättre kvalitetsbedömning om denna graderingskala använts. Alla artiklarna bedömdes dock vara av god kvalitet med få brister. Artiklarna beskriver väl studiens syfte, metod och analys och de få brister som hittades anses inte påverka kvaliteten på vår studie. I övrigt är instrumentet väl strukturerat och tydligt vilket gjorde det lätt att använda.

Artiklarna svarar väl mot syftet att beskriva kvinnors upplevelser av infertilitet. Resultatet sammanfattades i sex teman. Alla artiklar bidrog inte till varje tema då inte allt beskrivs i var-

je artikel. Vi kan dock konstatera att det sammanställda resultatet visar på mer likheter än olikheter om kvinnors upplevelse av infertilitet.

Infertilitet beskrivs som en central del av livet. Den tar upp en stor del av existensen och ger ett intensivt lidande (Johansson & Berg, 2005; McCarthy, 2008; Wirtberg et al., 2007). Detta belyses också i en tidigare studie av Wirtberg (1992) där det framkommer att infertiliteten påverkar och upptar hela kvinnans livsvärld. Vi tror att vetskap om detta kan hjälpa barnmorskor och annan vårdpersonal till ett bättre bemötande och förståelse för kvinnan och den värld hon lever i. Detta styrks av Dahlberg et al. (2003) som menar att genom att uppmärksamma kvinnans vardagsvärld och den dagliga tillvaron hon lever i kan upplevelsen och erfarenheten av att leva med infertilitet bättre förstås. Resultatet i föreliggande studie visar att förmågan att kunna få barn är starkt förknippad med kvinnlighet. Att inte kunna få barn leder till en känsla av att inte vara en komplett kvinna och livets mening ifrågasätts (Benasutti, 2003; Johansson & Berg, 2005; McCarthy, 2008; Wirtberg et al., 2007). Ett intressant fynd är att infertiliteten genomsyrar livet även så långt som 20 år efter avslutat behandling (Wirtberg et al., 2007). Kan detta ses som att upplevelsen av infertilitet är en livslång sorg? Vi anser att mer uppmärksamhet och forskning kring långsiktiga effekter av upplevelsen av infertilitet behövs.

En pendling mellan hopp och hopplöshet framträder tydligt. Så länge menstruationen kommer existerar hopp om graviditet men menstruationen ses samtidigt som ett misslyckande. Det är först vid menopaus som hoppet grusas sönder och infertiliteten blir definitiv (Johansson & Berg, 2005; Wirtberg et al., 2007). Kan detta hopp dominera kvinnornas liv på ett sätt som gör det svårt för dem att gå vidare i livet? Tilltron till att infertilitetsbehandlingen skall lösa deras bristande reproduktionsförmåga är stor. Misslyckanden leder till besvikelse (Johansson & Berg, 2005; Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006, Wirtberg et al., 2007). Vad får kvinnorna för information från vårdpersonalen när infertilitetsbehandlingen avslutas om deras chanser att bli gravid eftersom hoppet fortfarande finns där för de flesta? Vi tror att barnmorskor och annan vårdpersonal genom stöd och information kan hjälpa kvinnorna att ta tag i livet och att hitta andra positiva saker som gör det värt att leva.

Bemötandet från vårdpersonalen beskrivs som opersonligt och okänsligt i två av studierna. Kvinnorna känner sig som en i mängden, inte som en egen individ. Ingen uppmärksamhet läggs på den känslomässiga utmaningen de går igenom (Benasutti, 2003; McCarthy, 2008). I

likhet med detta beskrivs i en finsk studie att den vanligaste orsaken till missnöje under infertilitetsbehandlingen är en dålig relation till vårdpersonalen. Den vanligaste upplevelsen är att den behandlande läkaren inte tar kvinnan på allvar och har ett otrevligt bemötande. De som beskriver en positiv upplevelse av infertilitetsbehandlingen nämner en bra relation med läkaren, där läkaren är en human person som har tid att lyssna, samtala och ta kvinnans problem på allvar (Maili et al., 2001). Vi tror att ett bra bemötande kan göra att infertilitetsbehandlingen upplevs som något positivt även om den inte leder till ett barn. Det är viktigt att barnmorskor och annan vårdpersonal ser helheten och att uppmärksamhet även läggs på de känslor som är förknippade med infertilitet. Att se helheten är avgörande för människans upplevelse av att vara hälsa och att känna välbefinnande. Känslan av välbefinnande kan kopplas samman med individens livskvalitet och känslan av mening med livet (Bruce & Lind, 1991; Eriksson, 1995).

Förlust av ett tillfredställande sexualliv till följd av infertiliteten och dess behandlingar är vanligt förekommande (Benasutti, 2003; Wirtberg et al., 2007). Detta styrks också i en studie av Hart (2002) där det beskrivs att spontaniteten och känslorna i sexuallivet försvinner när infertilitetsbehandlingarna påbörjas. Enda syftet med att ha sex är för befruktningens skull. Vi tror att sexuallivet är ett känsligt ämne att prata om med familj och vänner. Wirtberg et al. (2007) har belyst kvinnors önskan om att bli erbjuden rådgivning och stöd kring denna problematik vilket vi ser som en viktig uppgift för vårdpersonalen.

Att infertiliteten ger en känsla av utanförskap och isolering framkommer tydligt i flera av studierna (Benasutti, 2003; Johansson & Berg, 2005; McCarthy, 2008; Wirtberg et al., 2007). I studien av Hart (2002) beskrivs också detta fenomen. Barn finns överallt och kvinnan blir därför ständigt påmind om infertiliteten. Detta leder till att sociala situationer undviks. Tsann-Juu & Yueh-Chih (2007) belyser att kvinnorna upplever att känslan av utanförskap och isolering blir mindre genom att familjen är nära involverad under infertilitetsbehandlingen. Att involvera familjen eller andra nära beskrivs inte i de andra studierna. Vi funderar över om det i vissa kulturer kan vara mer naturligt med familjens delaktighet vid problem som i andra kulturer kan ses som väldigt privata.

Att göra upp nya planer för framtiden framstår som viktigt för att kunna gå vidare (Johansson & Berg, 2005; McCarthy, 2008; Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006; Wirtberg et al., 2007). Det verkar som om de flesta kvinnor kan finna positiva saker utan barn och hitta ny mening i livet.

Enbart i en av artiklarna beskriver ett fåtal kvinnor att de inte förlikat sig med infertiliteten och därmed har svårt att gå vidare i livet (Wirtberg et al., 2007). Vi frågar oss om de kvinnor som kan gå vidare och hitta andra glädjeämnen i livet även upplever att de har en god livskvalitet? I en kvantitativ studie gjord i USA undersöktes det om kvinnor med en infertilitetshistorik har sämre livskvalitet än de kvinnor som inte upplevt infertilitet. Resultatet visar att jämfört med kvinnor som inte upplevt infertilitet är livskvaliteten signifikant lägre för kvinnor med infertilitetshistorik. Ingen sämre livskvalitet ses dock hos de kvinnor som fått barn eller hos dem som inte ser infertiliteten som ett problem. Andra aspekter som också påverkar upplevelsen av livskvalitet är inre hälsa och arbete (McQuillan, Torres-Stone & Greil, 2007). Då detta bara är en studie kring infertilitet och livskvalitet är det svårt att säga om den är överförbar på alla kvinnor. Vi tycker att det skulle vara intressant att studera detta fenomen ytterligare.

SLUTSATS

De är många komplexa frågor, beslut och emotionella konsekvenser inbäddad i upplevelsen av infertilitet. Infertilitet är lika mycket en känslomässig som fysisk utmaning. I vår studie belyses behovet av att vårdpersonalen ser kvinnan som en egen individ och uppmärksammar den känslomässiga utmaningen hon går igenom. En önskan om stöd från vårdpersonalen framkommer. Resultatet kan hjälpa barnmorskor och annan vårdpersonal att utveckla ett bättre bemötande genom ökad förståelse för kvinnors upplevelser av infertilitet.

Vi ser att mer forskning behövs kring de långsiktiga effekterna av upplevelsen av infertilitet då det är mycket litet beskrivet. Det skulle även vara intressant att undersöka hur män upplever infertilitet och om det skiljer sig mot kvinnors upplevelser.

REFERENSLISTA

- Allan, H. (2007). Experiences of infertility: liminality and the role of the fertility clinic. *Nursing Inquiry*; 14(2): 132-139.
- Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Benasutti, R.D. (2003). Infertility: Experiences and Meanings. *Journal of Couple & Relationship Therapy*; 2(4): 51-71.
- Bruce, A., & Lind, E. (1991). *Om vård – begrepp och mening*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cudmore, L. (2005). Becoming parents in the context of loss. *Sexual and Relationship Therapy*; 20(3): 299-308.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1995). *Vårdprocessen* (4. uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Fidler, A., & Bernstein, J. (1999). Infertility: From a Personal Public Health to a Problem. *Public health reports*; 114: 494-511.
- Friberg, F.(red.) (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gottlieb,C., & Schoultz, B. (2004). *Öppenvårdsgynekologi* (2. uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Hart, V. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*; 23: 31-41.
- Hreinsson, J., Hamberger, L., & Hardarson, T. (2005). *Infertilitet*. Lund: Studentlitteratur.

Imeson, M., & McMurray, A. (1996). Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*; 24: 1014-1022.

Johansson, M., & Berg, M. (2005). Women's experiences of childlessness 2 years after the end of *in vitro* fertilization treatment. *Scand J Caring Sci*; 19: 58-63.

Maili, M., Hemminki, E., Räikkönen, O., Sihvo, S., & Perälä, M-L. (2001). What do women want? Women's experiences of infertility treatment. *Social Science & Medicine*; 53: 123-133.

McCarthy, P. (2008). Women's lived experience of infertility after unsuccessful medical intervention. *Journal of Midwifery & Women's Health*; 53(4): 319-324.

McQuillan, J., Torres Stone, R., & Greil, A. (2007). Infertility and Life Satisfaction Among Women. *Journal of family Issues*; 28(7): 955-981.

Merari, D., Chetrit, A., & Modan, B. (2002). Emotional reactions and attitudes prior to *in vitro* fertilization: An inter-spouse study. *Psychology and Health*; 17(5): 629-640.

Möller, A. (1989). Infertilitet inte bara ett "medicinskt fenomen" utan en hel livskris. *Läkartidningen*; 86: 3037-3041.

Noblit, G., & Hare, D. (1988). *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies*. Beverly Hills, California: Sage Publications, Inc.

Parry, D. (2005). Women's Experiences with Infertility: The Fluidity of Conceptualizations of "Family". *Qualitative Sociology*; 28(3): 275-291.

Paterson, B. (2007). Coming Out as Ill: Understanding Self-disclosure in Chronic Illness from a Meta-synthesis of Qualitative Research. I Webb, C., & Roe, B. (Ed.). *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: systematic reviews*. Oxford: Blackwell.

Socialstyrelsen. (2005). Reproktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv. [cited 2008-08-29] Available from URL: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/37CEA302-3CAF-41CA-AA7E-D33C2DD181DF/4378/20051125.pdf>

- Socialstyrelsen. (2007). Assisterad befruktning 2004. (SOS-rapport; 2007:5) [online] [cited 2008-08-13]. Available from URL: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/40EE3D42-1519-4EFE-AD20-AC78811F196E/7766/2007428.pdf>
- Tsann-Juu, S., & Yueh-Chih, C. (2006). Transforming Hope: The Lived Experience of Infertile Women Who Terminated Treatment After *in Vitro* Fertilization Failure. *Journal of Nursing Research*; 14(1): 46-52.
- Walsh, D., & Downe, S. (2006). Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*; 22: 108-119.
- WHO. (2008). Infertility. [online]. [cited 2008-08-13]. Available from: URL: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/infertility.html>
- WHO. (2001). Ifecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries. *Demographic and health surveys (DHS), reports No 9* [online] [cited 2008-08-13]. Available from: URL: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR9/CR9.pdf>
- WHO. (2004). Reproductive health strategy – to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. [cited 2008-09-02] Available from URL: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf>
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wirtberg, I. (1992). *His and her childlessness*. Stockholm: Karolinska Institutionen. Dissertation.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S-E., & Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*; 22(2): 598-604.