

Kvinnors upplevelser av misslyckad infertilitetsbehandling

– En metasyntes

FÖRFATTARE	Soudabeh Kahyar
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet Hösttermin 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Evelyn Hermansson
EXAMINATOR	Anna Dencker

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Kvinnors upplevelser av misslyckad infertilitets behandling
Titel (engelsk):	Women`s experiences of unsuccessful infertility treatment
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurskod/kurs	Barnmorskeprogrammet/Reproduktiv och perinatal hälsa RPH 100/Hösttermin 2013
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	38 sidor
Författare:	Soudabeh Kahyar
Handledare:	Evelyn Hermansson
Examinator:	Anna Dencker

SAMMANFATTNING

Infertilitet är ett globalt hälsoproblem och 15 % av par i fertil ålder lider av ofrivillig barnlöshet. En del av infertila par genomgår infertilitetsbehandling men behandlingen leder inte alltid till barnafödande. Syftet med den här studien var att öka kunskaper om kvinnors upplevelser av misslyckad infertilitetsbehandling genom att syntetisera resultaten av tidigare kvalitativa studier inom området. Metoden metasyntes användes i studien. För att hitta relevanta artiklar användes databaserna ``Pub Med`` och ``Scopus``. Åtta artiklar som svarade mot syftet valdes ut. De utvalda artiklarna bedömdes ha god kvalitet. Syntetisering av de utvalda artiklarna ledde till sju nya teman: hopp och hopplöshet, barnlöshet en viktig del av livet, isolering, att fokusera på nya mål i livet, påverkan på sexualitet och parrelation, det positiva och negativa med infertilitet och dess behandling samt stöd under infertilitetsbehandling och efter. Infertila kvinnor pendlar hela tiden mellan hopp och hopplöshet. Hoppet att bli gravid är starkt och det minskar med tiden tills de når menopaus. Hopplöshet upplevs efter varje misslyckad IVF-behandling. Barnlöshet blir en viktig del av livet hos dessa kvinnor genom att de fokuserar mest på sin kroppsliga funktion eller sin framtida hälsa. Vid åldrande upplever de barnlöshet i samband med barnbarn eller frågor om arv. De flesta infertila kvinnor isolerar sig på grund av bristande förståelse från omgivningen eller så upplever de ingen gemenskap med föräldrar som har små barn. En del av infertila kvinnor accepterar sin infertilitet och de fokuserar på nya framtida planer till exempel att göra karriär eller att ägna mer tid åt sig själva. Infertilitet påverkar parrelation och sexualitet både positivt och negativt. En del skiljer sig på grund av infertilitet medan parrelation blir förstärkt hos andra infertila par vid svåra situationer. Infertilitet och dess behandling har både positiva och negativa effekter. Positiva effekter i form av upptäckt av inre styrka, ökade kunskaper om infertilitet, andlig utveckling och en känsla av ödmjukhet. Negativa effekter i form av minskat självförtroende, negativa känslor såsom frustration, skuldkänsla, meningslöshet med mera samt ekonomiska problem pga. kostsam behandling. Infertila kvinnor får största stödet från familjens sida medan de flesta kvinnor upplever mindre stöd från vårdpersonalens sida. För att minska negativa upplevelser hos dessa kvinnor ska de vara delaktiga i sin behandling och de ska få tillräcklig information av vårdpersonal vid varje tillfälle. Infertila kvinnor ska erbjudas kontakt med psykolog efter varje misslyckad behandling och det är viktigt att visa empati till dessa kvinnor.

Nyckelord: Infertilitet, kvinnor, upplevelse, metasyntes, hälsa, välbefinnande, livskvalitet.

ABSTRACT

Infertility is a worldwide health problem and 15% of couples in infertility age suffer from infertility. Some infertile couples undergo infertility treatment but the treatment does not always lead to childbirth. The aim of the study was to increase knowledge about women`s experiences of unsuccessful infertility treatment by synthesizing the results of previous qualitative studies in the field. A meta-synthesis method was used in this study. Pub Med and Scopus databases were used to find relevant articles. Eight articles that met the objective were selected. The selected articles were deemed to be of high quality. Synthesizing the selected articles led to the following seven new themes: hope and hopelessness, infertility as an important part of life, isolation, focus on new goals in life, impact of sexuality and partner relationship, the positive and negative effects of infertility and its treatment, and support during and after treatment. Infertile women constantly vacillate between hope and hopelessness. The hope to get pregnant is strong and it decreases with time until they reach menopause. Hopelessness is experienced after each unsuccessful IVF treatment. Infertility becomes an increasingly important part of lives of these women through their focus on most of their bodily function or their future health. During aging they experience infertility in connection with the grandchildren or questions about inherited traits. Most infertile women isolate themselves due to a lack of comprehension from their surroundings or a lack of fellowship with parents who have young children. Some infertile women accept their infertility and they focus on new future plans, for example, to pursue a career or to devote more time to themselves. Infertility affects partner relationship and sexuality in both positive and negative ways. In some couples, it leads to divorces; while in others, the relationships are strengthened duo to the challenges of infertility. Infertility and its treatment have both positive and negative effects. Positive effects in terms of discovery of inner strength, increased knowledge about infertility, spiritual growth and a sense of humility. Negative effects in terms of reduced confidence, negative emotions such as frustration, guilt, worthlessness, etc. and financial burden due to expensive treatment. Infertile women get the most support from the family and the least support from the nursing staff. To decrease negative experiences of these women, they must be actively involved in their own treatment, and they should be adequately informed by health professionals at every step. Infertile women should be offered psychology consults after each treatment failure. It is extremely important to display empathy to these women.

Keywords: Infertility, women, experience, meta-synthesis, health, wellbeing, quality of life.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Orsaker till infertilitet.....	1
Utredning kring infertilitet.....	2
Behandling av infertilitet.....	3
Psykosociala effekter.....	4
Teoretisk referensram.....	6
Hälsa och välbefinnande.....	6
Livskvalitet.....	7
Problemformulering.....	8
Syfte.....	8
Metod.....	9
Metasyntes.....	9
Etiska överväganden.....	11
Datainsamling.....	11
Analys.....	13
Sammanställning och kvalitetsbedömning av inkluderade artiklarna..	14

Resultat	17
Syntetisering av artiklarnas resultat	17
Beskrivning av metasyntes teman	19
Hopp och hopplöshet	19
Barnlöshet en viktig del av livet.....	19
Isolering.....	20
Att fokusera på nya mål i livet.....	21
Påverkan på sexualitet och parrelation.....	22
Det positiva och negativa med infertilitet och dess behandling.....	23
Stöd under infertilitetsbehandling och efter.....	24
Diskussion	25
Metoddiskussion.....	25
Resultatdiskussion.....	26
Konklusion	29
Implikationer	29
Referenslista	31
Bilaga 1	35

Inledning

Att kunna få barn är något som de flesta människor önskar men tyvärr inte alltid kan få antingen på grund av medicinska skäl eller utan att man vet varför. Barnlöshet är ett globalt hälsoproblem och många människor i hela världen lider av det. Barnlösa par behöver ibland medicinsk hjälp för att få barn och en Infertilitetsutredning och behandling tar lång tid. Processen kan vara psykiskt påfrestande för paren och kräver ofta stort tålamod. Behandlingen leder inte heller alltid till barnafödande. Därför adopterar en del barn och andra blir barnlösa.

Infertilitet är inte bara ett medicinskt problem utan den kan leda till psykosociala effekter som sorg, ilska, depressioner, isolering som påföljd av längtan efter att få barn. Som barnmorskor kommer vi att träffa infertila par i vårt framtida yrke. Därför är det viktigt att veta hur paren upplever barnlöshet. Vi kan stödja dem på ett bra sätt genom att öka vår kunskap och förståelse om upplevelsen av infertilitet.

Bakgrund

Infertilitet är ofrivillig barnlöshet och är ett problem som finns hos alla folkgrupper i hela världen. Enligt WHO är infertilitet ``oförmåga att få barn efter två år regelbundna och oskyddade samlag``. Primär infertilitet definieras när ett par aldrig har haft barn och sekundär infertilitet innebär att kvinnan varit gravid men inte kan bli gravid igen och orsaken kan vara till exempel infektioner och andra orsaker (WHO, Infertility, 2012).

Mer än var åttonde par behöver hjälp för att få barn. De flesta kvinnor (85 %) blir gravida efter ett år regelbundna och oskyddade samlag. Infertilitetsutredning bör därför påbörjas efter ett år om kvinnan inte blir gravid. Ålderfaktorn är också viktig. Med åldern minskar chansen att bli gravid och risken för missfall ökar vid 40 årsålder (Gottlieb & Schoultz, 2004).

Utredning angående Infertilitet infördes i början av 1900-talet. Under de senaste 50 åren har behandling av infertilitet haft en påfallande utveckling. Infertilitetsbehandling med hormoner lyckades först 1960 hos kvinnor med ovulationsrubbningar, samtidigt började man använda sig av mikrokirurgi för att behandla hinder i äggledarna till följd av gynekologiska infektioner. När det gäller männen, utvecklade man bland annat inseminationsmetoder för att öka spermiernas chanser att nå till äggledarna. År 1978 föddes det första provrörsbarnet i England efter 20 års forskning och man ersatte kirurgbehandling med en kombination av IVF och hormonbehandling för att behandla kvinnor för alla orsaker till infertilitet. År 1992 utfördes ICSI (intracytoplasmisk spermieinjektion) för att behandla män med allvarliga infertilitetsproblem (Hreinsson, Hamberg & Hardarson, 2005).

Orsaker till infertilitet

Grundorsaken för infertilitet finns till 30 % hos kvinnan, 30 % hos mannen och 30 % hos både kvinnan och mannen. Tio procent är oförklarad infertilitet där man inte hittar orsak för problemet. Vanligaste orsaken hos män är problem med spermieproduktionen och hos

Kvinnor är det äggledarskador till följd av klamydiainfektion. Andra orsaker hos kvinnor är ovulationsstörningar och endometriosis (Gottlieb & Schoultz, 2004).

Ovulationsrubbingar kan vara i form av polycystisk ovariesyndrom (PCOS). Denna kännetecknas av förstorade ovarier med ökade antal folliklar. PCOS kan leda till oregelbundna menstruationer eller oligomenorré. Hormonrubbingar som till exempel hyperprolaktinemi hos kvinnor kan också leda till amenorré och infertilitet (Janson & Langren, 2011).

Anatomiska avvikelser i uterus, endometriet och äggledarna är en annan orsak till infertilitet. Anatomiska förändringar i uterus kan vara i form av myom, slemhinnepolyper och missbildningar i till exempel septum. Förändringar i endometriets tjocklek kan bero på hormonrubbingar i form av till exempel otillräcklig östrogenmängd eller Ashermans syndrom. Vid Ashermans syndrom skadas slemhinnelager i endometriet efter en exeres och det kan leda till adherenser (Janson & Langren, 2011).

Ibland kan kombination av olika orsaker leda till infertilitet, till exempel kan skada på äggledare ofta leda till hormonrubbingar (Gottlieb & Schoultz, 2004).

Utredning kring fertilitet

Vid infertilitetsutredning ska såväl mannen som kvinnan utredas och det är viktigt att paret som önskar ha barn deltar i utredningen tillsammans (Gottlieb & Schoultz, 2004). Syftet med utredning är att paret ska få barn och att de får information om orsaken till infertiliteten och den bästa eventuella behandlingen. Den som är ansvarig för utredningen är en gynekolog som har god kunskap om infertilitet och dess behandling (Janson & Langren, 2011).

Processen börjar med att mannen lämnar ett spermieprov. Man vill då utvärdera kvaliteten på spermier, och de parametrar som mäts vid spermieprov enligt WHO är: volym, pH, spermiekoncentration, spermieantal, morfologi, viabilitet, motilitet, vita blodkroppar, zink och fruktos. Vid azoospermi (avsaknad av spermie) eller oligozoospermi (få spermier) ska mannen remitteras till andrologisk specialist (Gottlieb & Schoultz, 2004).

Vid första besöket inhämtas anamnes från både mannen och kvinnan, kvinnans BMI kontrolleras och infektionsprover hiv och hepatit tas från både mannen och kvinnan. Paret får både muntlig och skriftlig information om utredning och de planerade undersökningarna. De får också information om hur rökning och alkoholkonsumtion kan påverka fertiliteten negativt. Det är viktigt att fråga mannen om tidigare infektioner i underlivet, ljumskbråcksoperation eller utsatthet för kemikalier eller strålning. Vid avvikande spermieprov ska man undersökas somatiskt och prover upprepas om tio till tolv veckor. Kvinnan undersöks gynekologiskt och genomgår ultraljudundersökning. Hormonprover, klamydiaserologi, TSH och cellprov tas. Fortsatt utredning ska göras med HSG (hysterosalpingografi) och eventuellt laparoskopi om det behövs (Janson & Langren, 2011).

Med ultraljud kan man upptäcka myom, polyper och missbildningar i uterus. Hysterosalpingografi visar äggledarens funktion och eventuellt hinder i äggledarna. Laparaskopi görs vid misstanke om klamydia, äggledarskador och endometriosis (Janson & Langren, 2011).

Bonneau, Chanelles, Sifer & Poncelet (2012) har undersökt användning av laparaskopi vid oförklarad infertilitet. Forskarna studerade 114 infertila kvinnor mellan år 2003 till år 2009. Alla kvinnor hade normal ägglossning med normal klinisk undersökning. Ultraljud av bäcken och hysterosalpingografi var normala. Analys av sädesvätskan visade inga avvikelser. Efter tre misslyckade behandlingar med äggstimulering med eller utan IUI (Intra Uterin Insemination) genomgick kvinnor diagnostisk laparaskopi. Nittiofem av kvinnor hade någon form av förändringar i bäckenet eller gynekologisk sjukdom. Den vanligaste sjukdomen var endometriosis och därefter adherenser i bäckenet samt sjukdom i äggledarna. Sjuttiofem av 102 patienter som genomgick kirurgi blev gravida. Den studien betonar på vikten att använda laparaskopi vid oförklarad infertilitet (Bonneau et al. 2012).

Efter avslutad utredning ska paret få möjlighet för återbesök. Vid återbesöket informeras paret om utredningens resultat och vilken behandling som kan vara lämplig i just det fallet. Sedan gör läkaren, tillsammans med paret en behandlingsplan. Ibland kan det även finnas behov för stödsamtal i detta sammanhang (Janson & Langren, 2011).

Behandling av infertilitet

Behandlingen av infertilitet beror på orsaken till infertilitet och består av: ovulationsstimulering och assisterad befruktning liksom IVF, ICSI och IUI (Janson & Langren, 2011).

Vid ett patologiskt spermieprov finns en manlig faktor. Infektion i könskörtlarna hos män kan minska spermieproduktionen. I sådana fall ska paret behandlas med antibiotika eftersom bakterier kan finnas hos båda parter. Yttre faktorer som lösningsmedel och värme kan påverka spermieproduktionen negativt. Männen ska undvika varma bad i kar och kemikalier. Även manlig infertilitet kan bero på hormonrubbningar. Hormonbehandling i sådana fall kan förbättra spermieproduktionen påtagligt. Vid avsaknad av spermier i sädesvätskan kan man ta spermier från testiklarna via biopsi och injicerar spermien i moget ägg. Den metoden kallas intracytoplasmatisk spermieinjektion (ICSI) och kvinnan genomgår då IVF-behandling. Vid sterilitet hos mannen finns det möjlighet till donationsinsemination. I den metoden sprutas spermier från en frivillig spermagivare in i livmoderhalsen till den mottagande kvinnan (Gottlieb & Schoultz, 2004). Vid impotens hos mannen används metoden IUI (intrauterin insemination). I den metoden används ett preparerat och tvättat spermieprov. På så sätt blir spermierna dugliga för att befrukta ägget. Preparationen injiceras i uterus via en tunn kateter (Janson & Langren, 2011).

En studie från USA (Komsky-Elbaz, Raziel, Friedler, Strassburger, Kasterstein, Komarovsky, Ron-El & Ben-Ami. 2012) har jämfört graden av lyckad äggbefruktning när man använder sedvanlig IVF eller ICSI hos patienter med diagnosen endometrios och normospermi sädesvätskan. Studien har visat att man får bättre resultat när man använder metoden ICSI jämfört med sedvanlig IVF vid infertilitet som orsakat av endometrios. Det vill säga högre grad lyckad befruktning, mindre grad misslyckad befruktning och mindre grad triploid befruktning.

Ovulationsstimulering sker som en behandling hos kvinnor med anovulatorisk infertilitet. Hos dessa kvinnor saknas ägglossning eller sker sällan. Anovulation kan bero på hormonrubbingar eller PCOS. Vid denna metod behandlas kvinnan med hormoner. Kontrollerad ovulationsstimulering sker vid IVF och insemination (Janson & Langren, 2011).

För att behandla infertila kvinnor med diagnosen PCOS (Polycystisk Ovarian Syndrom), ska man utesluta andra orsaker till infertilitet hos ett par. Kvinnan ska ändra sin livsstil t.ex. viktnedgång vid övervikt, att sluta röka, att minska alkoholkonsumtion och att öka träning innan hon börjar med farmakologisk behandling. Första behandlingen är kombination av klomifen och Metformin. Om denna behandling misslyckas, ska kvinnan börja med gonadotropin behandling samt exciser av äggstockarna via laparoskopi. Den tredje behandlingen är IVF (Panidis, Tziomalos, Papadakis & Kaksikis. 2013).

IVF (in vitro-fertilisering) är en metod som används vid olika former av infertilitet. Undantaget är om infertiliteten beror på att spermier eller ägg saknas, uterusfaktorer och anovulatorisk infertilitet som först ska behandlas med hormoner. Vid denna metod stimuleras äggstockarna med hormoner GnRH-agonist eller GnRH-antagonist i kombination av injektion FSH och HCG. Syftet med hormonstimulering är att få fem till tolv mogna äggceller. Det går till som så att kvinnan får en lätt anesthesi, läkaren hämtar ut äggcellerna via transvaginal punktion och med hjälp av vaginalt ultraljud. Äggcellerna odlas några timmar utanför kroppen och tvättade spermier tillsätts. Om spermerna är så låga i antalet eller har låg rörlighet används metoden ICSI. Efter ett dygn observeras äggen om de är befruktade. Efter några dagar förs ett embryo eller i undantagsfall två embryon in i uterus via en mjuk kateter (Janson & Langren, 2011).

Psykosociala effekter

Infertilitetsbehandling är påfrestande för många par och upprepade samt planerade behandlingar kan påverka parets relation negativt. Behandlingen kräver också mycket insatser från både sjukvården och parets sida (Socialstyrelsen 2005). Enligt Greil (1997) ska studier som handlar om psykiska störningar i samband med infertilitet ta hänsyn till både infertilitets längd och behandlingens längd.

Infertilitet medför olika psykologiska reaktioner hos ett par såsom: förlust, sorg, stress, påfrestande, förlorad kontroll, hot mot identitet, påverkan på relationen mellan man och

kvinnor. Hälften av kvinnorna mår psykiskt dåligt framförallt under den tid som de får besked om infertiliteten och genomgår behandlingen. En period som normalt tar tre till fem år. Infertilitet hotar samhörighet, självförtroende och meningsfullhet hos ett par. De kan känna sig värdelösa och utanför, och upplevelser av att inte duga som partner kan uppstå. Depressiva reaktioner liksom känslan av tomhet och längtan är vanliga hos infertila par (Hreinsson, Hamberger & Hardarson, 2005).

Ofrivilligt barnlösa kvinnor genomgår tre faser: chock fas, acceptans och hopp fas. Patienter med hög ångestnivå är mindre benägna att gå in på acceptansfasen. Dessa patienter har en negativ syn på att lyckas bli gravida och de känner stor oro med behandlingen (Hart, 2002).

En dansk studie (Vassard, Lund, Pinborg, Boivin & Schmidt. 2012) visar hur sociala relationer kan påverka parets beslut om att avsluta infertilitetsbehandlingen. De par som får mindre stöd av sina anhöriga avslutar infertilitetsbehandlingen efter ett år. Paren avslutar också ofta behandlingen efter ett år om mannen har svårt att prata med sin partner om infertilitet eller om kvinnan ofta har konflikter med sin partner. Konflikt med vänner hos kvinnor ökar också möjligheten att avsluta behandlingen efter ett år.

En finsk studie (Klemetti, Raitanen, Sihvo, Saarni & Koponen. 2010) har studerat psykisk status och livskvalitet hos 2291 finska män och kvinnor. 338 av deltagarna har upplevt infertilitet. Forskarna har kommit fram att kvinnor utan barn som har upplevt infertilitet, har en ökad risk att drabbas av dystymi och ångest jämfört med kvinnor som inte har upplevt infertilitet. Kvinnor med ett barn som har upplevt infertilitet, har en ökad risk för panikstörningar. Män utan barn med infertilitets erfarenhet har betydligt sämre livskvalitet jämfört med män utan infertilitet.

I en holländsk studie (Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer & Kraaimaat. 2005) har man studerat känslomässiga reaktioner innan och sex månader efter IVF- behandling. 148 IVF patienter (kvinnor) och 71 partner har deltagit i studien och fyllt en enkät före och 6 månader efter behandling. Studien har visat en ökad upplevelse av ångest och depression hos dessa kvinnor efter misslyckad behandling och en minskning efter lyckad behandling. Män visar ingen förändring i ångest och depression efter lyckad eller misslyckad behandling. Kvinnor återhämtar sig inte sex månader efter misslyckad behandling. En femtedel av kvinnor visar subkliniska former av ångest och/eller depression vid uppföljningen. Personlighetskaraktär, socialt stöd och meningen med fertilitetsproblem kan påverka förloppet av känslomässiga reaktioner.

Ungefär en tredjedel av deltagare som genomgått misslyckad behandling har upplevt förstärkt äktenskap som ett positivt resultat av infertilitet (Peterson, Pimitano, Block & Schmidt, 2011). Kvinnor upplever psykologiska problem i form av förlust av hopp och problem med självbild, medan män upplever psykologiska problem tre till åtta år efter misslyckad IVF- behandling enligt en studie som är gjord i Brasilien (Filetto & Makuch, 2005). Samma studie visar att män och kvinnor som inte fortsatte med ytterligare behandling är

mer drabbade på långt sikt jämfört med de som genomgått ytterligare behandling efter misslyckad IVF.

Teoretisk referensram

Infertilitet är ett hälsoproblem som påverkar ofrivilligt barnlösa kvinnor negativt både fysiskt och psykiskt. Infertilitetsbehandling är också en del av reproduktiv hälsovård. Många studier har även visat hur kvinnors livskvalitet påverkas negativt av infertilitet och dess behandling. Därför tänkte författaren att använda begreppen hälsa och livskvalitet för att förstå bättre kvinnors upplevelser av misslyckad infertilitetsbehandling.

Hälsa och välbefinnande

Hälsa är något naturligt hos människa som har kropp, själ och ande. Ohälsa uppstår när man bemöter olika slag av hinder och försöker bemästra dessa hinder. Hälsa innebär att uppleva sig som en hel människa. Den innebär inte endast frånvaro av sjukdom utan ett tillstånd med fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Glädjen är ett viktigt resultat av hälsa som ger livskraft. Hälsa kan upplevas som en känsla av sundhet, friskhet och välbefinnande (Eriksson, 1984).

Wiklund (2003) beskriver hälsans tre dimensioner: görande, varande och vardande. Dessa dimensioner kompletterar varandra och människan växlar hela tiden mellan de nivåerna. I görandets nivå söker människan hälsa. Människan försöker att leva hälsosamt och följer rekommendationer för att bevara sin hälsa. Ohälsa upplevs som ett problem som ska åtgärdas. I varande nivå börjar människan söka hälsa i samband med sig själv och man strävar efter upplevelse av välbefinnande. Människan förstår sambandet mellan själ och kropp och vet hur hon kan balansera inre och yttre faktorer. Den innersta nivån är vardande där människan konfronteras med sig själv och den svåra situationen och blir tvungen att möta sitt lidande. I den nivån kan en människa uppleva frihet och livskraft trots att hon lider, och människan försonar sig med lidandet.

Enligt WHO innebär reproduktiv hälsa att människor kan ha ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert sexualliv och förmåga till barnafödandet. De kan också bestämma i frihet när och hur ofta de ska föda barn (WHO, 2004).

Reproduktiv hälsa enligt Socialstyrelsen är sociala, psykologiska och kroppsliga aspekter på barnafödandet och sexualitet. Reproduktiv hälsa innebär också ökad kunskap om födelsekontroll, smittskydd och säkra förhållanden under graviditet och förlossning (Socialstyrelsen 2005).

Enligt Diczfalusy (1995) innebär reproduktiv hälsa kvinnors olika behov av hälsa före, under och efter barnafödandets ålder. Det vill säga kvinnors status, familjeplanering, trygg moderskap, abort, genital infektion och AIDS, infertilitet, nutrition, spädbarns- och barns

hälsa, ungdomars hälsa och sexualitet samt skadliga sexuella beteenden och miljö- och yrkesmässig påverkan på reproduktiv hälsa.

Reproduktiv hälsa är sexuell hälsa och den innebär inte bara rådgivning och vård riktat till sexuella smittsamma sjukdomar, utan att öka livskvaliteten hos kvinnor. I praktiken omfattar reproduktiv hälsovård: familjeplanering, vård under graviditet, säker förlossning, vård efter förlossning, amning, spädbarn- och kvinnors hälsovård, förebyggande och behandling av infertilitet, säker abort, att förebygga abort och vård efter abort och diagnos, behandling av genitala infektioner och sexuella smittsamma sjukdomar (Shaw & Faundes, 2006).

Lencher, Bolman & Van Dalen, (2007) har visat i sin studie att kvinnor med ofrivillig barnlöshet upplever mer hälsoproblem, ångest och depression jämfört med allmän befolkning. De som inte kan hantera infertilitet eller inte får socialt stöd upplever depression, ångest och komplicerad sorg. De negativa konsekvenserna kan minskas om infertila par lär sig hantera barnlösheten och om de söker stöd i tid.

Kvinnor med fertilitetsproblem visar högre prevalens av negativa känslor under den tid som de har försökt att bli gravida jämfört med kontrollgrupp. De upplever också förändringar i parrelationen, antingen positiv eller negativ. Sexualitet påverkas negativt bland dessa kvinnor och välbefinnandet påverkas negativt hos patienter som misslyckats med IVF. Vid konsultation upplever patienterna känsla av nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, ångest och rädsla (Oddens, Tonkelaar & Niewenhuyse, 1999).

Livskvalitet

Enligt WHO är livskvalitet: *``Individuals` perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concern``* (WHO, 1995).

Klockars & Österman (1995) hänvisar till Lawton angående begreppet livskvalitet som ett multidimensionellt begrepp eftersom livet har olika dimensioner. Livskvalitet är ett värderande begrepp dvs. det kan vara bättre eller sämre hos olika människor.

Calman (1984) skriver att människan har en god livskvalitet när man når sina önskningar och drömmar. Människans önskningar bör vara realistiska och förväntas variera med åldern och därför kan också livskvaliteten variera och förändras med åldern. För att uppleva en god livskvalitet ska man minska klyftan mellan sina önskningar och verklighet (Klockars & Österman, 1995).

Hälsa är en del av livskvaliteten. Klockars & Österman (1995) hänvisar till Hultér Åsberg som tycker att fysisk och psykisk hälsa viktiga faktorer för att känna en bra livskvalitet men att hälsan kan aldrig vara ett mål i livet. Hälsan kan däremot vara ett redskap för att nå det man önskar i livet.

Det finns olika värdeskalor som tillämpas för att utvärdera livskvalitet hos en människa. Värdeskalor kan vara moral, religion, intellektuella intressen med flera. Till exempel hur mycket en människa är lycklig i sitt liv eller vilken grad av moral mänskligt liv har. Människors livskvalitet beror på vilken skala vi tillämpar (Nordenfelt, 1991).

De flesta forskarna har fokuserat sig på olika begrepp liksom välbefinnande, harmoni och lycka när det gäller livskvalitet. De begreppen kan benämnas i välbefinnandeskalan. För att mäta livskvalitet hos en människa, ska man mäta både objektiva och subjektiva förhållanden. Människans hälsostatus, yrke, bostad och familjesituation räknas som objektiva förhållanden och människans upplevelser av yttre situationer såsom sinnesstämning räknas som subjektiva förhållanden. Människans välbefinnande är beroende av de objektiva förhållanden t.ex. hälsa, bostad och yrke. Vissa av dessa yttre faktorer är viktiga för att känna välbefinnande men de är inte tillräckliga dvs. de garanterar inte välbefinnande helt eller en känsla av meningsfullhet. Lycka är kopplad till människans önskningar. När människans önskningar och målsättningar förverkligas, är man lycklig. Människans viktigaste mål är att behålla sina grundläggande livsvillkor t.ex. att behålla sina anhöriga eller sitt hus (Nordenfelt, 1991).

Johansson, Adolfsson, Berg, Francis, Hogström, Janson, Sogn & Hellström (2010) har visat att livskvalitet hos män blir mer negativt påverkad av ofrivillig infertilitet jämfört med tidigare studier. Dessa män upplever mer depression, lägre SOC (sense of coherence) och lägre PGWB (the psychological general well-being) jämfört med kontrollgruppen. Hammerberg, Astbury & Baker (2001) har studerat 229 kvinnor två till tre år efter avslutad IVF- behandling. Studien visar att kvinnor med lyckad IVF har bättre livskvalitet än kvinnor med misslyckad behandling. Det finns ingen skillnad mellan två grupper när det gäller psykologisk ohälsa. Enligt Bryson, Sykes & Traub (2000) upplever kvinnor mer depression, lägre livskvalitet och lägre självförtroende 4-9 år efter misslyckad IVF jämfört med kvinnor som har fått barn efter IVF- behandling eller kvinnor som har adopterat barn.

Problemformulering

Infertilitet är ett stort problem hos många par och detta medför ett stort lidande på grund av dess konsekvenser. Infertilitet är inte bara ett medicinskt problem utan innebär psykologiska, emotionella och sociala konsekvenser för infertila par. Många barnmorskor träffar dessa patienter. Det är viktigt att bemöta och stödja infertila patienter på ett bra sätt. Därför är det viktigt att öka kunskap om hur kvinnor upplever misslyckad infertilitetsbehandling.

Syfte

Syftet med denna studie var att genomföra en metasyntes av kvalitativa studier kring kvinnors upplevelser av misslyckad infertilitetsbehandling.

Metod

Forskningsansatsen i studier kan vara såväl kvantitativa som kvalitativa. Kvantitativa studier är baserade på objektivitet. I dessa studier försöker forskaren att vara objektiv för att undvika att påverka resultaten. Forskare använder också statistik för att redovisa resultaten. Mätmetoden som används i kvantitativa studier ska ha god variabilitet och reliabilitet för att kunna generalisera resultaten. Man kan göra en metaanalys av kvantitativa studier genom att analysera resultaten från empiriska studier inom ett område. Dessa studier ska ha samma mätmetoder för att användas vid metaanalys (Forsberg & Wengström, 2008).

Kvantitativa studier har för avsikt att studera människors upplevelser, känslor och tankar för att man på ett bättre sätt skall förstå hur livet kan påverkas av exempelvis hälsoproblem och hur vi kan bemöta patienters upplevelser och förväntningar. Datainsamling sker vanligtvis genom intervjuer eller observationer och texten analyseras genom olika kvalitativa metoder. Studiernas trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet är kvalitetskriterier för denna forskningsansats (Kvale & Brinkmann, 2010). Med analys av kvalitativa studier s.k. metasyntes kan man underlätta tolkning och omvandling av studiernas resultat för att kunna använda dem i praktiken med större tyngd. Varje forskningsstudie har sitt kunskapsvärde men genom att sammanställa flera studiers resultat så kan man på så sätt skapa en större informationsbas. När man granskar och utvärderar kvaliteten på artiklar som studerar samma fenomen, kan man sammanställa resultaten till en ny helhet och på så sätt också använda resultaten i det praktiska vårdarbetet (Friberg, 2006). Jag har valt att sammanställa tidigare kvalitativa studier till en metasyntes för att öka förståelse för kvinnors upplevelse av misslyckad infertilitetsbehandling.

Metasyntes

Metasyntes är en analys av kvalitativa studier (Forsberg & Wengström, 2008). Syftet med att göra en metasyntes av kvalitativa studier är att skapa en sammanställande bild av ett speciellt fenomen. Med begreppet metasyntes menas analysering av tidigare forskning för att skapa något nytt (Friberg, 2006). Tekniken har en tolkande avsikt i motsats till metaanalys av kvantitativa studier (Walsh & Down, 2005). Enligt Sandelowski, Docherty & Emden (1997) är metasyntes en komplicerad metod i tolkningen. Forskare tar bort de ytliga lagren i studien för att nå dess kärna. (Sandelowski et al. 1997). Denna metod skiljer sig från vanliga traditionella litteraturstudierna där nya kunskaper endast sammanställs i teman men inte behöver förklaras eller tolkas (Bondas & Hall, 2007).

Det finns tre olika strategier för metasyntes:

1. att sammanställa resultat av flera studier inom samma område från en forskare
2. att syntetisera studier inom samma område från olika forskare
3. att använda kvantitativa metoder för att förena kvalitativa resultat från olika studier

Första strategin kan vara den bästa eftersom den centrala grundsatsen är baserad på kunskap. Nackdelen är att man inte kan beforska området från flera synvinklar. Den andra är den vanligaste strategin som används. Den tredje är ett metodologiskt sätt som kan användas i alla metasyntes-studier, även om det verkar ytligt (Sandelowski, Docherty & Emden, 1997).

Man väljer kvalitativa studier som har liknande ämnesområde. Först ska man läsa alla studier flera gånger för att hitta de teman och metaforer som har använts. Genom att hitta metaforer sorterar man alla artiklar utifrån design, datainsamlingsmetod och dataanalys. På detta sätt kan man reducera data till att identifiera gemensamma faktorer. Vid analys av kvalitativa studier har man en stor variation av data. Dessa variationer ska jämföras mot varandra (Forsberg & Wengström, 2008).

Genomförande av metasyntes:

1. Man ska välja ett fenomen eller en företeelse som ska studeras. Man ska avgränsa sitt intresseområde eftersom det finns risk att hitta massor av olika studier, och det blir då svårt att analysera alla texter (Friberg, 2006).
2. Utifrån det valda fenomenet formulerar man lämpliga sökord. Forskningsartiklar söks via databaser som till exempel cinahl (Friberg, 2006). Det är inte alltid lätt att samla kvalitativa studier eftersom de flesta databaser inte registerar artiklar utifrån metoden. Det finns också värdefulla opublicerade avhandlingar som kan användas i studien (Bondas & Hall, 2007).
3. De vetenskapliga artiklarna skall granskas noggrant, och de som berör det valda ämnet och har god kvalitet väljs ut (Friberg, 2006). Det är viktigt att använda mätinstrument för att bedöma kvalitativa studier. På så sätt ökar man trovärdighet av denna metod (Walsh & Down, 2005).
4. De inkluderande artiklarna redovisas i en tabell (Friberg, 2006).
5. Analys av studierna är en rörelse från helhet till delar och till en ny helhet. Man ska läsa genom artiklarna flera gånger för att förstå vad de handlar om. Det är viktigt att fokusera på studiernas resultat. För att se vad som ska analyseras, måste man sammanställa studiers resultat i till exempel teman och underteman (Friberg, 2006).
6. Studiernas resultat ska relateras till varandra genom att hitta likheter och skillnader mellan studiernas resultat. På så sätt kan man skapa nya övergripande teman (Friberg, 2006).
7. Till sist ska analysen presenteras på ett tydligt sätt så att läsaren förstår vad det handlar om. Utifrån de teman som skapats efter analysen, strukturerar man upp resultaten (Friberg, 2006).

Etiska överväganden

Forskningen på människor ska vara vetenskaplig och den ska genomföras av personer som har tillräcklig kunskap inom området för att inte skada människan. Forskaren ska informera deltagare och deltagarnas samtycke skall inhämtas. Omvårdnadsforskning genomförs enligt etiska riktlinjer och etiska kommittén har kontroll över dessa riktlinjer (Arlebrink 2006).

Enligt forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2009) finns det fyra allmänna huvudkrav på forskningen: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandeskravet.

Informationskravet: Alla undersökningsdeltagaren ska informeras om vad forskningen innebär. De ska också informeras om att deras deltagande är frivilligt och om att de får avbryta sitt deltagande när de vill.

Samtyckeskravet: För att genomföra forskning är det viktigt att forskaren inhämtar deltagarnas samtycke. Om deltagare är under 15 år, bör samtycke inhämtas från föräldrar eller vårdnadshavare. Deltagarna har rätt att bestämma hur länge de vill delta i studien. De har också rätt att avbryta sitt deltagande när de vill utan att få negativa konsekvenser av detta.

Konfidentialitetskravet: Det här kravet har samband med offentlighet och sekretess. All personal som arbetar med forskningen bör skriva under ett avtal om tystnadsplikt när det gäller känsliga uppgifter och alla uppgifter om deltagarna ska skrivas, sparas och rapporteras på ett sådant sätt att ingen annan kan identifiera den enskilda personen.

Nyttjandeskravet: Insamlade uppgifter om en deltagare ska endast användas i den aktuella forskningen och de ska inte utlånas eller användas för ett annat syfte. De insamlade personsuppgifterna ska inte heller användas för att vidta åtgärder som direkt påverkar personen till exempel tvångsvård.

Enligt lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor § § 16 och 17 ska forskningsperson informeras om syftet med forskningen, de metoder som kommer att användas, de eventuella risker som forskningen medför och att deltagande i forskningen är frivilligt och personen kan avbryta deltagande när som helst. Efter information ska forskningspersonen också samtycka att delta i forskningen frivilligt och uttryckligt. Samtycket ska dokumenteras (SFS. 2003:460).

I det här examensarbetet har etiska överväganden genomförts av författaren genom att använda de kvalitativa artiklar där etiska överväganden har redovisats tydligt (se bilaga 1).

Datainsamling

Sökningen av relevanta artiklar gjordes mellan januari och juli 2013 via databaserna ``Pub Med`` och ``Scopus`` på biomedicinska biblioteket vid Sahlgrenska Akademin. Sökord som

används vid sökningen var: infertility, experience, women and treatment failure. Först användes sökordet infertility vilket gav stort antal träffar. Därefter användes en kombination av sökorden för att hitta relevanta artiklar. Sökningen har redovisats i tabell 1. Alla artiklar skulle vara vetenskapliga. Det valda språket var engelska. Tidsbegränsning gjordes inte eftersom upplevelse av infertilitet inte förändras över tid. Först lästes artiklarnas titlar, och om titeln verkade relevant för studien, lästes artikelns abstrakt för att se om artikeln svarar på studiens syfte. Artiklarna som inte svarade på syftet eller kvantitativa artiklar valdes bort. Sökningen skedde också manuellt via artiklarnas referenslistor vilket inte gav någon ytterligare relevant artikel. Vid ett tillfälle fick jag hjälp av sökningsexpert på biomedicinska biblioteket och då sökte vi via databas ``Psyko info.`` Vid det här tillfället hittade vi inga ytterligare nya artiklar.

Tabell 1: Sökningsresultat

Sökord	Databas	Antal träffar	Antal valda artiklar
Infertility	Pub Med	67284	För stort antal
Infertility	Scopus	93788	För stort antal
Infertility AND experience	Pub Med	1944	För stort antal
Infertility AND experience	Scopus	3376	För stort antal
Infertility AND experience AND women	Pub Med	733	För stort antal
Infertility AND experience AND women	Scopus	1333	För stort antal
Infertility AND experience AND women AND treatment failure	Pub Med	52	6(1,3,4,5,6,7)
Infertility AND experience AND women AND treatment failure	Scopus	118	9(1,2,3,4,6,7,8,9,10)
Totalt antal artiklar			10

Sammanlagt valdes 10 artiklar. Vissa artiklar hittades i både databaserna. De flesta var tillgängliga i databaserna i fulltext och en artikel beställdes. Alla artiklar lästes för att bedöma vilka artiklar som skulle vara med i analysen. Genomgång av dessa artiklar ledde till att två artiklar exkluderades. Resultatet har redovisats i tabell 2.

Tabell 2: Inkluderade och exkluderade artiklar

Art.nr, författare, årtal	Slutligt val	Orsak till exklusion
1 Volgsten et al. 2010	Inkluderad	
2 Johansson et al. 2005	Inkluderad	
3 Mc Carthy, 2008	Inkluderad	
4 Wirtberg et al. 2007	Inkluderad	
5 Tsann- Ju & Yueh- Chih, 2006	Inkluderad	
6 Ling-Lee et al. 2009	Inkluderad	
7 Becker et al. 2006	Inkluderad	
8 Berger et al. 2013	Inkluderad	
9 Peddie et al. 2005	Exkluderad	Svarade inte mot syftet. Studerar anledning att kvinnor slutar IVF behandling.
10 Papreen et al. 2000	Exkluderad	Svarade inte mot syftet. Studerar orsaker till barnlöshet och dess konsekvenser hos kvinnor i Dhaka.

Analys

För att analysera de utvalda artiklarna lästes först syftet för varje artikel för att säkerställa att de svarade mot denna studies syfte. Därefter lästes artiklarnas metodbeskrivning då författaren fokuserade på om metodbeskrivningen var tydlig och välbeskriven, om etiska överväganden hade genomförts, om diskussion och anledning till den utvalda metoden fanns, hur urvalet hade skett och om inklusion- och exklusionkriterier fanns. Därefter lästes artiklarna i sin helhet flera gånger för att bedöma kvaliteten på de utvalda artiklarna. Författaren fick hjälp av Walsh and Down (2005) checklista vid kvalitetsbedömning av artiklarna. Enligt denna checklista bedömer man artikeln utifrån syfte, design, datainsamling, urval, analys, etiska överväganden och överförbarhet. Syftet ska vara tydligt och logiskt. Anknytning mellan studie och tidigare forskning ska finnas. En översiktlig beskrivning av artiklarnas kvalitet finns i bilaga1.

Efter kvalitetsbedömning av artiklarna analyserades de utvalda artiklarna med stöd av metodbeskrivning av Friberg (2006)., Forsberg & wengström (2008)., Walsh & Down (2005)., Sandelowski et al. (1997)., samt Bondas & Hall (2007). Först lästes de utvalda artiklarna i sin helhet noggrant för att få en förståelse av patienternas upplevelser av misslyckad behandling. Sedan fokuserades på artiklarnas resultat. De lästes flera gånger för att hitta centrala teman i varje artikel. De identifierade teman och underteman från varje artikel listades och texter under varje tema och undertema lästes flera gånger för att hitta likheter och skillnader mellan studiernas resultat. På så sätt skapades nya teman (Se tabell 3). Resultatet i examenarbetet strukturerades utifrån de nya temana. Författaren valde ut citat för varje tema för att tydliggöra kvinnors upplevelser av misslyckad infertilitetsbehandling.

Sammanställning och kvalitetsbedömning av de inkluderade artiklarna

En sammanställning av de utvalda artiklarna finns i bilaga 1. Kvalitetsbedömning av artiklarna visade att de hade bra kvalitet med några svagheter. De svagheter bedömdes inte påverka studiernas trovärdighet och överförbarhet.

Studien gjord av Volgsten, Skoog & Olsson (2010) analyserade både mäns och kvinnors upplevelser av misslyckad IVF-behandling och att leva utan barn tre år efter IVF. Metoden som användes i studien var kvalitativ med semistrukturerad individuella intervjuer och kvalitativ innehållsanalys. Deltagarna identifierades via klinikens databas och rekryterades i två steg. Först fick 49 kvinnor brev med skriftligt samtycke för att delta i studien. Efter en vecka kontaktades män och kvinnor via telefon av första författaren. Exklusionskriterier var svårighet med svenska, att ha biologiskt barn från tidigare relation och att ha adoptivbarn. Studien innehöll 19 deltagare 10 kvinnor och 9 män. Två män och två kvinnor exkluderades eftersom de hade barn från tidigare relation. Demografiska data och infertilitetsinformation fanns i studien. Alla deltagarna informerades om att de kunde avbryta intervjuerna när som helst. Studien var också godkänd av etisk kommitté. Intervjuerna blev inspelade och utskrivna. De varade mellan 20-60 minuter. Alla intervjuer analyserades av första författaren med metoden innehållsanalys. Analysmetoden var välbeskriven av författarna. Analysen resulterade i två teman och sju underteman. Författarna hade skrivit om tidigare forskning inom området i sin studie och studien besvarade syftet. Svagheter hade diskuterats i studien men behov av vidare forskning fanns inte direkt angivet i studien. Intervjuaren var känd av vissa deltagare eftersom hon arbetade som barnmorska på reproduktionskliniken. Studien ökade kunskapen och förståelsen av fenomenet.

I studien gjord av Johansson och Berg (2005) var syftet att beskriva kvinnors upplevelser av pågående barnlöshet två år efter avslutad IVF-behandling. Giorgi's fenomenologiska metod användes i studien. Metoden var välbeskriven av författarna. Studien var godkänd av etisk kommitté. Deltagarna var kvinnor som avslutade IVF-behandling två år tidigare vid Reproduktionskliniken på Sahlgrenska universitetssjukhus i Göteborg utan att graviditet uppnåddes. Informanterna identifierades via patienternas databas. Tolv kvinnor fick brev om att delta i studien. Fyra kvinnor avstod att delta. De åtta intervjuade kvinnorna var infertila mer än sju år. Alla var barnlösa utom en som hade fosterbarn och väntade på adoption. Alla hade genomgått IVF-behandling på allmän klinik. Intervjuer genomfördes av forskare (MJ) som själv arbetade med ofrivilligt barnlösa par. En enkel och öppen fråga användes i intervjuerna som varade 60-70 minuter. Alla intervjuer spelades in och blev därefter utskrivna. Analysen av intervjuerna resulterade i fem kategorier som redovisades i resultat. Författarna hade skrivit om tidigare forskning inom området i sin studie och studien svarade mot syftet. Demografien och analysmetoden var välbeskrivna, behov av vidare forskning hade diskuterats, resonemang angående studiens svagheter fanns och alla deltagarna hade kodade namn. Studien ökade kunskapen och förståelsen av fenomenet.

Syftet med McCarthys studie (2008) var att undersöka kvinnors upplevelser av infertilitet efter misslyckad medicinsk behandling. Hermeneutisk-fenomenologisk metod användes i studien. Inklusionskriterier var minst ett år efter behandling för primär infertilitet och engelsktalande. Kvinnor med adoptivbarn deltog i studien om de identifierade sig själva som infertila och om deras berättelser bidrog med förståelse av infertilitetsupplevelse. Studien var godkänd av etisk kommitté och rekrytering av deltagarna gjordes genom annonsering i en stor tidning i en stad i mellanvästern i USA. Tjugotvå kvinnor deltog i studien som alla intervjuades i sina hem 2-3 veckor efter första kontakten och intervjuer varade 1.5-4 timmar. Varje kvinna kompletterade efter skriftligt samtycke ett frågeförmulärt för att erhålla demografiska data. Alla intervjuer spelades in och blev därefter utskrivna. Analysen resulterade till sex teman och tjugotvå underteman. Studien svarade mot syftet och etiska överväganden fanns beskrivna och deltagarna var anonyma. Analysmetoden var välbeskriven. Det fanns essens, teman och underteman och författaren hade skrivit om tidigare forskning inom området i sin studie. Begränsningar i studien var välbeskrivna av författaren men behov av vidare forskning hade inte angivits, studien ökade kunskapen och förståelsen av fenomenet. Reflektion över hur författarens förförståels påverkade analysen fanns beskriven.

Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad & Lalos (2007) studerade i sin artikel långsiktig upplevelse av ofrivillig barnlöshet hos 14 svenska kvinnor 20 år efter deras infertilitetsbehandling. Metoden var en kvalitativ ansats med fokus på förståelse av upplevelser. Semi-strukturerade djupintervjuer användes. Stickprovet var från början 151 kvinnor som hade genomgått tubal operation på ett sjukhus i Sverige mellan 1980-84. Av dem kunde 91 inkluderas i studien. De erbjöds att delta i studien via brev. Sammanlagt svarade 41 kvinnor. De som skickade tillbaka kuvertet blev uppringda av första författaren. Två av deltagarna kunde inte medverka i intervjun pga. sjukdom. Av 39 kvinnor hade 25 blivit gravida eller adopterat barn. Samtliga 39 kvinnor blev intervjuade men studien fokuserade på 14 kvinnor som aldrig upplevt föräldraskap. Analysen resulterade i ett flertal teman. Studien var godkänd av etisk kommitté, författarna hade skrivit om tidigare forskning inom området i sin studie, studien svarade mot syftet, demografiska data fanns angivna och analysen var välbeskriven. För att strukturera intervjufrågor användes ett psykosocialt ramverk. Studien ökade kunskapen och förståelsen av fenomenet och resonemang angående studiens begränsningar fanns beskrivna. Behov av vidare forskning hade inte angivits.

Syftet med studien av Tsann-Juu och Yueh-Chih (2006) var att undersöka upplevelsen hos infertila kvinnor som avslutat behandlingen efter misslyckad IVF. Metoden var fenomenologi. Deltagarna var kvinnor som upplevt misslyckat IVF och bestämt sig för att avsluta behandlingen. Kravet var att de skulle ha upplevt misslyckad IVF ett år innan inledning av studien. Tjugofyra deltagare rekryterades från ett medicinskt centrum norr om Taiwan. Intervjuerna genomfördes via telefon. Varje intervju varade mellan 30-60 minuter och intervjuer spelades in och blev därefter utskrivna. Analys av data resulterade i tre

kategorier och nio underkategorier. Författarna hade skrivit om tidigare forskning inom området i sin studie och studien svarade mot syftet. Författarna hade inte skrivit varför de valde metoden, demografi fanns beskriven, etisk kommitté hade godkänt studien, skriftligt samtycke fanns och alla deltagare hade kodade namn. Studien ökade kunskapen och förståelsen av fenomenet och analysmetoden var välbeskriven. Forskarna hade varit involverade i IVF-behandling och genomfört en serie av studier inom området. De tyckte att kompetens och förmåga i kvalitativa studier hade ökat studiens trovärdighet. Resonemang angående studiens begränsningar fanns och behov av vidare forskning hade angivits.

Ling Lee, Hui Choi, Chan & Ng (2009) beskrev i sin studie de vinster som kinesiska män och kvinnor uppfattade efter misslyckad IVF-behandling och hur de strukturerade sina liv efter den. Metoden grundad teori användes i studien. Deltagarna från en tidigare studie erbjöds via brev att delta i den studien för uppföljning. De skulle fylla ett frågeformulär för demografisk information samt samtycka att delta i intervjuerna. Inklusionskriterier var: de hade inte biologiskt barn innan IVF-behandling, hade genomgått minst en IVF-behandling utan resultat och deras sista behandling var mellan sex månader och tre år innan inledning av studien. Nio par och 10 kvinnor samtyckte att bli intervjuade. Av 19 kvinnorna blev nio gravida via IVF medan 10 var utan barn. Den studien fokuserade på 10 barnlösa kvinnorna och fyra av deras män. En semi-strukturerad intervju genomfördes. Paren intervjuades först individuellt och sedan tillsammans. Intervjuer varade genomsnitt 61 minuter och de blev inspelade och utskrivna. Analys av intervjuer resulterade i tre teman. Studien svarade mot syftet. Forskarna hade skrivit om tidigare forskning inom området i sin studie. Metoden var välbeskriven och författarna hade förklarat varför de använde den metoden. Demografiska data fanns angivna, studien var godkänd av etisk kommitté, skriftligt samtycke fanns och alla deltagarna hade kodade namn. Trovärdighet och tillförlitlighet hade diskuterats av författarna, analysmetoden var välbeskriven, teman och underteman hade beskrivits väl med citat från deltagarna och begränsningar i studien hade tagits upp. Behov av vidare forskning hade ej angivits klart och studien ökade kunskapen samt förståelsen av fenomenet.

I studien gjord av Berger, Paul & Henshaw (2013) var syftet att beskriva kvinnors upplevelser vid kamp med infertilitet och dess behandling. Metoden hade en kvalitativ ansats. Först rekryterades 121 deltagare via annonsering på en websida som handlade om infertila, på läkarnas kliniker och via snöbollsrekrytering. Sedan intervjuades 56 kvinnor som identifierade sig själva som misslyckade att bli gravida eller genomgå en graviditet efter ett års försök under de senaste sex åren. Innan intervjuerna fick deltagarna ett kuvert via post som innehöll ett frågeformulär, instruktioner, en blankett för samtycke och ett kuvert för att skicka tillbaka alla papper. Vid intervjun svarade kvinnor på en öppen fråga om sina upplevelser. Vid den enkla frågan erbjöds deltagarna att skriva allt om sin upplevelse av infertilitet. De skriftliga intervjuerna analyserades av författarna. Innehållsanalys användes som analysmetod och resulterade i sex teman. Författarna hade skrivit om tidigare forskning inom området i sin studie, metoden var välbeskriven, studien svarade mot syftet, kvinnorna

hade deltagit i studien frivilligt och skriftligt samtycke fanns. Författarna angav inte att studien var godkänd av etisk kommitté. Demografiska data fanns angivna, inklusionskriterier angavs men exklusionskriterier var inte välbeskrivna. Analysmetoden var välbeskriven och det fanns såväl teman som underteman. Resonemang om studiens begränsningar fanns och behov av vidare forskning hade angivits. Studien ökade kunskapen samt förståelsen av fenomenet.

Becker, Casterillo, Jackson & Nachtigall (2006) undersökte i sin studie upplevelse av infertilitet bland låginkomsttagande spansktalande män och kvinnor i USA. Metoden var etnografisk kvalitativ intervju studie. Stickprovet innehöll 118 deltagare, 88 kvinnor och 30 män och en tredjedel av deltagarna var par (33 %). Resten var kvinnor (66 %) och en man (1 %) som deltog utan sina partners. Deltagarna rekryterades via en infertilitetsklinik ansluten till ``urban county`` allmänt sjukhus och via kontakt med en folkgruppsförening. Alla deltagarna hade sökt medicinsk behandling för infertilitet. De intervjuades tre gånger. Par intervjuades först tillsammans, individuellt efter sex månader och tillsammans igen efter ett år. Kvinnor och män som deltog utan sina partner intervjuades också tre gånger med samma intervall. Semi- strukturerad intervju genomfördes och varje intervju varade 1-2 timmar. Alla intervjuerna blev inspelade och utskrivna och analys av intervjuer resulterade i sju teman. Studien var godkänd av etisk kommitté, alla hade deltagit frivilligt, författarna hade skrivit om tidigare forskning inom området i sin studie och studien svarade mot syftet. Demografiska data fanns angivna, metoden var välbeskriven av författarna, teman fanns och överförbarhet hade diskuterats i studien. Behov av vidare forskning hade inte angivits klart och studien ökade kunskapen samt förståelsen av fenomenet.

Resultat

Syntetisering av artiklarnas resultat

Syntetisering av artiklarnas resultat resulterade i nya teman: hopp och hopplöshet, barnlöshet är en viktig del av livet, att fokusera på nya mål i livet, påverkan på sexualitet och parrelation, det positiva och negativa med infertilitet och dess behandling samt stöd under infertilitetsbehandling och efter. De nya teman samt de artiklar som bidragit till dessa redovisas i tabell 3. Därefter presenteras en beskrivning av varje ny tema med citat på engelska.

Tabell 3: Översikt över individuella studiernas teman som resulterade nya teman

Art/Ny tema	Hopp och hopplöshet	Barnlöshet en viktig del av livet	Isolering	Att fokusera på nya mål i livet	Påverkan på sexualitet och parrelation	Det positiva och negativa med infertilitet och dess behandling	Stöd under infertilitets behandling och efter
Volgsten et al. (2010)	Hopp att skaffa barn en stor del av livet		Känsla av utanförskap och brist på förståelse		Påverkan på parrelation	Brist på självförtroende, Frustration efter IVF	Sent förverkligande behov av professionellt stöd
Johansson & Berg (2005)	Hopp att bli gravid finns fortfarande	Barnlöshet en central del av livet	Kontakt med andra människor är inte viktigt	Försök att hitta andra centrala värderingar i livet	Graviditet bekräftar förhållandet	IVF är positiv och viktig del av livet	
McCarthy (2008)		Ständig närvaro	Upplevelse av isolering	Att skapa olika slags vägar i livet		Att lära sig medlidande, upptäckt av frihet och inre styrka, känslan av inkomplett, ambivalent bild av sig själv	Okänslig vård
Wirtberg et al. (2007)	Hopp finns medan mens finns	Den tysta historien	Social isolering	Utveckling av en livsstil utan barn	Påverkan på sexualitet, skilsmässa orsakad av infertilitet	Förlorat självförtroende	
Tsann-Juu & Yueh-Chih (2006)	Omvandling av hopp			Att göra nya planer för framtiden		Behandlingens brister	Stöd från familjen
Ling Lee et al. (2009)				En känsla av personlig normalitet och återställning av balans	Äktenskapligt förhållande	Identifiering av inre styrka, ödmjukhet, andlig utveckling, ökad kunskap om infertilitet	Stöd från familjen och vänner
Becker et al. (2006)	Uthållighet	Barn en central del i parrelation				Brist på ekonomiska resurser	
Berger et al. (2013)			Socio-kulturella utmaningar	Riktad energi till andra mål i livet	Förhållandets reaktioner	Posttraumatisk utveckling misslyckande, kostsam behandling	Begränsat stöd, Stöd från familjen och vänner

Beskrivning av metasyntesteman

Hopp och hopplöshet

En känsla av hopp och hopplöshet upplevs av många kvinnor. En del av kvinnor har hopp om att bli gravida spontant och de ägnar mycket tid åt det (Volgsten et al. 2010). Hoppet att bli gravid är mycket viktigt oavsett orsaken till infertilitet och det har förklarats som en drivande kraft för att fortsätta livet. Kvinnor har hopp om att bli gravida under IVF-behandling och hoppet minskar med tiden men det försvinner inte helt förrän kvinnor kommer i menopaus. Då accepterar kvinnor att de inte kan bli gravida (Johansson & Berg 2005). Hoppet att bli gravid finns hela tiden och önskan att få barn dominerar kvinnors liv. En del kvinnor accepterar infertilitet och slutar behandlingen efter lång tids försök att bli gravid men vid klimakteriet kan de återuppleva depression och sorg orsakad av infertiliteten (Wirtberg et al. 2007).

``I think I finally grieved my fertility when my period stopped`` (Wirtberg et al; 2007. Sid.601).

Kvinnor genomgår IVF-behandling för att de hoppas på att bli gravida. Efter misslyckad behandling ger de upp det hoppet och accepterar att de inte kan bli gravida. I sådana fall försöker de att hitta andra möjligheter i livet för att fortsätta, det vill säga att de omvandlar sitt hopp att bli gravida till acceptans av infertilitet (Tsann-Juu & Yueh-Chih. 2006). För spansktalande kvinnor i USA är det väldigt svårt att acceptera att leva utan barn. De försöker att bli gravida tills de når klimakteriet. Tanken att inte bli gravid gör dem desperata (Becker et al. 2006).

Barnlöshet en viktig del av livet

Många kvinnor har förklarat att ofrivillig barnlöshet är en väldigt viktig del av deras liv (Johansson & Berg 2005; Wirtberg et al. 2007). Graviditet bekräftar parrelationen och ett barn skapar ett band mellan par (Johansson & Berg 2005; Becker et al. 2006). Upplevelse av infertilitet blir förstärkt genom att kvinnor fokuserar mest på ovulation och mens. De tycker att ovulation är ökade chanser för graviditet och mens är misslyckad graviditet (Johansson & Berg, 2005).

`` Sometimes it feels as if I have been cheated out of a very important part of myself`` (Johansson & Berg, 2005. Sid.60).

Många år efter misslyckad IVF upplever kvinnor mest barnlöshet i samband med barnbarn, frågor om arv och att de inte har stor familj runt om sig (Wirtberg et al. 2007).

Smärtan orsakad av förlorat hopp för graviditet närvarar hela tiden (McCarthy, 2008).

`` It doesn't really go away. This is like something died, but nobody else knows it. Only you know it. And so nobody else is mourning. `` (McCarthy, 2008. Sid. 322).

Även om kvinnor försöker att återhämta sig och anpassa sig till infertilitet, blir de påmind av minnen och sorgen för vad de har förlorat. De är oroliga för sin framtida hälsa eftersom de är medvetna om risker som finns för icke gravida och på det här sättet blir de påmind om sin infertilitet (McCarthy 2008).

Isolering

En upplevelse av isolering och utanförskap har förklarats av många kvinnor. De tycker att omgivningen inte förstår innebörden av infertilitet och att de blir upprörda av okänsliga frågor (Volgsten et al. 2010; Johansson & Berg, 2005; McCarthy, 2008; Wirtberg et al. 2007; Berger et al. 2013). En del kvinnor pratar med sin familj och sina vänner om infertilitet för att få stöd men tycker att infertilitet är ett privat problem och pratar inte om det med kollegor (Volgsten et al. 2010). Många kvinnor undviker kontakt med andra människor och förklarar att kontakten med andra inte är så viktigt. De ägnar mycket tid åt andra saker. De känner ingen gemenskap med föräldrar som har små barn. Kvinnor som pratar öppen om sin infertilitet, har lättare att få kontakt med andra (Johansson & Berg, 2005).

``One has little time to keep in contact, it's not important to have contacts with other people`` (Johansson & Berg, 2005. Sid. 60).

Vissa kvinnor isolerar sig på grund av att omgivningen tycker synd om dessa kvinnor. De har en känsla att de har stått utanför och tittar in eller en känsla av *``out of the loop``* (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. Sid.322).

Många kvinnor upplever social isolering under infertilitetsbehandling och den upplevelsen blir starkare igen när de blir äldre då det är stadiet att bli mor- eller farförälder (Wirtberg et al. 2007). Många kvinnor upplever olika situationer som är väldigt smärtsamt till exempel att få kort från vänners barn eller att träffa gravida kvinnor och barn (Berger et al. 2013).

``It's painful when you see pregnant women, new babies celebrated and you see yourself still waiting`` (Berger et al. 2013. Sid. 58).

De upplever också okänsliga reaktioner från omgivningen och hur människor ställer obekväma frågor som: *``När ska du skaffa barn?``* eller *``Varför väntar du?``* En del kvinnor uppger att deras smärta och förlust inte blir bekräftad av omgivningen (Berger et al. 2013).

``If anything, a couple who goes through so much time, expense, pain, agony to conceive through IVF, only to find at the end of two weeks post live transfers to not have been ``technically pregnant`` because the embryos did not implant, that couple should be able to equate their loss with other `societally` or `medically` accepted loss of life. The acknowledgment is not there and it is something I cannot accept to this day`` (Berger et al. 2013. Sid. 59).

Att fokusera på nya mål i livet

En del kvinnor tycker att det kanske inte är lämpligt att få barn på grund av deras höga ålder. En del kvinnor tänker på fördelar att inte ha barn till exempel de kan resa mycket eller göra vad de vill. På det här sättet accepterar de barnlöshet och ägnar mycket tid åt andra saker i livet (Johansson & Berg, 2005).

``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 whenever I like`` (Johansson & Berg, 2005. Sid.61).

Vissa kvinnor fokuserar sin energi på framtida planer istället för att tänka på infertilitet och dess konsekvenser. De försöker att tänka på sig själva och att bilda ett nytt liv med bra kvalitet (McCarthy, 2008). Att ta hand om någon annan, speciellt ett barn, är ett annat sätt för infertila kvinnor att anpassa sig till situationen. Interesseset att ta hand om andras barn kommer efter avslutad infertilitetsbehandling. Dessa kvinnor brukar undvika andras barn under aktiv infertilitetsbehandling. Många infertila kvinnor tar hand om syskonsbarn, sina äldre föräldrar, husdjur såsom hundar och katter eller så blir de fosterfamilj till ett barn. En del ägnar mycket tid åt resor, utbildning och sitt arbete. På så sätt känner de glädje (Wirtberg et al. 2007).

``Frankly, we need the dogs so as not to become too self-centered. We have a very cozy life and nobody needs our help right now. It would be very easy to become ``too comfortable``, but the dogs need constant caring, and we cannot just think about ourselves`` (Wirtberg et al. 2007. Sid.601).

Kvinnor i studien av Tsann- Juu & Yueh-Chih (2006) upplever misslyckad IVF-behandling som väldigt frustrerande och något som påverkar deras hälsa negativt. Efter avslutad behandling kan de acceptera sin infertilitet. De börjar planera ett bättre liv vilket ger dem nöje.

``There are many things waiting to be done in my life. Getting treatments is really wasting my life. I want to do the things that I want to do!`` (Tsann- Juu & Yueh-Chih,2006. Sid. 50).

Kvinnor i studien av Lee-Ling, Hui Choi, Chan & Ng (2009) har också hittat balans i livet genom att planera för framtiden. Ofrivilligt barnlösa kvinnor i den här studien har börjat spara för att njuta av sitt liv eller så fokuserar de på att göra karriär. Kvinnor med adopterade barn kan också uppleva balans och normalitet i livet genom att bygga upp sina planer fokuserade på sina adopterade barn det vill säga de prioriterar sina barn. I studien av

Berger, Paul & Henshaw (2013) accepterar kvinnor också sin infertilitet och försöker att ägna sin energi åt framtida planer istället för infertilitet och dess behandling. En del kvinnor är glada över att vara styvmammor.

``I am grateful for the experience of being a stepmother to a child my husband had with ex-wife (after 13 years of trying to conceive with her and two failed fertility treatments, they had an unintended pregnancy). Feel extremely lucky to be weekend stepmom versus being no type of mother at all`` (Berger et al.2013. Sid. 63).

Påverkan på sexualitet och parrelation

Olika studier visar hur infertilitet och dess behandling påverkar parrelationen och sexualiteten både positivt och negativt (Volgsten et al. 2010; Wirtberg et al. 2007; Ling-Lee et al. 2009; Becker et al. 2006; Berger et al. 2013).

I studien av Volgsten, Skoog & Olsson (2010) upplever en del av kvinnorna att parrelationen blir starkare i svåra situationer och andra tycker att parrelationen blir påverkad negativt efter IVF-behandling och orsaken kan vara dålig kommunikation eller brist på självförtroende. Det förekommer också problem i sexualiteten. Sexlusten försvinner och kvinnor njuter inte av sex under IVF-behandling och lusten kommer inte tillbaka efter avslutad behandling. Negativ påverkan på sexualiteten kan orsaka tillfällig separation mellan par (Volgsten et al. 2010). Nästan hälften av kvinnorna i studien av Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad & Lalos (2007) har skilt sig och infertilitet är orsaken till skilsmässan. I den här studien hade mannen ofta lämnat kvinnan. Sexlusten kan påverkas negativt av infertilitet. Vissa kvinnor förlorar sexlusten helt och en del uppger att sexlusten återkommer. Att förlora sexlusten är oroväckande hos kvinnor och de önskar rådgivning i samband med problemet (Wirtberg et al. 2007). Parrelationen upplevs förstärkt av kvinnor i studien av Ling-Lee, Hui Choi, Chan & Ng (2006) och kvinnor uppskattar sina män för detta.

``Personally, I will feel that my husband and I share a closer relationship. I feel that we have had a common event, which was such a frightening and unhappy experience. Yes. Although it was an unhappy experience, sometimes I feel that he and I had at least experienced a hard time together`` (Ling-Lee et al. 2006. Sid. 1925).

Hos spansktalande folk i USA är barn grunden för en parrelation. Ett par försöker att skaffa barn direkt efter det att de blir ihop. Misslyckandet av graviditet är en förlust och hotar äktenskapet. Infertilitet ökar konflikter mellan par i långtidsrelationer på grund av att de försöker att hitta fel hos varandra eller att de blir klandrade för infertilitet av varandra eller omgivningen (Becker et al. 2006). I studien av Berger, Paul & Henshaw (2013) upplever många kvinnor infertilitet som negativt påverkan på parrelation och det kan bero på att kvinnan blir irriterad och att behandlingen kräver mycket tid och ekonomiska resurser som är stressande för paret. Ibland är paret inte eniga gällande infertilitetsbehandling och detta skapar konflikter mellan (Berger et al. 2013).

Det positiva och negativa med infertilitet och dess behandling

Många kvinnor tycker att IVF-behandling är en viktig del av deras liv. De är nöjda att det finns sådana behandlingar och dessa resurser har ökat deras självkänsla. De upplever befruktade ägg som ett barn och mens upplevs som ett missfall (Johansson & Berg, 2005). Infertilitetsbehandling är smärtsam och de flesta kvinnor lider av en sådan behandling. Den upplevelsen hjälper dessa kvinnor att förstå bättre andras lidande, det vill säga de lär sig medlidande. Efter avslutad behandling upplever de också frihet eftersom de blir fria från smärtor och begränsningar orsakade av infertiliteten (McCarthy, 2008). Upptäckt av inre styrka har upplevts av många kvinnor i studierna av McCarthy (2008), Ling-Lee et al. (2009) och Berger et al. (2013). Den upplevelsen uttrycks av kvinnor i form av motståndskraft, envishet och en attityd att inte ge upp (Ling-Lee et al. 2009).

`` I appreciate myself for never giving up. Yes. I appreciate this. Hmm, I showed a lot of will-power, that is. I can do this (IVF and electric acupuncture). I feel that not many people can make it, ha, so it was quite a difficult time. That is, in between, I had actually done many things`` (Ling-Lee et al. 2009. Sid. 1923).

Kvinnor i studien av Ling-Lee, Hui Choi, Chan & Ng (2009) uppger att deras kunskap om infertilitet och dess behandling har ökat. De upplever också en känsla av ödmjukhet eftersom de har misslyckats med graviditet. Andlig utveckling är en positiv följd av infertilitet beskriver dessa kvinnor. De tycker att livet måste gå vidare även om de inte har nått sin dröm och att uppleva infertilitet är ett bättre alternativ jämfört med andra obehagliga upplevelser (Ling-Lee et al. 2009).

Negativa känslor i form av frustration, skuld känsla, tomhet, sorg, meningslöshet, smärta, stress och förlust upplevs också av ofrivilligt barnlösa kvinnor i många studier (Volgsten et al. 2010; Johansson & Berg, 2005; McCarthy, 2008; Wirtberg et al. 2007; Berger et al. 2013). Brist på självförtroende har kommit fram i studier av Volgsten et al. (2010) och Wirtberg et al. (2007). Kvinnor upplever sig vara underlägsna (Wirtberg et al. 2007) eller så upplever de sig själva som värdelösa eller olämpliga kvinnor (Volgsten et al. 2010). Vissa kvinnor upplever att de inte är hela, *``I have never felt completely whole``* (McCarthy, 2008. Sid. 321). Ofrivilligt barnlösa kvinnor i studien av Berger, Paul & Henshaw (2013) tvivlar på sig själva och sina kroppar och har en negativ uppfattning om sig själva, *``Something is significantly wrong with me``* (Berger et al. 2013. Sid. 61). Kvinnor i studien av Tsann-Juu & Yueh Chih (2006) tycker att infertilitetsbehandling är begränsad eftersom alla barnlösa kvinnor inte blir gravida med en sådan behandling. De har inte heller fått ett riktigt svar på orsaken till misslyckad behandling från läkarna. De tycker att infertilitetsbehandling inte kan lösa deras problem (Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006).

I studier av Becker et al. (2006) och Berger et al. (2013) har många kvinnor klagat över brist på ekonomiska resurser för infertilitetsbehandling (Becker, Casterillo, Jackson & Nachtigal, 2006; Berger, Paul & Henshaw. 2013). Infertilitetsbehandling är kostsamt och infertila par

måste betala mycket för behandlingarna. Försäkringar täcker inte infertilitetsbehandlingar och det upplevs som en börda (Berger, Paul, & Henshaw. 2013).

“Most of my infertility stress comes from not being able to afford in-vitro. I did research and found a study for in-vitro which cuts the cost in half but is still quite expensive for me” (Berger et al. 2013. Sid. 58).

Spansktalande kvinnor i studien av Becker et al. (2006) har tillgång till en klinik med kostnadseffektiva utredningar och behandlingar men IVF-behandling rekommenderas inte av kliniken på grund av dess höga kostnader (Becker, Casterillo, Jackson & Nachtigal, 2006).

Stöd under infertilitets behandling och efter

Många kvinnor får emotionellt stöd av sin familj och sina vänner under och efter infertilitetsbehandlingar (Tsann- Juu & Yueh-Chih, 2006; Ling-Lee et al. 2009, Volgsten et al. 2010). I studien av Tsann-Juu & Yueh Chih (2006) är familjer till infertila inblandade i behandlingen. Familjerna vet vilket lidande kvinnor upplever under behandlingen och därför stödjer familjerna dessa kvinnor och det här stödet hjälper kvinnor att må bättre efter avslutad behandling.

“ Because my mother- in- law understood my suffering during the treatment, she agreed that I should give it up. I no longer experience stress from my family” (Tsann- Juu & Yueh-Chih. 2006. Sid. 49).

En del av kvinnorna i studien av Ling- Lee et al. (2009) tycker att infertilitet är ett problem som många kvinnor upplever. De har avslöjat sin infertilitet för familjemedlemmar och sina vänner samt kollegor och avslöjandet har hjälpt dem att få emotionellt och praktiskt stöd av sin familj och sina vänner i form av minskat tryck från omgivningen eller fördelning av arbetsbelastning (Ling.Lee, Hui Choi, Chan & Ng, 2009).

“I think I am very lucky because people around me do not give me any pressure... my father-in-law is also very supportive. That is, he would say, ‘It can’t be helped if it didn’t work after you had tried. You have to take it naturally’. That is, he is very supportive”. (Ling- Lee et al. 2009. Sid. 1925)

“Perhaps because I saw many cases that were pretty similar as mine, they are also unsuccessful, so we can console each other. [It’s a good experience] because we have a lot of information to share. Also, we form an emotional support group or something like that. That is, in my company, there are many people in a similar position” (Ling-Lee et al. 2009. Sid. 1925)

Brist på professionellt stöd från vårdpersonalens sida under och efter infertilitetsbehandling har upplevts av många kvinnor (Volgsten et al. 2010; McCarthy, 2008; Berger et al. 2013). Önskan om rådgivning efter misslyckad IVF-behandling för att bearbeta sorg har rekommenderats av många kvinnor (Volgsten et al. 2010). Kvinnor i studien av McCarthy

(2008) har upplevt en okänslig vård under infertilitetsbehandling. De tycker att vårdpersonal har mest fokus på behandlingen istället för att stödja kvinnorna emotionellt och att de lämnas ensamma med sin sorg efter misslyckad behandling (McCarthy, 2008). Många kvinnor upplever också att de inte får tillräcklig information om sina infertilitetsproblem och många frågor om orsaken till infertilitet kvarstår utan svar (Volgsten et al. 2010; Berger et al. 2013).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med uppsatsen var att genomföra en metasyntes av kvinnors upplevelser av misslyckad infertilitetsbehandling. I början tänkte jag skriva om upplevelse av barnlöshet men det var ett omfattande område eftersom det finns par som väljer bort att ha barn av olika orsaker. Därför bestämde jag mig för att skriva om personer som var villiga att skaffa barn, och genomgick behandling, men misslyckades. Att begränsa syftet på det här sättet ökar studiens tillförlitlighet. Studiernas trovärdighet, tillförlitlighet och överbarhet är kvalitetskriterier för kvalitativa ansatser (Kvale & Brinkmann, 2010). Det var intressant att skriva om männens upplevelser av infertilitet men jag hittade tyvärr inte tillräckligt många artiklar för att kunna analysera mer. Därför sökte jag efter studier om kvinnors upplevelser av infertilitet. Innan jag sökte relevanta artiklar, hade jag börjat läsa böcker och artiklar om metoden metasyntes för att fördjupa mig i metoden. Jag läste även studier baserade på metoden metasyntes vilket visade att metasyntes var en bra metod för att analysera kvalitativa studier.

De utvalda artiklarna söktes via databaserna ``Pub Med`` och ``Scopus``. Jag fick även hjälp av en bibliotekarie och vi sökte via databasen ``Psyko info`` men vi hittade inte ytterligare nya artiklar. Språket på de valda artiklarna var engelska. Detta är en svaghet i studien som kan påverka resultatets tillförlitlighet eftersom man kan missa relevanta studier som genomförts på ett annat språk än engelska. Ingen tidsbegränsning gjordes vid val av artiklar eftersom jag tänkte att upplevelse av infertilitet och dess behandling inte förändras över tid. Artiklarna var från olika länder och folkgrupper vilket kunde öka resultatens tillförlitlighet. Då misslyckad infertilitetsbehandling upplevdes på samma sätt av kvinnorna i alla inkluderade artiklar, oavsett vilket land eller kultur de kom från, kan resultatet av den här studien anses vara överförbart.

Sökningen resulterade till tio artiklar. Två av artiklarna exkluderades eftersom de inte svarade mot syftet. De inkluderade artiklarna svarade mot syftet och hade god kvalitet. Kvalitetsbedömning av utvalda artiklarna gjordes med hjälp av Walsh och Down checklista (Walsh & Down, 2006) vilket ökade studiens trovärdighet. Några av artiklarna beskrev både mäns- och kvinnors upplevelse av infertilitet men jag kunde lätt plocka ut kvinnors upplevelse från texten.

Vid syntetisering lästes artiklarnas resultat flera gånger för att identifiera nya teman. En svaghet i den här studien kan vara att författaren har analyserat studiernas resultat ensam vilket kan leda till bristande tolkning av studiernas resultat.

Resultatdiskussion

Ofrivillig barnlöshet är ett stort problem i hela världen som många lider av. Infertilitet och dess behandling medför mycket psykosociala besvär och kräver mycket tid och tålamod från paret. Alla infertila lyckas inte skaffa barn efter behandlingen. Det finns studier som visar hur kvinnor upplever infertilitet och dess behandling. För att bättre förstå deras upplevelse och för att kunna hjälpa dem i den krångliga processen, kan man göra en metasyntes av de publicerade studierna inom området. På så sätt kan man hitta kvinnors gemensamma upplevelser av infertilitet och dess behandling även om de är från olika länder eller olika kulturer.

Resultatet visar att infertila kvinnor pendlar mellan hopp och hopplöshet. Processen att acceptera infertilitet klassificeras i tre faser: chock fas, acceptans fas och hopp fas. (Hart, 2000). Hoppet att bli gravid finns hela tiden men över tid minskar hoppet och vid klimakteriet då kvinnor inte har mens slutar hoppet. Hoppet förstärks under infertilitetsbehandling och hopplöshet upplevs av kvinnor efter misslyckad behandling. Bergart (2000) har använt intervjudata från en ny studie i sin artikel för att visa hur kvinnor bemöts av vårdpersonal under infertilitetsbehandling och efter. Många kvinnor i den här studien är väldigt hoppfulla när de börjar infertilitetsbehandlingen då de tror att deras problem kan lösas av läkare. En del kvinnor får falska förhoppningar av sin läkare. De uppmuntras att fortsätta behandlingen trots att chansen för graviditet är liten vilket dessa kvinnor är besvikna över (Bergart, 2000). Kvinnor från Taiwan accepterar sin infertilitet efter misslyckad IVF-behandling och upptäcker nya möjligheter i livet. På så sätt omvandlar de hoppet att bli gravid till acceptans av infertilitet. Dessa kvinnor upplever en god livskvalitet eftersom de har minskat klyftan mellan sina önskningar och verklighet (Klockars & Österman, 1995).

Resultatet har också visat att barnlöshet är en central del av livet hos dessa kvinnor. Infertila kvinnor är medvetna om de hälsorisker som finns för icke gravida eller för kvinnor som genomgått hormonbehandling för att bli gravida. Det gör dem oroliga för sin hälsa och den oron finns även kvar när de blir äldre vilket påverkar deras livskvalitet negativt. Syftet med reproduktiv hälsa är att öka livskvaliteten hos dessa kvinnor (Shaw & Faundes, 2006). Hälsa är också en del av livskvalitet och för att uppleva en god livskvalitet behöver man fysisk och psykisk hälsa (Klockars & Österman, 1995). För spansktalande par i USA är det väldigt viktigt att skaffa barn då det ligger till grund för paret förhållande. Spansktalande kvinnor i USA försöker att bli gravida innan äktenskapet och de vill aldrig kallas infertila. Ett äktenskap utan barn betraktas som misslyckande hos spansktalande folk. Här kan man se hur kvinnor pressas i vissa samhällen på grund av sin ofrivilliga barnlöshet.

Många ofrivilligt barnlösa kvinnor upplever social isolering. De undviker kontakt med vänner eller anhöriga som har barn då de inte upplever något gemensamt. Dessa kvinnor tycker att kontakt med andra inte är så viktigt. En del kvinnor pratar inte om sin infertilitet med andra och tycker att problemet är privat. De klagat på brist på förståelse från omgivningens sida och de tycker att omgivningen ställer upprörande frågor. Den känslan av isolering och utanförskap upplevs igen när infertila kvinnor blir äldre och träffar sina vänner eller anhöriga som har barnbarn. Tsann-Juu (2006) och Ling Lee (2009) visar i sin studie hur infertila kvinnor i Taiwan och China involverar sina familjemedlemmar, vänner och kollegor i infertilitetsbehandlingen medan kvinnor i studier från västvärlden tycker att infertilitet är ett privat problem och föredrar att inte prata med någon och speciellt inte med kollegor om problemet. Här kan man se kulturella skillnader. Enligt Nasser (2000) finns det inga skillnader mellan kvinnor från olika kulturer när det gäller själva upplevelse av infertilitet. Nasser (2000) har visat i sin studie att infertila par i Iran upplever infertilitet emotionellt på samma sätt som infertila par i västvärlden.

De flesta kvinnorna accepterar sin infertilitet och försöker att planera för framtiden istället för att fokusera på infertiliteten och dess behandling (Johansson & Berg, 2005; McCarthy, 2008; Berger et al. 2013). En del kvinnor försöker att ta hand om sina äldre föräldrar, andras barn och framförallt syskonbarn, fosterbarn eller husdjur. Vissa kvinnor är glada över att vara styvmammor eller att adoptera ett barn. En del kvinnor börjar göra karriär, utbilda sig eller resa (Wirtberg et al. 2007; Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006; Ling Lee et al. 2009; Berger et al. 2013). För att uppleva hälsa och en bra livskvalitet, ska man känna välbefinnande. Enligt Eriksson (1984) innebär hälsa inte endast frånvaro av sjukdom utan att ett tillstånd med fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (Eriksson, 1984). Kvinnor i studien av Tsann-Juu & Yueh-Chih (2006) är medvetna om hur infertilitet och dess behandling påverkar dem negativt både fysiskt och psykiskt. De är också medvetna om vikten av välbefinnande. Därför planerar dessa kvinnor ett liv med bättre kvalitet efter acceptans av infertilitet.

Resultatet visar att parrelationen och sexualiteten också påverkas av infertilitet och dess behandling. Vissa studier visar att parrelationen kan stärkas under infertilitetsbehandling (Volgsten et al. 2010; Ling Lee et al. 2009). Peterson (2011) har också visat i sin studie att stärkt äktenskap är ett positivt resultat av infertilitet hos en tredjedel av deltagarna (Peterson et al. 2011). De flesta studier har visat att parrelation påverkas negativt speciellt efter misslyckad behandling (Volgsten et al. 2010; Wirtberg et al. 2007; Becker et al. 2006; Berger et al. 2013). Varför blir parrelation påverkad positivt hos vissa par men negativt hos andra? Volgsten et al. (2010) har angivit att dålig kommunikation mellan par och brist på självförtroende kan vara orsaken till skilsmässan. Berger et al. (2013) har angivit att infertilitets behandling kräver mycket tid och ekonomiska resurser vilket kan påverka parrelationen negativt. Enligt socialstyrelsen är infertilitetsbehandling påfrestande för många par och upprepade samt planerade behandlingar kan påverka parets relation negativt. Behandlingen kräver också mycket insatser från både sjukvården och parets sida (Socialstyrelsen 2005). Ofrivilligt barnlösa par upplever tillsammans svåra situationer

orsakade av infertilitet och dess behandling, och den upplevelsen kan i vissa fall vara orsaken till en förstärkt parrelation. Sexualiteten blir ofta påverkad negativt. Sexlusten kan minska eller försvinna helt vilket är oroväckande för en del av kvinnorna. I vissa fall kan sexlusten återkomma efter infertilitetsbehandling (Volgsten et al. 2010; Wirtberg et al. 2007). Oddens (1999) har också visat negativ påverkan på sexualiteten i sin studie samt förändringar i parrelationen antingen positivt eller negativt (Oddens et al. 1999). Barnmorskor som har kontakt med ofrivilligt barnlösa kvinnor ska vara uppmärksamma på dessa problem och erbjuda infertila par rådgivning angående problemet. I till exempel latinska kulturer är det så viktigt att ha barn och att barnlöshet kan hota ett långtidsäktenskap. Infertila par försöker då att hitta fel hos varandra vilket påverkar parrelationen negativt (Becker et al. 2006). Kulturella skillnader ska också uppmärksammas vid mötet med ofrivilligt barnlösa kvinnor.

Infertilitet och dess behandling påverkar kvinnor både positivt och negativt. En del kvinnor är glada att det finns IVF-behandling även om den inte alltid leder till födande. Befruktade ägg upplevs som ett barn av dessa kvinnor (Johansson & Berg, 2005). Vissa kvinnor tycker att infertilitetsbehandlingar är begränsade och uppfyller inte deras önskan att bli mamma (Tsann-Juu & Yueh-Chih, 2006). Även om många kvinnor genomgår infertilitetsbehandling, blir alla inte gravida. Olivius (2002) har visat i sin studie att 65.5% av kvinnor som genomgått tre IVF-behandlingar har fått ett levande barn (Olivius et al. 2002). Medlidande, ödmjukhet, ökande inre styrka i form av envishet, motståndskraft och att inte ge upp är positiva egenskaper följt av infertilitet och dess behandling (McCarthy, 2008; Ling Lee et al. 2009; Berger et al. 2013). Många kvinnor tycker att deras kunskap har ökat när det gäller infertilitet och dess behandling och känner att de har utvecklats andligt (Ling Lee et al. 2009). Negativa känslor såsom frustration, skuld känsla, tomhet, sorg, meningslöshet, stress, förlust, lågt självförtroende och värdelöshet har upplevts av kvinnor i nästan alla studier. Enligt Hreinsson (2005) är depressiva reaktioner liksom känsla av tomhet och längtan vanliga hos infertila par, där även känslor av värdelöshet, meningslöshet, utanförskap kan upplevas av ofrivilligt barnlösa kvinnor (Hreinsson, 2005). En del av kvinnorna klagar över att infertilitetsbehandling kostar mycket vilket ökar på stressen hos dem (Becker et al. 2006; Berger et al. 2013). I vissa delar av Sverige erbjuds ofrivilligt barnlösa par tre kostnadsfria IVF-behandlingar. En sådan möjlighet finns inte i alla länder och dessa par får betala mycket pengar för infertilitetsutredning och behandling, vilket oroar många.

Att stödja kvinnor under och efter misslyckad infertilitetsbehandling är så viktigt. En del kvinnor får emotionellt stöd av sin familj, sina anhöriga och vänner och på så sätt mår de bättre efter avslutad behandling (Tsann-Juu & Yueh Chih, 2006; Ling Lee et al. 2009; Volgsten et al. 2010). De par som får mindre stöd av sina anhöriga eller kvinnor som har konflikter med sin partner eller sina vänner, brukar avsluta infertilitetsbehandlingen tidigt (Vassard et al. 2012). Ofrivilligt barnlösa kvinnor kan också drabbas av depression, ångest och komplicerad sorg om de inte kan hantera infertilitet eller om de inte får socialt stöd (Lencher et al. 2007). Stöd från vårdpersonalens sida har stor betydelse för dessa kvinnor för att bearbeta sorgen efter misslyckad behandling. Många kvinnor tycker att vårdpersonal

fokuserar mest på infertilitetsbehandling istället att stödja kvinnor emotionellt och brist på professionellt stöd har upplevts av många kvinnor (Volgsten et al. 2010; McCarthy, 2008; Berger et al. 2013). Många kvinnor i studien av Bergart (2000) tycker att vårdpersonal är emotionellt ligkiltiga. De har upplevt att de bara fått lite information om behandlingsmetoder och att de inte fått hjälp av vårdpersonal för att avsluta behandlingen. Efter avslutad behandling har de inte heller blivit kontaktade av vårdpersonal (Bergart, 2000). Att få svar på sina frågor är också viktigt för infertila kvinnor vilket de inte får och många av deras frågor kvarstår då utan svar (Volgsten et al. 2010; Berger et al. 2013).

Konklusion

Infertilitet och dess behandling är väldigt påfrestande för kvinnor både fysiskt och psykiskt. Metasyntes av de analyserade artiklarna har visat hur misslyckad behandling kan påverka kvinnors välbefinnande och livskvalitet negativt. De negativa upplevelserna kan även stå kvar på lång sikt hos dessa kvinnor. Många kvinnor har klagat över vårdpersonalens bemötande. De tycker att vårdpersonal fokuserar mest på infertilitetsutredning och behandling och att de inte får emotionellt stöd av vårdpersonal under och efter behandlingen. Kvinnor har rätt att vara delaktiga i sin behandling samt att få tillräcklig information vid varje tillfälle. Efter misslyckad eller avslutad behandling bör alla par erbjudas ett möte med psykolog för att kunna hantera sorgen.

Det kan vara intressant att veta hur kulturella skillnader kan påverka upplevelse av infertilitet och dess behandling. Det finns också få studier om männens upplevelser om infertilitet och dess behandling. Mer forskning behövs när det gäller männens upplevelse.

Implikationer

Vad bör vårdpersonal göra för att minska negativa upplevelser hos dessa kvinnor?

- Patienterna bör få adekvat och tillräcklig information om olika infertilitetsbehandlingar med tanke på att en del av kvinnorna tycker att de inte har fått adekvat information av sin läkare.
- Varje kvinna bör ha en barnmorska som kontaktperson. Kontaktpersonen underlättar kontakten mellan patienten och läkaren samt att patienten har någon att prata med vid behov.
- Vårdpersonal bör utbildas om patientens behov efter misslyckad behandling för att kunna stödja patienterna emotionellt.
- Efter misslyckad behandling bör alla patienterna erbjudas samtal med psykolog för att kunna hantera sorgen. Det är en önskan från patienternas sida.

- Visa empati till dessa kvinnor! Några enkla och fina ord kan ha stor betydelse. Många av kvinnorna har upplevt en okänslig vård under infertilitetsbehandling.
- Avslutningssamtal bör göras när de avslutar behandlingen med tanke på att en del av kvinnorna tycker att de lämnas ensamma efter misslyckad behandling.
- De bör få svar på sina frågor vid varje samtal med tanke på att en del av kvinnorna har klagat över att de inte har fått svar på sina frågor.

Referenser

- Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik- teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Becker, G., Casterillo, M., Jackson, R., & Nachtigall, R.D. (2006). Infertility among low-income Latinos. *Fertility and Sterility*; 85(4): 882-887.
- Bergart, AM.(2000). The experience of women in unsuccessful infertility treatment. What do patients need when medical intervention fails? *Social Work in Health Care*; 30(4): 45-69.
- Berger, R., Paul, M.S., & Henshaw, L.A. (2013). Women's experience of infertility: A multi-systemic perspective. *Journal of International Women's Studies*; 14(1): 54-68.
- Bondas, T., & Hall, E. (2007). Challenges in approaching metasynthesis research. *Qualitative Health Research*; 17(1): 1-9.
- Bonneau, C., Chanelles, O., Sifer, C., & Poncelet, C. (2012). Use of laparoscopy in unexplained infertility. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*; 163: 57-61.
- Bryson, C.A., Sykes, D.H., & Traub, A.I. (2000). In vitro fertilization: a long-term follow-up after treatment failure. *Hum Fertil (Camb)*; 3(3): 214-220.
- Dicszfalusy, E. (1995). Reproductive health: a rendezvous with human dignity. *Eisevier Science Incorporation*; 52(1): 1-12.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. (1.uppl.). Stockholm: Norstedts Förlag AB.
- Filetto, JN., & Makuch, MY. (2005). Long term follow up of women and men after unsuccessful IVF. *Reprod Biomed Online*; 11(4): 458-463.
- Forsberg, C., & Wengström, C. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gottlieb, C., & Schoultz, B. (2004). *Öppenvårdsgynekologi*. (2. Uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med*; 45(11): 1679-1704.
- Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. (2001). Women's experience of IVF: a follow- up study. *Hum Reprod*; 16(2): 374-383.
- 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.
- Janson, P-O., & Langren, B-M. (2011). *Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, M., Adolfsson, A., Berg, M., Francis, J., Hogström, L., Janson, PO., Sogn, J., & Hellström, AL. (2010). Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 89(5):683-691.
- 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.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being- a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica*; 89: 677-682.
- Klockars, K., & Österman, B. (1995). *Begrepp om hälsa: Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. (1. Upp.). Stockholm: Liber AB.
- Komsky-Elbaz, A., Raziell, A., Friedler, S., Strassburger, D., Kasterstein, E., Komarovskiy, D., Ron-El, R., & Ben-Ami, I. (2012). Conventional IVF versus ICSI in sibling oocytes from couples with endometriosis and normozoospermic semen. *J Assist Reprod Genet*; s.1-7.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Hum Reprod*; 22: 288-294.
- Ling Lee, W.H., Hui Chi., C.H.Y., Chan, C.L.W., & Ng, E.H.Y. (2009). Life after unsuccessful IVF treatment in an assisted reproduction unit: a qualitative analysis of gains through loss among Chinese persons in Hong Kong. *Human Reproduction*; 24(8): 1920-1929.
- McCarthy, MP. (2008). Women's lived experience of infertility after unsuccessful medical intervention. *Journal of Midwifery & Women's Health*; 53: 319-324.
- Nasseri, M. (2000). Cultural similarities in psychological reactions to infertility. *Psychol Rep*; 86: 375-378.
- Nordenfelt, L. (1991). *Livskvalitet och Hälsa: Teori och kritik*. (1.a Uppl.). Falköping: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Oddens, BJ., Tonkelaar, I., & Niewenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in woman facing fertility problems- a comparative survey. *Hum Reprod*; 14(1): 255-261.
- Olivius, K., Friden, B., Lundin, K., & Berg, C. (2002). Cumulative probability of live birth after three in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycles. *Fertil Steril*; 77: 505-510.

Panidis, D., Tziomalos, K., Papadakis, E., & Katsikis, I. (2013). Infertility treatment in polycystic ovary syndrome: lifestyle interventions, medications and surgery. *Front Horm Res*; 40: 128-141.

Peterson, BD., Pimitano, M., Block, JM., & Schmidt L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*; 95(5): 1759-1765.

Sandelowski, M., Docherty, S., & Emden, C. (1997). Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Research in Nursing and Health*; 20: 365-371.

SFS. 2003:460. Lag om etikprovning av forskning som avser människor. (cited 2013-10-25)
Available from:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Shaw, D., & Faundes, A. (2006). What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practicing obstetrician/ gynecologist? *Best practical research clinical obstetrics and gynecology*; 20: 299-309.

Socialstyrelsen. (2005). Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv. (cited 12-12-17)
Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9974/2005-112-5_20051125.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): 46-54.

Vassard, D., Lund, R., Pinborg, A., Boivin, J., & Schmidt, L. (2012). The impact of social relations among men and women in fertility treatment on the decision to terminate treatment. *Human Reproduction*; 27(12): 3502.

Verhaak, CM., Smeenk, JM., van Minnen, A., Kremer, JA., & Kraaijmaat, FG. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod*; 20: 2253-2260.

Vetenskapsrådet. (2009). Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. (cited: 13-12-05) Available from: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., & Olsson, P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica*; 89: 1290-1297.

Walsh, D., & Down, S. (2005). Meta- synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*; 50(2): 204-211.

WHO. Infertility. (cited 2012-12-13) Available from:
<http://www.who.int/topics/infertility/en/>

WHO. (2004). Reproductive health strategy- to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. (cited 2012-12-17) Available from:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/

WHOQOL, (1995). WHOQOL-100. THE 100 QUESTIONS WITH RESPONSE SCALES. (cited: 130111) Available from: http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap I klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur

Wirtberg, L., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S-E., & Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduktion*; 22(2): 598-604.

Bilaga 1: Sammanställning av de utvalda artiklarna

Artikel/Kriterier	Syfte	Design/Metod	Datainsamling Deltagare	Etiska överväganden	Resultat Tema/undertema
Volgsten et al. Sweden 2005	Att undersöka upplevelse av misslyckad IVF-behandling och att leva utan barn 3 år efter IVF hos både kvinnor och män	Kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer och kvalitativ innehållsanalys	Deltagarna identifierades via klinikens databas. De erbjuds via brev och telefon. 15 män och kvinnor deltog i studien.	Studien är godkänd av etisk kommitté. Skriftligt samtycke finns. Deltagarna har kodade namn.	<p>Upplevelse i samband med misslyckad IVF-behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> – Att vara optimist inför behandling och inte visar några reaktioner efter misslyckad IVF-behandling – Brist på professionellt stöd efter misslyckad IVF-behandling – Påverkan på parrelation – Frustration efter IVF <p>Upplevelser att stå kvar barnlös efter misslyckad IVF</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ej svarade frågor efter avslutad IVF – Upplevelse att vara utanför och brist på förståelse – Förlust av framtida mål i livet
Johansson & Berg Sweden 2005	Att beskriva kvinnors upplevelse av pågående barnlöshet 2 år efter avslutad IVF-behandling	Fenomenologi. intervjustudie med en enkel öppen fråga	Deltagarna identifierades via patienternas databas. De erbjuds att delta i studien via brev. Sammanlagd deltog 8 kvinnor i studien.	Studien är godkänd av etisk kommitté. Deltagarna har kodade namn.	<p>Barnlöshet är en central del av livet</p> <p>IVF är en positiv och viktig del av livet</p> <p>Kontakt med andra människor är inte viktigt</p> <p>Hoppet att bli gravid finns fortfarande</p> <p>Försök att hitta andra centrala värderingar i livet</p>
McCarthy USA 2008	Att undersöka kvinnors upplevelse av infertilitet efter misslyckad behandling	Hermeneutisk fenomenologisk intervjustudie	Deltagarna rekryterades genom annonsering i en stor tidning i en stad mellanväster om USA. 22 kvinnor deltog i studien.	Studien är godkänd av etisk kommitté. Skriftligt samtycke finns.	<p>Att bearbeta själv i livets kontext</p> <ul style="list-style-type: none"> – Upplevelse av en existentiell tomhet – Upplevelse av ambivalent bild av själv – Kamp för att hitta balans – Känsla av inkomplett – Upptäckt av frihet – Att lära sig medlidande <p>Att bearbeta världen i livets kontext</p> <ul style="list-style-type: none"> – Infertilitet som tolkande lins (Ökade förståelse för andras lidande, frågor om rättvisa i världen förekommer) <p>Upplevelse av isolation</p> <ul style="list-style-type: none"> – Att vara utanför – Förlust av en grundlig upplevelse

					<ul style="list-style-type: none"> – Känsla att vara annorlunda Ständig närvaro – Behållning av hopp – Varaktig förlust – Att bli förföljd av minnen – Reflektion av sorg – Minnen av opersonlig vård Att välja gå vidare – Att göra en inventering (Taking stock) – Att nå ut – Att lita på Guds vilja Att skapa olika slags vägar i livet – Kamp att definiera en framtid – Att bemöta en okänd framtid – Att skapa en annan sort av odödlighet – Att tänka på alternativa val
Wirtberg et al. Sweden 2007	Att undersöka långsiktig upplevelse av ofrivillig barnlöshet hos 14 svenska kvinnor 20 år efter deras infertilitetsbehandling	Kvalitativ studie Semistrukturerade djupa intervjuer	Stickprovet var 151 kvinnor som hade genomgått tubal kirurgi på ett sjukhus i Sverige. 91 inkluderade fick brev. 41 svarade på brevet. Efter exklusions kriterier deltog 14 kvinnor i studien.	Studien är godkänd av etisk kommitté.	<p>Allmän livssituation Reproduktive historia Titta bakåt i tiden som en infertil patient Bestämmelse om en annan form av föräldraskap Långvariga effekter av infertilitet och barnlöshet</p> <ul style="list-style-type: none"> – Utan barnbarn – Påverkan på sexualitet <p>Att utveckla en livssituation utan barn</p> <ul style="list-style-type: none"> – Liv som en aktivitet att ta hand om andra – Barnlöshet är ett centralt problem i livet – Den tysta historien
Tsann-Juu & Yueh-Chih Taiwan 2006	Att undersöka den levda upplevelsen hos infertila kvinnor som avslutat behandling efter misslyckad IVF	Fenomenologi Telefonintervju	24 kvinnor som hade upplevt misslyckad IVF och bestämt att avsluta sina behandlingar, rekryterades från ett medicinskt	Studien är godkänd av etisk kommitté. Skriftligt samtycke finns och deltagarna har kodade	<p>Omvandling av hopp</p> <p>Att acceptera verkligheten av infertilitet</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kvinnan är övertygad att hon har gjort sitt bästa genom IVF-behandling – Känsla av att man har blivit äldre – Att ha en svag reproduktions funktion – Minskat tryck på kvinnan från familjens sida för att bli gravid

			centrum norr om Taiwan.	namn.	Acceptans av begränsningar i behandling trots hög teknologi – IVF behandling kan inte identifiera orsaken till infertilitet – IVF behandling kan inte lösa någons reproduktiva problem Re-identifiering av ett nytt liv utan barn – Att re-identifiera vikten av välbefinnande – Att avvisa besatthet för infertilitet – Att göra nya planer för framtiden
Ling Lee et al. Hong Kong 2009	Att beskriva de vinster som kinesiska män och kvinnor uppfattade efter misslyckad IVF och hur de strukturerade sina liv efter den	Grundad teori Semistrukturerad intervju	Deltagarna från en tidigare studie erbjöds via brev att delta i studien för uppföljning. 10 barnlösa kvinnor med 4 av deras män deltog i studien.	Studien är godkänd av etisk kommitté. Skriftligt samtycke finns. Deltagarna ha kodade namn.	Personliga vinster – Identifiering av personens inre styrka – Att vara överlevande, ej offer – En känsla av personlig normalitet och återställd balans – Kunskapsvinst – En känsla av ödmjukhet Mellanmänskliga vinster – Parrelation – Relation med barn – Relation med föräldrar/svärföräldrar – Relation med vänner/kollegor – Relation med andra patienter som har samma problem Transpersonal vinster – Andlig utveckling (Ändrad syn på världen, acceptans av barnlöshet och läran om livet) – Identitets förändring: Att hjälpa andra istället att bara få hjälp
Becker et al. USA 2006	Att undersöka upplevelse av infertilitet bland låginkomst Latinska folk	Etnografisk intervju studie. Semistrukturerad intervju	Deltagarna var 118 män och kvinnor som rekryterades via infertilitets klinik på ``urban county`` allmänt sjukhus och via kontakt med folkgrupps förening.	Studien är godkänd av etisk kommitté.	Vikten av barn vid en parrelation Ekonomiska resurser, diagnoser och medicinsk behandling – Begränsningar i ekonomiska resurser Medicinsk mångfald och andra behandlingar – Alternativ medicin liksom växtlära mediciner och massage Att tänka på ett annat alternativ – Adoption Uthållighet – Svårt att tänka sig vara utan barn – Försök att bli gravid tills de når klimakteriet – Fortsatt hopp för att bli gravid

<p>Berger et al. USA 2013</p>	<p>Att beskriva kvinnors upplevelser vid kamp med infertilitet och dess behandling</p>	<p>Kvalitativ metod Innehållsanalys En enkel öppen fråga</p>	<p>Rekrytering av deltagarna skedde via annonsering i en infertilitets hemsida, läkarnas klinik och via snöbollsrekrytering. 56 kvinnor deltog i studien och svarade på en öppen fråga skriftligt.</p>	<p>Frivilligt deltagande. Skriftligt samtal.</p>	<p>Utmaningar – Logistiska utmaningar – Socio-kulturella utmaningar Uppfattning om upplevelser – En kamp – En förlust – Ett misslyckande – Stressande – En smärtsam upplevelse – Emotionell utmaning Reaktioner – Emotionella reaktioner – Andliga reaktioner – Personhood (Tvivel på sig själv) – Relations reaktioner Stöd – Stöd från partner, familj och vänner – Tro att bli gravid – Rådgivning med de som har samma situation Copingstrategier – Att åtgärda – Acceptans – Att välja någon för att fördela upplevelse – Förnekelse och undvik Posttraumatisk utveckling – Insikt om sig själv – Mellanmänskliga relationer</p>
-----------------------------------	--	--	--	--	---