



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

MÄNS UPPLEVELSER AV OFRIVILLIG BARNLÖSHET

Analys av kvalitativ forskning

Emelie Lövmärk

Linnéa Jonsson Riis

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2015
Handledare:	Ingela Henoch
Examinator:	Masuma Novak

Abstract

Titel	Mäns upplevelser av ofrivillig barnlöshet. Analys av kvalitativ forskning.
Title	Men's experiences of involuntary childlessness. Analysis of qualitative research.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2015
Handledare:	Ingela Henoeh
Examinator:	Masuma Novak
Nyckelord:	Infertility; men; experience; childless; adaption; adaptation; reproductive function; infertility care.

Bakgrund: Infertilitet och ofrivillig barnlöshet har visats beröra många centrala aspekter i en persons liv. Det påverkar det sociala och känslomässiga livet, och kan leda till att identiteten hotas och lidande uppstår. Trots detta finns få studier gjorda på mäns upplevelser till följd av ofrivillig barnlöshet, tidigare forskning har mestadels undersökt området ur ett kvinnligt perspektiv. *Syfte:* Syftet med arbetet var att beskriva mäns upplevelser av ofrivillig barnlöshet. *Metod:* En analys av 11 kvalitativa studier utfördes efter sökning i databaserna Cinahl och PubMed. De relevanta studierna granskades och analyserades, materialet sammanställdes och fem teman och 14 underteman formulerades. *Resultat:* Fem teman framträdde: emotionella aspekter, mannens förväntningar på sig själv, sociala följder av barnlöshet, att genomgå infertilitetsbehandling och att hantera sina upplevelser. Resultatet visade att det fanns ett stort behov av emotionellt stöd och mer information, och att männen upplevde marginalisering i samhället och inom vården. De negativa känslorna kunde bl.a. leda till våld i relationen. *Slutsats:* Ofrivillig barnlöshet orsakar ett lidande för männen och deras manlighet hotas. Männen behöver jämföras med kvinnorna inom infertilitetsvården och erbjudas emotionellt stöd. Familjecentrerad omvårdnad kan vara adekvat vid ofrivillig barnlöshet.

Förord

Ett stort tack till vår handledare Ingela Hensch som uppmuntrat och stöttat oss genom arbetets gång.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
INFERTILITET OCH OFRIVILLIG BARNLÖSHET	1
<i>Förekomst</i>	1
<i>Orsak</i>	2
PSYKOLOGISKA ASPEKTER.....	2
SOCIALA OCH KULTURELLA ASPEKTER.....	3
VÅRD VID INFERTILITET	4
<i>Utredning</i>	4
<i>Behandling</i>	4
TEORETISK REFERENSRAM.....	5
<i>Identitet</i>	5
<i>Lidande</i>	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
VALD METOD	7
DATAINSAMLING OCH URVAL.....	7
DATAANALYS.....	8
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
EMOTIONELLA ASPEKTER	9
<i>Att pendla mellan hopp och hopplöshet</i>	9
<i>Att sörja ett barn som inte blivit till</i>	9
<i>Att känna ilska</i>	10
<i>Att känna identitetsförlust</i>	11
<i>Att känna sig marginaliserad</i>	11
MANNENS FÖRVÄNTNINGAR PÅ SIG SJÄLV	12
<i>Att ge stöd till sin partner</i>	12
<i>Att vara den starka</i>	12
SOCIALA FÖLJDER AV BARNLÖSHET	13
<i>Att leva i ett barnlöst förhållande</i>	13
<i>Att möta omgivningens reaktioner</i>	13
ATT GENOMGÅ INFERTILITETSVÅRD.....	14
<i>Att fatta beslut om behandling</i>	14
<i>Att möta sjukvården</i>	14
Utredning och behandling	14
Behovet av information och professionellt stöd	15
ATT HANTERA SINA UPPLEVELSER.....	16
<i>Att få vara öppen med sina känslor</i>	16
<i>Att prata med andra i samma situation</i>	16
<i>Att hantera barnlöshet olika</i>	16
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION.....	17
RESULTATDISKUSSION.....	18
<i>Implikationer för omvårdnad</i>	21
<i>Fortsatt forskning</i>	21

SLUTSATS	22
REFERENSLISTA	23
BILAGOR	27
BILAGA 1. SÖKTABELLER	27
<i>Cinahl</i>	27
<i>PubMed</i>	28
BILAGA 2. ÖVERSIKT AV ARTIKLAR I RESULTAT	29

Inledning

Att genom barn förlänga sin livslinje och lämna något efter sig i världen är en företeelse som finns beskriven i både litteratur, media och skönlitterära verk som en central del av livet, och i vissa fall som meningen med livet. Vi översköljs av media som speglar kärnfamiljen med två samarbetande föräldrar och deras lekande barn eller trotsiga tonåringar. Vi får råd om preventivmedel och råd om att inte sätta ett barn till världen utan ha tillräckliga resurser för att kunna försörja dem. Men vad händer med oss när vi inte kan bli föräldrar, trots att förhållandena är lämpliga och viljan finns?

Eftersom infertilitetsproblematik och ofrivillig barnlöshet blir allt vanligare är detta en livskris som många personer tvingas uppleva. Majoriteten av den kunskap som finns inom området har fokuserats på kvinnorna eftersom de är mer benägna att söka hjälp samt att de historiskt sett har blivit mer skuldbelagda för barnlöshet än män. Det finns mycket lite kunskap om hur männen berörs och hur oförmågan att förlänga sin livslinje påverkar dem. Det är dock känt att barnlöshet kan medföra olika psykologiska, sociala och kulturella konsekvenser för de drabbade, samt att de påverkas av den rådande kulturen. Det är sjuksköterskans uppgift att bl.a. observera, dokumentera och åtgärda förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd vilket gör att infertilitetsproblematik är ett relevant område för sjuksköterskan då det påverkar patienten på många plan. Genom kunskap om mäns upplevelse av ofrivillig barnlöshet kan vården kring dessa män förbättras, vilket kan leda till bättre hälsa och livskvalitet bland ofrivilligt barnlösa män.

Bakgrund

Infertilitet och ofrivillig barnlöshet

Infertilitet är en sjukdom i det reproduktiva systemet som kan definieras som misslyckande att uppnå graviditet efter 12 månader eller mer av regelbundet oskyddat samlag, eller att paret misslyckas med att behålla en graviditet (Bolsoy et al., 2010; Zegers-Hochschild et al., 2009). Manlig infertilitet tillhör sjukdomar i de manliga könsorganen (Socialstyrelsen, 2010). Ofrivillig barnlöshet definieras som att inte lyckas få biologiska barn trots att det finns en önskan om det (1177 Vårdguiden, 2014).

Förekomst

Infertilitet förekommer hos 10-15 procent av den totala populationen i världen (Bolsoy, Taspinar, Kavlak, & Sirin, 2010; Revonta et al., 2010). Av dessa kommer 55 procent att söka medicinsk vård i hopp om att kunna bli föräldrar (Bhaskar, Hoksbergen, van Baar, Tipandjan, & ter Laak, 2014). Barnlösheten i Sverige, frivillig som ofrivillig, beräknas vara 18 procent bland män i 55-årsåldern och 14 procent bland kvinnor i 45-årsåldern (Statistiska Centralbyrån, 2012). Den ofrivilliga barnlösheten i Sverige beräknas vara 7-8 procent av befolkningen i fertil ålder (Statistiska Centralbyrån, 2012). Förekomsten av infertilitet är lika vanligt hos både män och kvinnor. I en tredjedel av fallen kan orsaken hittas hos mannen, en tredjedel hos kvinnan och en tredjedel orsakas av en kombination av både manliga och kvinnliga faktorer eller så kallad oförklarad barnlöshet (Elzeiny et al., 2014; Kliesch, 2014; Socialstyrelsen, 2005a). Ungefär var femte par har någon gång haft svårigheter att bli med barn (1177 Vårdguiden, 2014).

Orsak

Infertilitet kan bero på problem vid befruktning eller att det förekommer någon skada, sjukdom eller defekt i de kvinnliga eller manliga fortplantningsorganen (Bhaskar et al., 2014). De vanligaste orsakerna till manlig infertilitet är störningar i spermabildning eller spermaproduktion, vilket leder till att spermerna blir defekta eller att antalet spermier blir för få (Socialstyrelsen, 2005a; 1177 Vårdguiden, 2014). Orsakerna till manlig infertilitet kan vara medfödda missbildningar i könsorganen eller kromosomavvikelser, att könsorganen påverkats av t.ex. strålning, cellgifter, läkemedel, rökning eller infektion (exempelvis gonorré och påssjuka), eller p.g.a. en kronisk sjukdom som t.ex. diabetes eller neurologisk sjukdom (1177 Vårdguiden, 2014; Wang et al., 2013; Goundry, Finlay & Llewellyn, 2013). Enligt Ramalingam, Kini och Mahmood (2014) har både antalet och kvaliteten på mäns spermier blivit allt sämre de senaste två decennierna. Den ökande förekomsten av genitala abnormaliteter hos nyfödda barn och testikelcancer har bidragit till att en allmän oro för den manliga fertiliteten har uppkommit.

Psykologiska aspekter

Infertilitet berör många centrala aspekter i människors liv. Möller och Bjuresten (2005) beskriver infertilitet som en psykologisk kris där det kan förekomma upplevelser av förlust, saknad och sorg, förlorad kontroll, konflikter kring könsidentitet, äktenskaps- och relationsproblem samt existentiellt hot. Infertilitet kan förklaras som en typ av förlust som rymmer åtta aspekter: förlust av en viktig person, förlust av kroppsfunktioner, förlust av fysisk attraktionsförmåga, förlust av självuppskattning, förlust av status, prestige, självförtroende och säkerhet, och förlust av fantasier och drömmar om något eller någon med ett stort symbolvärde. Infertilitet kan även beskrivas som en identitetskris som påverkar individens känsla av meningsfullhet, självbild och samhörighet, både för individerna för sig och för paret som en helhet (Möller & Bjuresten, 2005). Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia, och Matos (2013) beskriver att infertilitet leder till stress inom fem olika områden: social oro (att bli påmind om infertiliteten, känslighet för kommentarer från andra människor, eller att bli socialt isolerad från familjemedlemmar), oro över sexualiteten (minskad njutning eller självkänsla, eller svårigheter med att få sitt sexuella liv granskat och schemalagt), oro över relationen (svårigheter att tala med varandra eller att förstå eller acceptera partners olikheter), en längtan efter föräldraskap och svårigheter med att acceptera den barnlösa livsstilen.

Forskning har visat att infertilitet hos män kan orsaka svartsjuka, social isolering och en rädsla för att vara sexuellt otillräcklig. Det kan även leda till emotionell stress och psykiska problem, inklusive depression och ångest (Bhaskar et al., 2014; Galhardo et al., 2013; Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha, & Matos, 2011). I en svensk studie uppgav 25 procent av männen att de mår psykiskt dåligt vid diagnostisering och behandling av infertilitet (Möller & Bjuresten, 2005). Män som har diagnostiserats med infertilitet har ofta lägre självkänsla än män som kan få barn (Bhaskar et al., 2014). Även livskvaliteten har visats minska i samband med diagnostisering. Att få reda på att det inte är möjligt att få egna barn kan räknas som en plötslig och oväntad livskris som sedan sträcker sig över en lång tid med utredningar och behandlingar. För många par förändras därmed livet drastiskt (Bolsoy et al., 2010; Galhardo et al., 2013). En aspekt som är viktig för att minska den emotionella stressen är att hitta en annan mening i livet än just barn (Möller & Bjuresten, 2005).

Utbildning är en faktor som kan minska risken för psykisk ohälsa vid barnlöshet eftersom en högre utbildning leder till fler möjligheter när det gäller karriären, vilket kan leda till att det blir lättare att hitta andra mål i livet än att skaffa och uppfostra barn (Moura-Ramos, Gameiro, Ganavarro, Soares, & Santos, 2012). I en studie framkom att det fanns en stor okunskap hos männen om orsakerna till barnlöshet. Mer än hälften av de tillfrågade deltagarna hade ingen aning och vad som kunde orsaka infertilitet medan 30 procent av deltagarna svarade ospecifik infertilitet (Ann Sherrod & Houser, 2013).

I många fall ökar även stressen av att infertilitetsbehandlingen påverkar parens sexliv på så sätt att det blir en del av behandlingsproceduren (Bolsoy et al., 2010). Sexuella problem blir därför vanligt bland infertila eller tidvis infertila par. Detta kan dels bero på fysiologiska orsaker, så som vaginism och erektionsproblem, och dels kan de sexuella problemen orsakas av att den sexuella aktiviteten förknippas med tvång och stress då paret aktivt försöker uppnå en graviditet (Möller & Bjuresten, 2005).

Det finns ett stort behov av psykologiskt, moraliskt och individuellt stöd bland de par som genomgår infertilitetsutredning och behandling (Sina, Ter Meulen, & Carrasco De Paula, 2010). Bolsoy et al. (2010) skriver att män och kvinnor bearbetar stressen som uppkommer av infertilitet på olika sätt. Kvinnor har generellt sett mer behov av socialt stöd och söker oftare den typen av hjälp. Om kvinnor inte får det stöd de behöver från sin partner eller från omgivningen kan det leda till ångest och depression. Män förväntas kunna lösa sina problem på egen hand och söker inte lika ofta socialt stöd (Bolsoy et al., 2010; Cserepes, Kollár, Sápy, Wischmann, & Bugán, 2013). Bolsoy et al. (2010) uppger att cirka 82 procent av infertila kvinnor känner behov av socialt eller psykiskt stöd. Hos männen är motsvarande siffra 77 procent. Fler män än kvinnor uppger att de erhållit psykiskt stöd från sin partner angående problem med infertilitet (92 procent hos män och 87 procent hos kvinnor).

Sociala och kulturella aspekter

Det finns väldigt få studier som tar upp problemet med ofrivillig barnlöshet hos män. Forskning har i större utsträckning riktats in på kvinnans upplevelser (Cserepes et al., 2013; Pinto-Gouveia, Galhardo, Cunha, & Matos, 2012). På senare tid har dock ett par studier publicerats som även undersöker barnlöshet ur männens perspektiv. Orsaker till att problemet endast undersökts ur kvinnans synsätt kan bero på att det ofta ses som ett kvinnligt problem, och att barnlöshet hos kvinnor ses som en avvikelse från den kulturella normen, vilket inte är lika tydligt för män. Studier har visat att kvinnor berörs mer av barnlöshet än män. Däremot känner män behov av att bevisa sin manlighet inför omgivningen samtidigt som de känner oro över att defekterna ska finnas hos dem själva (Cserepes et al., 2013).

Upplevelsen av barnlöshet är olika beroende på i vilken kultur mannen lever i (Bhaskar et al., 2014; Bolsoy et al., 2010). I ett individualistiskt samhälle finns problem relaterat till barnlöshet rapporterat, men mindre är känt om männens upplevelser i ett kollektivistiskt samhälle där gruppen och familjen går före individen. Ofrivillig barnlöshet tenderar att vara mer accepterat i västerländska länder än i utvecklingsländer. De emotionella och sociala konsekvenserna har även visat sig vara avsevärt mindre i den västra delen av världen (Moura-Ramos et al., 2012). Studier har visat att ofrivillig barnlöshet drabbar mäns känsla av maskulinitet, självkänsla och social status, vilket kan resultera i förnedring och stigmatisering i vissa delar av världen (Bolsoy et al., 2010; Moura-Ramos et al., 2012). Exempelvis måste män i Indien bli fäder efter giftemål för att bevisa sin manlighet. I den hindiska tron är meningen med livet att skaffa och uppfostra barn (Bhaskar et al., 2014).

Infertilitet hos par kan även skapa stora ekonomiska och etiska problem (Bolsoy et al., 2010). Vanligt är också att paren eller individen känner utanförskap (Möller & Bjuresten, 2005). Ofrivilligt barnlösa par upplever ofta att deras sociala relationer påverkas negativt (Bhaskar et al., 2014). Press och krav från omgivningen vid barnlöshet har även visats minska harmoni och lycka i äktenskap. Kvinnor och män kände ungefär lika stor press från omgivningen, däribland släkt och vänner, att skaffa barn (34 procent hos kvinnor och 31.8 procent hos män) (Bolsoy et al., 2010).

Mäns känslomässiga lidande i samband med barnlöshet har visat sig vara mindre utmärkande i jämförelse med kvinnors (Moura-Ramos et al., 2012). Kvinnors reaktioner på ofrivillig barnlöshet är ofta starkare än mäns, förutom i de fall då orsaken till infertiliteten ligger hos mannen. Kvinnor har visat en större vilja att tala om infertiliteten medan män generellt sett anser att det är onödigt eftersom samtal inte förändrar grundorsaken till infertiliteten. Männen kände ofta att de ville hjälpa och att de borde göra något åt problemet som gör kvinnan ledsen, vilket de inte kan. Att kvinnan ändå ville tala om problemet när han inte kunde göra någonting åt saken gjorde att mannen kände sig maktlös och att partnern krävde för mycket av honom. Detta kom vanligtvis till uttryck genom irritation från mannens sida. Mannen vet också att kvinnan blir ledsen av att tala om problemet vilket gör att han undviker ämnet (Fredholm & Johansson Rosander, 2002; Möller & Bjuresten, 2005).

Vård vid infertilitet

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005b) ingår det i sjuksköterskans arbetsuppgifter att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Sjuksköterskans ska även observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd.

Utredning

När en infertilitetsutredning startas kan patienten under det första besöket komma till en sjuksköterska eller barnmorska. Under besöket sker en genomgång av anamnes och undersökning av både mannen och kvinnan (Kvinnokliniken Universitetssjukhuset Linköping, u.å.). Ett spermprov lämnas för att undersöka kvaliteten på spermier. Provet ska helst lämnas på kliniken där analysen sker eftersom det behöver vara färskt när det ska undersökas. Detta är den viktigaste delen i undersökningen av mannen (1177 Vårdguiden, 2014). Paret får även information om anatomi och fysiologi, relationer och sexualitet, adoption, tillgång till kurator, och eventuella riskfaktorer som rökning och övervikt tas i beaktning. Därefter planeras den fortsatta utredningen som sker med läkare (Kvinnokliniken Universitetssjukhuset Linköping, u.å.). Inom den offentliga vården i Sverige betalar patienten en avgift som omfattas av högkostnadsskyddet för undersökning och behandling. Utredning sker då på en gynekologisk mottagning eller kvinnoklinik. De läkemedel som eventuellt förskrivs är subventionerade. Paren kan även söka sig till en privat fertilitetsklinik där utredningen bekostas av dem själva (1177 Vårdguiden, 2013).

Behandling

I Sverige finns ett antal behandlingar att tillgå där paren får hjälp med att skapa förutsättningar för en graviditet. *Hormonstimulering* eller *ovulationsstimulering* innebär att kvinnan förskrivs läkemedel med hormoner som framkallar ägglossning. *Insemination med spermier* innebär att spermier från antingen mannen i paret eller en donator placeras in i

kvinnans livmoder under ägglossning. Vid *provrörsbefruktning*, även kallad in vitro fertilisering (IVF), tilldelas kvinnan hormoner som leder till ägglossning, därefter tas äggen ut ur äggstocken och placeras i ett provrör. Mannen i paret lämnar därefter sperma som tillsätts äggen i provröret. Äggen blir då förhoppningsvis befruktade och placeras inuti kvinnans livmoder där det får växa. Detta är den mest kostsamma behandlingen, men även den mest effektiva. En annan variant är *provrörsbefruktning med äggdonation*. Det innebär att en kvinnlig donator lämnar ägg som sedan får befruktas med mannens spermier i ett provrör. Även *kirurgisk behandling* är ett alternativ exempelvis då kvinnan har skador på äggledarna, endometriosis eller förändringar på livmodern (1177 Vårdguiden, 2013).

Teoretisk referensram

Bolsoy et al. (2010) betonar att sjuksköterskor har en avgörande roll när det gäller diagnostisering och behandling av infertilitet. Att bedöma de fysiska, psykiska och sociala omständigheterna, identifiera problem och behov, och att erbjuda passande vård. Sjuksköterskor som arbetar inom detta område behöver ha kunskap om hur par som befinner sig i en situation med ofrivillig barnlöshet kan vägledas och stöttas. Att erhålla undervisning under den här tiden har visat sig minska den psykologiska belastningen och därmed öka livskvaliteten hos paren.

Identitet

Relationen till den egna kroppen förändras ofta vid sjukdom. Många patienter blir mycket medvetna om sin kropp och betraktar den som ett objekt då den på något sätt förändrats eller inte fungerar som den ska. I detta skede kan många få en förändrad bild på den egna kroppen och det är först nu som ett förhållande till kroppen skapas. Vissa ser sjukdomen som ett främmande objekt som invaderat kroppen, som inte hör ihop med jaget, sjukdomen är således något som jag "har", inte som jag "är". Andra kan uppfatta sjukdom som att jaget är i fysisk obalans och att sjukdomen är en del av hans eller hennes lidande (Birkler, 2007).

Vilken relation patienten har till den egna kroppen är viktigt att uppmärksamma vid sjukdom där det finns risk för att identiteten rubbas och den självupplevda världen förändras. Identiteten utgörs ofta av de personliga drag personen upplever hos sig själv och vilka egenskaper personen anser att hon saknar, och vad som skiljer personen från andra människor och vilka likheter som förekommer med andra. Identiteten handlar även om vilka likheter eller skillnader hos personen som värderas högst, och hur de upplevs och tolkas av personen. Relationerna till omvärlden och hur omgivningen tolkar egenskaperna bidrar också till bildandet av identiteten. Den förändras även i takt med vad som händer runt omkring, exempelvis sjukdom som kan påverka synen på framtiden, de sociala relationerna och självbilden (Birkler, 2007). Patienten kan uppleva ett hot mot identiteten om det finns risk för stigmatisering på exempelvis en arbetsplats eller inom det sociala nätverket, och således skapas en hög belastning på patienten (McGonagle & Barnes-Farrell, 2014).

Om patienten upplever en stor förändring av relationerna och bilden av sig själv kan en känsla av identitetslöshet uppstå. Detta grundar sig i en upplevelse av att han eller hon "tappar fotfästet" eller förlorar handlingsförmågan i nyuppkomna situationer. Det blir svårt att känna igen den nya omvärlden och en känsla av att vara sjuk och ensam i en främmande värld kan uppstå, vilket kan förklaras som existentiell ångest som uppkommit ur otrygghet. I denna situation kan sjuksköterskan hjälpa patienten genom att fungera som en slags trygghet och förankring till omvärlden. Några av de viktigaste uppgifterna för sjuksköterskan blir därmed

att försöka skapa en ny mening och ge patienten möjlighet att bygga upp en ny identitet i en förändrad livsvärld (Birkler, 2007).

Att få barn ses som en viktig aspekt i mänskligt liv. De allmänna skälen till att få barn kan vara exempelvis att det är nödvändigt för att fortsätta mänskligt liv på jorden, ekonomiska och sociala krav där barn är viktiga instrument för överlevnad, vilket gör att människan har en plikt-känsla inom sig att skaffa barn. Även personliga skäl förekommer såsom ett behov av att leva kvar på jorden efter döden, att uttrycka det egna jaget och att tillsammans med sin partner skapa något gemensamt eller att barnet blir som en "gåva" till partnern. Betydelsen av att få barn har således fötts från en komplex blandning av allmänna, sociala och personliga skäl, där en av dem kan vara den dominanta orsaken beroende på personlig bakgrund, förhållandet inom familjen, kulturell och social kontext. Par som upplever problem med fertiliteten anger ofta både fysiska och sociala reaktioner som innefattar förlust av identitet, självkänsla och social roll, vilket kan leda till känslor av otillräcklighet och ensamhet (Minucci, 2013).

Lidande

Lidande har blivit definierat som ett specifikt tillstånd av ångest som uppstår när helheten eller integriteten hos en individ störs eller hotas. Lidandet finns kvar tills hotet försvunnit eller integriteten återställts (Cassell, 1999). Oavsett när lidandet inträffar i människans liv kan det generellt sett alltid kopplas ihop med att hon inte längre känner igen sig själv eller sin egen kropp. Ens själv styrs plötsligt av kroppen, som vid olika lidande kan uppfattas som ett objekt. En reaktion vid lidande är viljan att hitta tillbaka till sig själv och sin identitet när kroppen betar sig på ett sätt som människan har svårt att acceptera (Wiklund, 2009).

Lidande är ett komplext fenomen som kan betraktas utifrån olika perspektiv och teorier. Begreppet har utvecklats genom tiderna och har tidvis betraktats som något människan bör behärska och bekämpa. Vikten av att kunna förhålla sig till sitt lidande och skapa sig en mening med det har benämnts av många författare. Ofta väljer människan den enklaste vägen i livet, alltså den väg som orsakar minst lidande, men som straffar sig på längre sikt. Om människan istället möter sitt lidande och tar ansvar för sitt liv kan hon uppnå en större mognad och en existentiell frihet (Wiklund, 2009).

Enligt Wiklund (2009) hör lidande starkt samman med rädslan för att bli övergiven och för att anses oduglig. Brist på bekräftelse i barndomen kan skapa ett ständigt lidande i kampen om att få den bekräftelse som saknats i livet. Goda och trygga relationer spelar därför en viktig roll, då människan är beroende av dessa. Ur ett evolutionsperspektiv har människans överlevnadsförmåga förändrats från att den starkaste överlevt till att den med gynnsam social förmåga klarat sig bäst. Genom att förstå lidande ut detta perspektiv blir lidandet till följd av människans oförmåga att delta i gemenskap en viktig aspekt.

Orsaken till lidande kan vara många. Lidande till följd av sjukdom, yttre omständigheter eller människans egen syn på sig själv i sitt sammanhang är några av dem (Wiklund, 2009). Infertilitet har alltid medfört avsevärt lidande. Detta har främst gällt kvinnor, som alltid har fått betala ett högt pris för barnlöshet. Historiskt sett har det alltid ansetts vara kvinnans fel om ett par förblev barnlöst, således blev hon marginaliserad, dåligt behandlad och förkastad. Genom att klargöra orsakerna till infertilitet, genom diagnostisering och behandling som innefattar både mannen och kvinnan, har det vetenskapliga förhållningssättet bidragit till mer rättvisa för kvinnor. Även avsaknaden av barn i sig orsakar ofta stort lidande, då barnet man drömt om och längtat efter inte kommer (Minucci, 2013).

För vårdpersonal är det viktigt att se patienten i sin livssituation för att kunna förstå och hjälpa patienten i sitt lidande. Fokus bör lyftas från sjukdomen och kroppen till hela människan eftersom lidande är mer komplext och omfattande än så (Wiklund, 2009). När vårdpersonal hanterar infertilitet måste de fysiska, såväl som de känslomässiga, sociala och andliga aspekterna som är sammanlänkade med att få barn observeras (Minucci, 2013). För att lidandet ska kunna minskas krävs att det först blir uppmärksammat. Ofta måste patienter bli frågade direkt eftersom många inte själva är medvetna om att de upplever lidande. Vårdpersonal kan till exempel ställa frågor så som: "känns detta skrämmande?", "vad är det värsta med situationen?", och därefter bör patienten få tid på sig att tänka igenom sina svar. Genom att fråga visar vårdpersonal patienten att det är tillåtet att tala om dessa saker som förut inte blivit uppmärksammat (Cassell, 1999).

Problemformulering

Den ofrivilliga barnlösheten i världen uppges vara 10-15 procent av befolkningen i fertil ålder vilket antyder att detta är ett problem som påverkar många människor. Det finns mycket forskning om hur kvinnan upplever barnlöshet, men flera artiklar som belyser ämnet påpekar att det i nuläget finns få studier som undersökt hur barnlöshet påverkar och inverkar på mäns liv. Kvantitativa studier har visat att ofrivillig barnlöshet hos män kan orsaka identitetskris, bristande självkänsla och förlust av den sociala rollen, med ensamhet som resultat. Genom kunskap om mäns upplevelser inom ämnet kan dessa problem undvikas och vården av dessa män kan förbättras, vilket kan leda till bättre hälsa och livskvalitet bland ofrivilligt barnlösa män.

Syfte

Syftet är att beskriva mäns upplevelse av ofrivillig barnlöshet.

Metod

Vald metod

För att beskriva mäns upplevelse av ofrivillig barnlöshet valdes en metod för att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Detta innebär att varje kvalitativ artikel innehar ett kunskapsvärde, som bidrar till ett större kunskapsvärde då flera studier sammanställs. Kvalitativ forskning valdes eftersom den ger en bild av förekommande upplevelser och lämpar sig bra för ett relativt utforskat ämne (Friberg, 2012).

Datainsamling och urval

Litteratursökningen genomfördes främst i databaserna Cinahl och PubMed. Inklusionskriterierna i dessa sökningar var ett publiceringsdatum mellan år 2010 och 2015, att de hade en kvalitativ metod och att deltagarna var barnlösa heterosexuella män, med eller utan infertilitetsproblematik. Artiklar som endast belyste kvinnors upplevelser och som var skrivna på annat språk än engelska exkluderades. För att täcka in området ytterligare utfördes kompletterande manuella sökningar, där artiklar som var skrivna innan år 2010 accepterades. Två av artiklarna hittades genom manuell sökning via referenslista.

Sökorden som användes i PubMed var “*experience*” or “*adaption*”, “*infertility*” or “*childless*”. För att få fram sökorden användes MeSH. I Cinahl var utgångspunkten för sökningarna “*infertility*” och “*men*” och sedan provades olika begrepp så som “*experience*”, “*adaptation*” och “*family*”. Cinahl Headings användes för att få fram fler begrepp som var till hjälp för att begränsa antalet träffar. Sökningen begränsades till artiklar som inte var äldre än fem år för att forskningen skulle vara aktuell.

Grundtanken för arbetet var att beskriva mäns upplevelse av ofrivillig barnlöshet relaterat till manlig infertilitet. Senare valdes även artiklar som fokuserade på männens upplevelse av ofrivillig barnlöshet relaterat till infertilitet hos kvinnan, och/eller där orsaken till infertiliteten var okänd. Detta val gjordes eftersom det i många fall var svårt att avgöra vilken partner som var orsaken till barnlösheten. Homosexuella män och par valdes dock bort, eftersom barnlösheten i dessa fall inte utreds som infertilitet. I en artikel var vissa av männen utan partner, men resultatet togs ändå med då det på ett bra sätt beskrev männens drivkraft till att skaffa barn.

Resultatet av sökningarna blev 11 artiklar som handlade om mäns upplevelser av barnlöshet (se bilaga 1). Dessa granskades sedan med hjälp av protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod i Willman, Stoltz, och Bahtsevani (2006) (se bilaga 2). Studierna kommer från Sverige, Island, Storbritannien, Sydafrika, Pakistan och Malawi.

Dataanalys

De 11 artiklarna lästes och granskades av båda författarna. Artiklarnas resultat diskuterades för att säkerställa att resultatet tolkats på samma sätt av båda författarna. De delar av studiernas resultat som svarade mot syftet urskiljdes och sammanställdes för att ge en övergripande bild av materialet. Liksom Friberg (2012) jämfördes studiernas resultat med varandra och likheterna lade grunden för teman. Sedan analyserades materialet under varje tema och underteman identifierades. Teman och underteman bearbetades ytterligare och material som ansågs överflödigt eller inte passade i något tema sällades bort. Fem huvudteman och 14 underteman formulerades. Resultatet jämfördes och sammanställdes under varje tema för att få en övergripande förståelse för männens upplevelser och beskriva ämnets vetenskapliga grund.

Forskningsetiska överväganden

Att studierna var godkända av en etisk kommitté var ett krav. Då studierna berör både privata och känsliga områden ansågs detta vara av stor vikt, för att undvika risken att någon deltagare blir utelämnad eller framställs på ett missvisande sätt i de använda artiklarna. Etiskt fokus har legat på att tolka resultatet rätt, då denna litteraturstudie sammanställer forskning som redan existerar. Vid ett tillfälle har en kvinnas berättelse använts i resultatet, vilket motiveras med att männens agerande i samhället ger en anvisning om deras upplevelse. Detta kan dock vara en risk för resultatets trovärdighet, men p.g.a. att det fanns få relevanta artiklar inom ämnet var detta beslut nödvändigt. Samtliga studier har översatts från engelska till svenska vilket kan ha påverkat resultatet.

Resultat

Två av de 11 studierna beskriver mäns upplevelser av ofrivillig barnlöshet där det är fastställt att det förekommer manlig infertilitet. I de övriga nio studierna var orsaken till barnlösheten oklar eller så framgick ingen orsak. Teman och underteman presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Teman och underteman

Teman	Underteman
Emotionella aspekter	Att pendla mellan hopp och hopplöshet Att sörja ett barn som inte blivit till Att känna ilska Att känna identitetsförlust Att känna sig marginaliserad
Männens förväntningar på sig själv	Att ge stöd till sin partner Att vara den starka
Sociala följder av barnlöshet	Att leva i ett barnlöst förhållande Att möta omgivningens reaktioner
Att genomgå infertilitetsvård	Att fatta beslut om behandling Att möta sjukvården
Att hantera sina upplevelser	Att våga vara öppen med sina känslor Att prata med andra i samma situation Att hantera barnlöshet olika

Emotionella aspekter

Att pendla mellan hopp och hopplöshet

Känslor av hopplöshet var vanligt förekommande hos män som genomgick infertilitetsbehandling tillsammans med sin partner. Hopplösheten grundade sig främst i att det dels saknades konkreta saker männen kunde göra för att stötta sin partner, och även att det inte gick att förutse behandlingens resultat. Det fanns en rädsla för att behandlingen skulle misslyckas och att hoppas ansågs därför som negativt eftersom männen ville skydda sig mot besvikelsen som uppstår om behandlingen inte leder till ett barn. Trots det var det lätt att känna hopp inför behandlingen, och vissa män kände att de fick ha i åtanke att inte ryckas med och bli allt för optimistiska. Denna uppfattning var vanligare hos män som redan misslyckats med infertilitetsbehandling tidigare (Malik & Coulson, 2008).

På ett internetforum som granskats av Malik och Coulson (2008) förekom det trots detta mycket uppmuntran till att vara hoppfull och positiv. Ett positivt resultat kunde vara värt alla månader av smärta, tårar och sorg. Männen beskrev att de aldrig hade hoppats så mycket på någonting förut som att behandlingen skulle fungera.

Att sörja ett barn som inte blivit till

Att få barn var något som uppfattades som en förlängning av livet. Johansson, Hellström, och Berg (2011) beskriver att möjligheten att få skapa ett barn tillsammans, som var skapat av mannen och kvinnan, och se barnet växa upp, symboliserade en förlängning av livet. Genom sina barn fortsatte livet och man lämnade något efter sig. För männen var detta viktigt och utgjorde en stor del i deras önskan om att få barn.

Det fanns också män som uttryckte genetiska och kulturella behov då de talade om sin önskan om att få barn. Önskan att få barn kunde vara större än önskan om att någon gång gifta sig

(Johansson et al., 2011). Enligt Sol Olafsdottir, Wikland, och Möller (2013) var möjligheten att kunna dela gemensamma upplevelser med familj och vänner en av orsakerna till att skaffa barn.

Dyer, Abrahams, Mokoena, och van der Spuy (2004) betonar att de flesta män som intervjuats har varit relativt öppna om sina känslor till följd av barnlösheten, så som att de känt sorg, smärta, tomhet och otillräcklighet. Vissa män talade om en djup längtan, skuld-känslor, att känna sig utanför och att få hjärtat krossat. Upplevelsen av barnlöshet kunde även beskrivas som att ständigt vara i en sorgprocess (Johansson et al., 2011). Det var ytterst få män som uppgav att de inte kände sig påverkade av barnlösheten (Dyer et al., 2004).

Volgsten, Skoog Svanberg, och Olsson (2010) undersökte den mentala hälsan hos män som fortfarande var barnlösa tre år efter avslutad in vitro-fertilisering (IVF-behandling) och dessa män skattade sin mentala hälsa som relativt stabil. Den pågående IVF-behandlingen påverkade dock den mentala hälsan negativt. De upplevelser av barnlöshet som beskrevs efter avslutad behandling var sorg och en stark saknad efter barn. De flesta av männen hade ännu inte kunnat anpassa sig till barnlösheten och de försökte lära sig leva med smärta genom att förneka den. Det krävdes styrka för att genomgå IVF-behandlingen då det kunde innebära att handskas med misslyckande efter misslyckande. Männen var oförberedda på partnerns sorgereaktioner och kände att de saknade kunskap om hur man kunde reagera efter misslyckad behandling. En del män upplevde att de inte gav sig själva chansen att sörja, istället ignorerade de sin sorg och fortsatte vidare med nästa behandling. För dessa män hade det varit en självklarhet att skaffa barn, men framtidsutsikten var nu att vara ensam i hög ålder. De beskrev även besvikelse över att inte kunna ge sina föräldrar barnbarn och att själva inte kunna få barnbarn.

I Malawi, Afrika kunde barnlösheten beskrivas som ett öppet sår som ständigt smärtade. Att få barn var det mest värdefulla ett äktenskap kunde erbjuda och det som saknades var bland annat ett barn som skulle komma till ens hjälp när man blev äldre och någon som kan ärva alla ens ägodelar. Det förekom att män frivilligt kunde låta sin fru lämna dem då de inte kunde ge henne några barn. Situationer där andra män började håna dem och ställa frågor om barnen som inte fanns bidrog till att de kände sig obekväma och skämdes (Parrott, 2014).

Hadley och Hanley (2011) undersökte hälsan hos barnlösa män och fann att alla männen hade lidit av depression i samband med barnlösheten. I vissa fall berodde barnlösheten på männens sviktande hälsa som inkluderade både det fysiska och psykiska, där mannen exempelvis på grund av psykiska problem inte skattade sig själv som en lämplig förälder. I vissa fall hade det även förekommit suicidtankar. Att uppleva sorg över ett barn som inte blivit till upplevdes som paradoxalt.

En annan aspekt som kunde leda till sorg var att se sin partner lida. I situationer som framkallade sorg hos partnern, t.ex. när de träffade andra barn, försökte männen vara stödjande och muntra upp sin partner (Dyer et al., 2011).

Att känna ilska

Ilska, frustration och hjälplöshet kunde ibland uppstå till följd av ofrivillig barnlöshet. Männen kunde känna rädsla över möjliga konsekvenser som att de skulle kunna skada någon på grund av sin ilska och ibland förekom våld mot partnern som ett utlopp för de negativa känslorna (Dyer et al., 2004; Mumtaz, Shahid, & Levay, 2013). Männen upplevde ofta ångest som bottnade sig i en känsla av hjälplöshet över att de inte kunde stötta sin partner eller lösa

situationen. Ilska och frustration kunde även uppstå ur känslor av att vara värdelös (Malik & Coulson, 2008), och att ha en ofrånkomlig känsla av total maktlöshet när det gäller barnlösheten (Johansson et al., 2011).

Att känna identitetsförlust

Enligt Crawshaw (2013) kunde kommentarer från omgivningen ge patienterna en känsla av personligt misslyckande. Detta innefattade både medvetna negativa kommentarer från omgivningen men även männens syn på sig själva som barnlösa män. Det var vanligt att negativa tankar uppstod i sociala möten och att man jämförde sig med sina vänner och bekanta som hade barn, och i vissa fall kände sig männen underlägsna (Crawshaw, 2013). Kommentarer kunde också påverka deltagarnas upplevda identitet som man. Hos vissa fanns en uppfattning om att manligheten inte längre är intakt då mannen inte kan få barn. Manligheten hörde ihop med identiteten och ens känsla av duglighet (Dyer et al., 2004; Johansson et al., 2011).

Johansson et al. (2011) fann att diagnostisering togs hårt av vissa av deltagarna. Att exempelvis få information om att spermier saknas kan bli det hårdaste slaget en man kan uppleva och vara de värsta nyheterna de någonsin fått. Om en man under diagnostisering fick höra att hans reproduktiva hälsa var som den skulle, trots att det inte blev några barn, kunde mannen ändå känna att den förlorade självkänslan kom tillbaka och det gav en känsla av upprättelse.

Att känna sig marginaliserad

Att infertilitet och ofrivillig barnlöshet inte passade in i samhällets struktur och normer var något som många män kände. Det var ett känsligt ämne som upplevdes svårt att tala om med de som inte var i samma situation (Crawshaw, 2013). Männen förväntades uppfylla samhällets normer; skaffa familj och barn, och när det inte var fallet tvingades de bemöta omgivningens frågor och påtryckningar (Hadley & Hanley, 2011).

Enligt Sol Olafsdottir et al. (2013) fick männen inte tillräckligt med stöd ifrån vården. De kände att vårdpersonalen hade för bråttom. Männen ville inte störa dem med sina frågor och personalen hade inte tid att fråga om, eller lyssna på, hur männen mådde.

När behandlingen avslutades utan resultat upplevde männen verkligen att de ville prata med någon och förväntade sig att vården skulle erbjuda detta. Ett avslutande samtal med vårdpersonalen var efterfrågat, men istället blev de lämnade ensamma i situationen, vilket upplevdes mycket frustrerande (Volgsten et al., 2010).

Malik och Coulson (2008) skriver att trots att männen ville vara delaktiga i behandlingen kände de sig ofta utanför. De kände sig försummade, oviktiga och ensamma i behandlingsprocessen. Känslan av att bli utesluten uppstod inte bara från att behandlingen ofta endast fokuserade på kvinnan utan även från sjukvårdspersonalens bemötande. Bemötandet tolkades som bristande förståelse för att infertilitet även påverkar män. Johansson et al. (2011) betonar att männen kände sig mer som en kamrat, en ojämlig partner. Situationen uppfattades som svårare för kvinnan och oron över hennes känslomässiga reaktioner var ett centralt tema. Problem med infertilitet belystes inte som en del av mannens värld utan var huvudsakligen kopplat till kvinnan.

Vissa av männen kände sig uteslutna genom att vården bedrevs på gynekologisk mottagning eller kvinnoklinik, då benämningarna syftar på att barnlösheten är ett problem hos kvinnan.

Förslag fanns att klinikerna skulle kallas exempelvis familjemedicinsk avdelning, för att fokusa flyttas från kvinnan till paret. Det fanns en allmän önskan om att mannen och kvinnan skulle bli ansedda och behandlade som ett par med ett gemensamt problem (Johansson et al., 2011).

Det var inte bara inom vården som männen upplevde marginalisering, även släkt och vänner prioriterade kvinnans känslor och behov och mannen blev åsidosatt. Barnlösa män ofta kände att omgivningen inte förstår mannens situation under behandling. Ofta var det kvinnan i paret som fick uppmärksamhet och stöd och mannen fick klara sig utan. Det fanns en uppfattning hos männen att de på grund av deras könstillhörighet skulle handskas med situationen utan att visa känslor (Malik & Coulson, 2008).

Män verkade inte heller finna samma nivå av stöd genom Internet som deras partners. Det fanns infertilitetsforum för män, men ibland var de dåligt använda. Männen saknade någon att dela upplevelsen med och kunde ibland känna avundsjuka för stödet som den kvinnliga partnern kunde ta del av på Internet (Hinton, Kurinczuk, & Ziebland, 2010). De män som dock hade hittat ett forum som var aktivt kände att de erhöll viktigt stöd från andra män på forumet och värdesatte detta högt (Malik & Coulson, 2008).

Männens förväntningar på sig själv

Att ge stöd till sin partner

Många män ansåg att deras viktigaste roll var att stötta sin partner under infertilitetsbehandlingen. Många sökte aktivt vägledning och stöd på ett internetforum i syfte att kunna uppfylla sin roll på ett bättre sätt. På forumet delade medlemmarna med sig av råd om hur man bäst kunde stötta sin partner. De betonade då att mannens centrala roll var att ge emotionellt stöd till partnern under behandlingen (Malik & Coulson, 2008).

Hudson och Culley (2013) fann att männen upplevde att det var kvinnan som stod i centrum under behandlingsprocessen vilket i sin tur innebar att hon var i stort behov av stöd. Liksom Malik och Coulson (2008), fann även Hudson och Culley (2013) att det var männens huvudsakliga uppgift att ge sin partner emotionellt stöd under behandlingen.

Enligt Hudson och Culley (2013) innebär emotionellt stöd att ge partnern uppmuntran, att vara en aktiv lyssnare, att upprätthålla det känslomässiga klimatet i förhållandet och uppmärksamma vikten av att känslorna fick komma fram. Männen blev "emotionella vårdgivare" till sin partner och förväntades vara manliga, att inte visa sina känslor och att vara positiva. De var tvungna att dölja sina egna känslor och förbise sitt eget behov av stöd i situationen, vilket kunde få negativa följder.

Att vara den starka

Johansson et al. (2011) intervjuade infertila män vars behandling misslyckats. Att bestiga ett berg, där målet var att nå toppen, var en metafor som sammanfattade det väsentliga i männens upplevelse av infertiliteten. Att steg för steg nå högre nivåer jämfördes med att *få ett barn* och således *få en familj med barn*.

Under infertilitetsbehandlingen tog männen på sig ansvaret för att möta sin familjs och partners oro och känslor. Det gav sig själva lägre prioritet och oroad sig mer över hur kvinnan skulle klara av alla behandlingar (Johansson et al., 2011). Viljan att vara stark ledde till att många män tryckte undan sina egna känslor för partnerns skull. Männen uttryckte ett

behov av att kunna vara den som gav kraft och styrka till sin partner (Malik & Coulson, 2008).

Mannen förväntades ta på sig rollen som den starka och den positiva i relationen under infertilitetsbehandlingen. Ändå påverkades männen lika mycket som kvinnorna av infertilitetsbehandlingen, men de var inte lika öppna med sina känslor kring det. Detta berodde till stor del på att männen ville vara starka inför sin partner samt att samhället och deras sociala nätverk inte hade förståelse för att männen också påverkades känslomässigt av infertiliteten (Malik & Coulson, 2008).

Sociala följder av barnlöshet

Att leva i ett barnlöst förhållande

Paren kände att de behövde anpassa sina liv då de genomgick behandling och stod inför en eventuell graviditet. Både värderingar och prioriteringar behövde kompromissas. De ändrade sin livsstil, gjorde förändringar inom sina karriärer och väntade med att ta ut ledighet (Sol Olafsdottir et al., 2013).

Trots kvarvarande barnlöshet och infertilitetsbehandlingar fann både Sol Olafsdottir et al. (2013) och Johansson et al. (2011) att parens relation stärkts. Männen beskrev att även om de känt sig ledsna hade de kunnat finna stöd i varandra under infertilitetsbehandlingen (Johansson et al., 2011). Volgsten et al. (2010) beskriver också att männens relationer hade stärkts, men fann även det motsatta. För vissa deltagare hade relationen blivit mer pressad och i vissa fall förekom även tillfällig separation efter att behandlingen avslutats. Sexuella problem var en orsak och berodde ofta på att lusten och glädjen med det sexuella umgänget hade försvunnit i samband med behandling.

Vissa av kvinnorna tenderade att dra sig undan sin make vilket gjorde att männen kände mer hjälplöshet. Männen vände sig då till ett Internetforum för att få stöd och råd om hur de kunde bemöta kvinnans känslor under behandlingen (Malik & Coulson, 2008).

Dyer et al. (2004) intervjuade sydafrikanska barnlösa män och fann att det förekom negativa händelser till följd av barnlösheten. Fysiskt våld mot sin partner hade förekommit och även utomäktenskapliga sexuella relationer, i syfte att ”testa” sin infertilitet, fanns också beskrivet. Enligt Dyer et al. (2004) och Mumtaz et al. (2013) kunde barnlösheten orsaka konflikter i förhållandet. Kommentarer ifrån andra kunde påverka relationen med partnern. De började tvivla på sin partner och vissa män kände oro av att kvinnan skulle börja träffa någon annan på grund av att han inte kunde ge henne ett barn. Misstron gentemot kvinnan kunde leda till att mannen slog sin partner (Dyer et al., 2004).

I Punjab, Pakistan tenderade männen att vara mer våldsamma och kränkande mot sin partner i de fallen där barnlösheten berodde på kvinnan än vad de var när infertiliteten berodde på mannen, även om det fanns vissa undantag. Det kunde hända att mannens familj slog hans fru och skickade i väg henne till sina föräldrar p.g.a. att hon inte gav honom några barn (Mumtaz et al., 2013).

Att möta omgivningens reaktioner

Många män upplevde att det var svårt att tala om sin infertilitet med andra män och det ledde till negativa känslor, så som utanförskap, isolering och avundsjuka (Crawshaw, 2013; Hadley & Hanley, 2011). De möttes ofta av negativa kommentarer, blev kallade för öknamn och fick

höra att de inte var riktiga män (Dyer et al., 2004; Parrott, 2014). Om männen var tillfreds i sin relation med kvinnan, trots barnlösheten, påverkades de mindre av kritiken från samhället (Dyer et al., 2004). Det var få män som informerade familj och vänner om sin infertilitetsproblematik, vilket verkade vara för att slippa konfronteras med sin barnlöshet inför den sociala omgivningen (Volgsten et al., 2010).

Många män var oroliga över att deras partner skulle lämna dem då de inte kunde ge dem några barn och inte ansågs som riktiga män (Crawshaw, 2013; Dyer et al., 2004; Parrott, 2014). Männen i deras omgivning kunde skämtsamt säga att skulle ta deras kvinna och göra henne med barn (Dyer et al., 2004; Parrott, 2014). Vissa av männen blev hånade och vännerna skämtade om barnlösheten vilket gjorde att männen tog illa upp eftersom de tyckte att barnlösheten inte var något att skämta om (Crawshaw, 2013; Dyer et al., 2004).

Enligt Dyer et al. (2004), Hadley och Hanley (2011) och Parrott (2014) kände männen press ifrån samhället och familjen att uppfylla det förväntade - att skaffa barn. Familjen uppmuntrade antingen mannen till att söka vård och behandling eller till att lämna kvinnan (Dyer et al., 2004; Parrott, 2014). Om männen inte hade någon partner möttes de ofta av påtryckningar om att skaffa någon (Hadley & Hanley, 2011). Pressen skapade en osäkerhet i relationen som gjorde det svårt för männen att känna sig trygga, då kvinnan kanske skulle lämna dem (Parrott, 2014).

Att genomgå infertilitetsvård

Att fatta beslut om behandling

I en nordisk studie framkom att det i de allra flesta fall var kvinnan som tog beslut angående infertilitetsbehandling. Männen kände att de inte ville pressa kvinnan till ett annat beslut på grund av att det är kvinnans kropp som kommer genomgå eventuella behandlingar. Istället stöttade de kvinnan i hennes beslut. Männen uppgav att de kände oro över kvinnans välmående och att de i vissa fall ifrågasatte syftet med att fortsätta behandlingarna och frågade sig om det verkligen är värt besväret (Sol Olafsdottir et al., 2013).

När det gällde att få behandling utomlands uppgav männen att de blev involverade i behandlingen utav sin partner som var drivande och huvudsakligen ansvarig för att ta beslut. Paren var oftast överens om den här arbetsfördelningen efter kön, vilket ansågs som oundvikligt då det var kvinnan som skulle genomgå behandlingen och därmed behövde vara mer insatt medan mannen kunde vara omedveten. Att mannen oftast var passiv under infertilitetsbehandling visar på en utmaning av den dominanta maskulina identiteten, då det enligt Hudson och Culley (2013) ofta förväntas av män att vara den aktiva, kraftfulla och dominanta partnern som har kontroll. Sol Olafsdottir et al. (2013) skriver att önskan om ett barn är gemensamt och därför är behandlingen även ett gemensamt beslut. I vissa fall där kvinnan valt att avsluta behandling hade männen inte instämt i beslutet, vilket hade lett till känslor av frustration hos männen (Volgsten et al., 2010).

Att möta sjukvården

Utredning och behandling

En händelse under utredning och behandling som många män uppgav kunde leda till mycket ångest var att lämna spermprov på kliniken (Dyer et al., 2004; Hudson & Culley, 2013; Mumtaz et al., 2013). Det uppfattades som en mycket viktig del i processen, vilket ledde till att männen kände sig stressade över att provet skulle lämnas, och var ofta en traumatisk

upplevelse på grund av flera orsaker; dels att det uppfattades som sexuellt avvikande och att det fanns en press att prestera, dels berodde det även på bemötandet på kliniken i samband med händelsen. Många män uppgav att de blev okänsligt behandlade av personalen. Att det har sexuella undertoner gjorde det svårt för många män att identifiera sig inom kategorin patient och kunde även leda till känslor av skam och förlägenhet (Hudson & Culley, 2013).

Hudson och Culley (2013) skriver att det bristande bemötandet i samband med spermavprov visar på att mannens betydelse inom infertilitetsbehandling ofta är underskattad av sjukvårdspersonal, och att mannens kroppsliga upplevelser och hans roll i processen förbises. Detta bidrar till att männen känner sig missförstådda och oviktiga under behandlingens gång. Exempelvis önskades rådgivning före och efter händelsen och en erbjudan om en alternativ lösning eller en ny tid på kliniken i händelse av att ett prov inte kan lämnas.

Att lämna sperma kunde i synnerhet vara problematiskt i kulturer där masturbation ansågs som ogudaktigt och onormalt (Dyer et al., 2004). Det framkom att vissa män upplevde spermatestet som ett hån mot deras maskulinitet. Det fanns även en inställning om att det var lättare att anta att det var kvinnan som var den infertila partnern, då det fanns en rädsla för att diagnostiseras med manlig infertilitet (Mumtaz et al., 2013).

Behovet av information och professionellt stöd

Något som var ständigt bristande inom infertilitetsvården var att få information angående sitt tillstånd. Vissa par var besvikna på responsen från sjukvården och tyckte att deras förfrågan om mer information inte togs på allvar från hälso- och sjukvårdspersonal. Att uppleva bristande information upplevdes som frustrerande och kunde leda till känslor av bristande kontroll och hjälplöshet samt att paren förlorade hopp och tillit för personalen (Malik & Coulson, 2008; Sol Olafsdottir et al., 2013). En annan aspekt som ledde till misstro var att ingen ansvarig läkare tilldelades utan paren fick i vissa fall träffa många olika läkare. De par som genomgått flertal behandlingar utan framgång hade ett större behov av information och de hade även fler frågor. Vissa par upplevde att personalen inte litade på deras omdöme, exempelvis då läkaren försökte påverka deras beslut (Sol Olafsdottir et al., 2013).

De negativa känslor som relaterades till infertiliteten hade i vissa fall kunnat underlättas genom att få reda på den bakomliggande orsaken till infertiliteten. Männen upplevde ett stort behov av att ta reda på orsaken och hade ibland tankar och idéer om vad som skulle kunna ha påverkat deras tillstånd, men det hände att männen blev lämnade ensamma med sina tankar och de upplevde inget stöd från sjukvården (Johansson et al., 2011).

En annan aspekt som ansågs viktig inom infertilitetsvården var att erhålla professionellt stöd under och/eller efter behandling och utredning. Det fanns dock få medel för stöd för män (Malik & Coulson, 2008; Volgsten et al., 2010). Volgsten et al. (2010) beskriver att männen hade önskat professionellt stöd för att bland annat hantera sorg efter misslyckad behandling. Männen upplevde att de fick hantera både sin egen och sin partners sorg, eftersom de ansåg att det förväntades av dem att ta på sig en stöttande roll, och att de inte skulle visa någon ledsamhet eller sorg när behandlingen inte fungerade. Vissa män ansåg att det saknades kunskap om sorg och hade önskat individuellt stöd för att få bättre förståelse för sorgereaktioner. Ofta var det inte förrän efter att behandlingsprocessen var avslutad som männen insåg att de hade kunnat bli hjälpta av att få professionellt stöd under behandlingen (Volgsten et al., 2010). Eftersom det fanns brister i infertilitetsvården gällande stöd vände sig männen ibland till Internetforum för stöd och empati från andra män som gick igenom samma sak (Malik & Coulson, 2008).

Att hantera sina upplevelser

Att få vara öppen med sina känslor

Att få prata med andra om sina känslor under förhållanden där männens anhöriga inte kom till skada visade sig vara mycket betydelsefullt för männen. Männen upplevde oro för hur partnern och andra anhöriga skulle hantera situationen, vilket innebar ovisshet om behandling skulle lyckas, att klara av behandling eller att hantera ofrivillig barnlöshet. Männen hade därför svårt för att vara öppna med sina känslor och behöll dem istället för sig själva (Hinton et al., 2010; Johansson et al., 2011; Malik & Coulson, 2008).

Användandet av ett internetforum, som riktade sig till män som på olika sätt var involverade i infertilitet, gav männen möjlighet att uttrycka sina tankar och känslor på ett skonsamt sätt. Malik och Coulson (2008) beskriver att männen kände lättnad då de fick ventilera och det hjälpte dem att sätta värde på sina egna känslor. En man beskrev det känslomässiga stödet och hoppet han fick genom Internet som hans enda vän genom de långa månaderna av behandling (Hinton et al., 2010), och annan beskrev det som en livlina av stöd och råd (Malik & Coulson, 2008).

Att prata med andra i samma situation

Att det var svårt att tala om sina känslor och få stöd ifrån sin umgängeskrets fanns beskrivet i flertal studier (Crawshaw, 2013; Hadley & Hanley, 2011; Malik & Coulson, 2008; Volgsten et al., 2010). Att då få dela sina upplevelser med andra i samma situation, eller med andra som de kände förstod, var betydelsefullt. Internetforumet gav denna möjlighet. Där kunde de uttrycka sin oro och ångest och känna att de som läste förstod dem, vilket hjälpte dem *att vara den starka*. Att få ett manligt perspektiv på situationen och tala med andra män i samma situation, ansågs speciellt värdefullt, då de ofta var kvinnorna i deras omgivning som gav dem stöd och det saknades ett manligt perspektiv på situationen (Malik & Coulson, 2008). Johansson et al. (2011) visar dock på att vissa män fann stöd genom att endast tala med sin partner.

Att hantera barnlöshet olika

Det fanns olika strategier för att hantera problemen med barnlöshet. Att fortsätta arbeta som vanligt var positivt, annars fanns en risk att man tänkte och grubblade för mycket (Crawshaw, 2013; Mumtaz et al., 2013). Johansson et al. (2011) beskriver att det ansvar som männen tog på sig, i rollen som den stödjande partnern, hjälpte dem att behålla kontrollen. Andra män kunde hamna i alkoholmissbruk och spelberoende till följd av barnlösheten (Hadley & Hanley, 2011). Att använda sex för att bevisa sin manlighet och normalitet hade också förekommit (Crawshaw, 2013). Männen i Malawi sökte ofta religiös hjälp för sin barnlöshet (Parrott, 2014). Enligt Dyer et al. (2004) valde vissa män att låtsas som att de inte ville ha några barn, andra undvek sociala kontakter, vilket gjorde att de inte behövde erfarit provokationer ifrån samhället.

Män som visste att de hade nedsatt reproduktiv hälsa tenderade att undvika relationer. Vissa män var beredda att låta sin fru gifta om sig och själv förbli ogift för att undvika smärta och förödmjukelse (Crawshaw, 2013; Parrott, 2014). Även Hadley och Hanley (2011) beskriver att männen undvek intimitet och hade svårigheter att skapa (nya) relationer.

För par som hade genomgått infertilitetsbehandling utan resultat tog det tid att överge hoppet om att få egna barn. De försökte "följa stigen" som var utlagd åt dem och behålla kontroll istället för att bli offer för omständigheterna. När utsikterna för att bli biologiska föräldrar

förändras började många par som genomgick behandling överväga andra alternativ. Det handlade då om adoption eller spermadonation av en tredje part. När paren vant sig vid tanken om att använda andra alternativ kände de en lättnad över de nya möjligheterna (Sol Olafsdottir et al., 2013).

Diskussion

Metoddiskussion

Genom att analysera kvalitativ forskning menar Friberg (2012) att resultatet kan bli vägledande för det praktiska omvårdnadsarbetet, snarare än att resultatet blir evidens för att ett visst fenomen uppstår i en specifik situation. Metoden som valdes i denna uppsats syftar till att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. För det undersökta ämnet ansågs denna metod relevant, då ämnet som analyserats är relativt outforskat och tidigare forskning har visat att ofrivillig barnlöshet hos män kan orsaka identitetskris, bristande självkänsla och förlust av den sociala rollen, med en känsla av ensamhet som följd. Genom analys av kvalitativ forskning kunde resultatet bidra med ett kunskapsvärde som kan omvandlas till praktik i omvårdnadsarbetet, vilket i detta fall innebär att vårdpersonal kan erbjuda ett bättre stöd som grundar sig på evidens, till ofrivilligt barnlösa män.

Då metoden som använts innebär att redan framställd forskning analyseras, har etiskt fokus lagts på att resultatet ska vara trovärdigt, då resultatet är ämnat för att bidra till bättre omvårdnad. Att resultatet blir missledande och inflytande av författarnas personliga åsikter har försökts undvikas genom att båda författarna läst artiklarna och objektivt sammanställt dem innan teman och underteman plockats ut. Det är dock svårt att undgå att resultatet påverkas av författarna trots att åtgärder vidtagits, då det är författarna som avgjort vilket material i de analyserade artiklarna som svarat mot syftet. Med detta i åtanke kan resultatets trovärdighet och objektivitet ifrågasättas och likaså metoden, då den oavsett författare innebär att ett avgörande av vilket material som är relevant för syftet ska göras av författarna.

För sökningarna i Cinahl och Pubmed användes olika kodord i sökorden (Omaha, Saba CCC och Iowa NIC) (se bilaga 1) vilka medförde att träffarna berörde området omvårdnad. Kodord användes för att få fram studier som var relevanta för problemområdet och för sjuksköterskeprofessionen. Antalet träffar blev få i sökningarna, vilket kan förklaras av att inklusionskriterierna och sökorden var väl utformade för att finna relevanta artiklar, samt att ämnet var relativt outforskat. P.g.a. det låga antalet träffar ansågs det inte lämpligt att avgränsa sökningen ytterligare. Manuella sökningar, där artiklar publicerade innan 2010 accepterades, var nödvändiga att genomföra för att samla tillräckligt med data för att få ett trovärdigt resultat.

Friberg (2012) beskriver att det är bättre att ha ett mindre antal artiklar som berör ett avgränsat område än tvärtom. Eftersom det var svårt att avgränsa området ytterligare har området belysts ur olika perspektiv; män i olika åldrar, livssituationer, kulturer, behandlingsstadium och med olika diagnoser. I två av de 11 granskade studierna fanns en diagnostiserad infertilitet hos männen, i de övriga fallen var orsaken till barnlösheten oklar. Om det var kvinnan eller mannen som var infertil ansågs inte ha betydelse, då syftet var att beskriva upplevelsen av ofrivillig barnlöshet. Det framkom inga stora skillnader i resultatet beroende på om det var diagnostiserad manlig infertilitet eller barnlöshet av oklar anledning. Detta bidrog till att litteraturstudien belyst ofrivillig barnlöshet ur ett brett perspektiv. De få

artiklar som uppgav att deras deltagare levde i en parrelation bestående av två män sorterades bort p.g.a. att dessa artiklar beskriver en ofrivillig barnlöshet som oftast grundar sig i en annan typ av problematik än den som ämnades beskriva. Hadley & Hanley (2011) hade deltagare som kunde vara ofrivilligt barnlösa p.g.a. andra orsaker än infertilitet, t.ex. att de inte haft någon partner i det livskedet då det lämpade sig att bli förälder. Denna artikel ansågs ändå vara relevant då den beskrev männens upplevelser av att inte ha barn.

Några av artiklarna som valdes hade både kvinnliga och manlig deltagare vilket kan ha påverkat resultatets trovärdighet då dessa artiklars teman har grundat sig på både kvinnliga och manliga berättelser. Text som beskrivit männens citat och hur de bidragit till artiklarnas teman har använts från dessa artiklar för att minimera risken att kvinnans upplevelse belyses i detta resultat. Vid ett tillfälle användes en kvinnas citat för att beskriva mannens agerande, vilket således kan diskuteras. Det ansågs dock ge en bra beskrivning av mannens agerande som tillsammans med annat material bidrog till en uppfattning om hur männen hanterat situationen.

I förhållande till de antal relevanta abstracts som hittats i sökningarna har större delen av dessa studier kunnat användas, vilket tyder på att en stor del av den tillgängliga forskningen inom området bidragit till resultatet.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att män som av olika anledningar är ofrivilligt barnlösa upplever att det påverkar dem, både socialt och emotionellt. Känslorna som männen upplever som kan kopplas till den ofrivilliga barnlösheten orsakar ett lidande för dem. Hardy och Yolanda Makuch (2002) styrker resultatet då de betonar att infertilitet orsakar lidande och känslomässiga konflikter hos både kvinnor och män. Att det förekom känslor av hopplöshet, sorg, hotad eller förlorad identitet, marginalisering och ilska fanns beskrivet i majoriteten av de granskade studierna. Att uppleva barnlöshet med samhällets och omgivningens reaktioner och barnlösheten genom behandling satte prov på männens förmåga att hantera situationen. Männen hade olika strategier för att hantera barnlöshet och undvika smärta och förödmjukelse, det var även vanligt att männen använde sig av olika distraktioner, där vissa av dem kan vara skadliga för hälsan (såsom alkoholmissbruk eller spelberoende) (Hadley & Hanley, 2011). Detta visar på vikten av att uppmärksamma männen för att undvika ohälsa i denna grupp.

Männens relationer med partnern och omgivningen påverkades, beroende på hur mannen reagerade på de påfrestningar som barnlösheten förde med sig. I vissa fall blev relationen försvagad men vissa av paren upplevde även att relationen hade stärkts (Crawshaw, 2013; Dyer et al., 2004; Hadley & Hanley, 2011; Johansson et al., 2011; Mumtaz et al., 2013; Sol Olafsdottir et al., 2013; Volgsten et al., 2010). För att ge paret möjligheter att kunna bibehålla en god relation genom utredning och behandling skulle det kunna vara relevant att erbjuda familjecentrerad omvårdnad och känslomässigt stöd till båda parterna. En familjecentrerad omvårdnad karakteriseras av att relationen mellan sjuksköterskan och familjen är icke-hieratisk, ömsesidig och att sjuksköterskan återkopplar till de samtal och dialoger som ägt rum, samt att var och en av parterna anses ha kompetens, styrkor och resurser som kan bidra till att bevara hälsa och hantera hälsoproblem. Att se och reflektera över sammanhang, funktioner och mönster i relationen anses ha stor betydelse för att kunna möjliggöra upplevelsen av minskat lidande och ökat välbefinnande (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012a; Benzein, Hagberg & Saveman, 2012b). För barnlösa par skulle denna

omvårdnadsform vara lämplig då resultatet visar att båda parterna påverkas av barnlösheten, samt att männen ofta tar på sig rollen som den starka och stöttande partnern och lider i tystnad, vilket tyder på att parternas mönster och funktioner bidrar till ohälsa.

Det fanns förväntningar på männen, både från samhället och från männen själva, att de skulle vara starka och stötta partnern i relationen när paret genomgick behandling och utredning (Hudson & Culley, 2013; Johansson et al., 2011; Malik & Coulson, 2008). I samband med behandling utmanades de traditionella könsrollerna, då mannen tog på sig en stöttande och passiv roll, och kvinnan var den drivande partnern som var ansvarig för beslut, men som var i behov av mer stöd (Hudson & Culley, 2013; Sol Olafsdottir et al., 2013). Att mannen antog en mer passiv roll under behandlingsprocessen kunde bero på att det var kvinnans kropp som skulle genomgå eventuella behandlingar, vilket medförde att kvinnan blev den beslutsfattande partnern (Johansson et al., 2011; Malik & Coulson, 2008; Sol Olafsdottir et al., 2013; Volgsten et al., 2010). I vissa fall tog männen hjälp av ett Internetforum för att kunna uppfylla rollen som den starka och stöttade (Malik & Coulson, 2008). Resultatet visar att män har ett stort behov av mer stöd och information i samband med barnlöshet. Även Wischmann (2013) belyser detta och anger förslag på hur vårdpersonal kan bemöta barnlösa män för att minska lidandet, dessa innefattar bl.a. att tillverka broschyrer riktade till män för information om behandling för att göra männen mer delaktiga och för att informera om de vanliga rollerna (exempelvis "deprimerad kvinna" och "hjälplos man") som kan uppstå under processens gång, och att uppmuntra männen till att söka psykiskt stöd. Hinton et al. (2010) förklarade att män inte upplever samma nivå av stöd på Internet som deras kvinnliga partner. Ytterligare ett förslag på en åtgärd för att minska mäns lidande kan vara att utforma stödgrupper på Internet som riktar sig till barnlösa män, eftersom studier har visat att män upplever dessa grupper som hjälpsamma för att hantera negativa känslor av barnlöshet (Hinton et al., 2010; Malik & Coulson, 2008).

Infertilitet har historiskt sett medfört stort lidande för kvinnor, då barnlöshet betraktades uteslutande som ett problem som förekom hos kvinnan. När orsakerna till barnlöshet klargjordes, och det framkom att även män kunde vara en del av problemet, har de negativa konsekvenserna för kvinnor minskat i stora delar av världen (Minucci, 2013). I samband med detta har ofrivilligt barnlösa män blivit en ny patientgrupp inom infertilitetsvården. Få studier har utforskat mäns upplevelser av ofrivillig barnlöshet, i jämförelse har betydligt mer forskning gjorts på kvinnors upplevelser (Cserepes et al., 2013; Pinto-Gouveia et al., 2012). Den tidigare kunskapen inom området barnlöshet hos män har varit ytterst liten, och har visat på att männen inte upplever lika stor negativ effekt av barnlöshet som kvinnorna (Cserepes et al., 2013). Det kan diskuteras om denna uppfattning kan vara en förklaring till varför ämnet fortfarande i stor utsträckning är outforskat, och att det förekommer marginalisering inom infertilitetsvården. Resultatet styrker att dessa män fortfarande upplever marginalisering, stigmatisering och utanförskap i samhället och i en vård som fokuserar mest på kvinnorna (Crawshaw, 2013; Dyer et al., 2004; Johansson et al., 2008; Hadley & Hanley, 2011; Hudson & Culley, 2013; Malik & Coulson, 2008; Parrott, 2014; Sol Olafsdottir et al., 2013; Volgsten et al., 2010).

Det finns en möjlighet att det förekommer okunskap om mäns egentliga lidande till följd av ofrivillig barnlöshet, vilket kan ha bidragit till att männen upplever stigmatisering i samhället. Resultatet visar att män i stor utsträckning upplever lidande och hot mot identiteten till följd av ofrivillig barnlöshet (Crawshaw, 2013; Dyer et al., 2004; Hadley & Hanley, 2011; Johansson et al., 2011; Malik & Coulson, 2008; Mumtaz et al., 2013; Parrott, 2014; Volgsten

et al., 2010). Resultatet styrks av andra studier inom ämnet som också funnit att männens barnlöshet kunde leda till lidande och känsla av identitetsförlust (Bhaskar et al., 2014; Galhardo et al., 2013; Galhardo et al., 2011; McGonagle & Barnes-Farrell, 2014; Minucci, 2013; Möller & Bjursten, 2005). Resultatet har således dels bekräftat den tidigare kunskapen inom ämnet, men även bidragit till en djupare förståelse för fenomenet, bl.a. i förståelsen om hur lidandet kan komma till uttryck och vad det ger för konsekvenser i männens liv. Att kunna producera barn var starkt förknippat med manlighet och när detta inte var möjligt upplevde männen att deras manlighet och identitet var hotad (Crawshaw, 2013; Dyer et al., 2004; Johansson et al., 2011). Detta kunde leda till att männen oroade sig för att deras partner skulle lämna dem eller att de inledde nya sexuella relationer utanför förhållandet (Crawshaw, 2013; Dyer et al., 2004; Mumtaz et al., 2013; Parrott, 2014). Problem med det sexuella umgänget kunde uppstå till följd av att männens självkänsla påverkades, eller att den sexuella akten blev förknippade med tvång och stress då paret genomgått infertilitetsbehandling (Volgsten et al., 2010). Om det visade sig att mannens reproduktiva hälsa var intakt, även om han fortfarande var barnlös, bidrog det till att han återfick sin manlighet och självkänsla (Johansson et al., 2011). Det kan således diskuteras vilken aspekt av barnlösheten som påverkar männen negativt. Om exempelvis känslan av att inte kunna få barn, vilket är kopplat till känslan av manlighet, överväger aspekten av att inte kunna lämna något efter sig eller saknaden efter ett barn. Det hade varit intressant med vidare studier inom ämnet som undersöker män som blivit förälder genom adoption, för att ta reda på om lidandet är en effekt av att inte kunna uppleva föräldraskapet eller om det beror på infertiliteten i sig och möjligheten att få egna biologiska barn. En annan aspekt som är viktig att uppmärksamma är att många män upplever ångest och stress i samband med undersökning av sperma (Dyer et al., 2004; Hudson & Culley, 2013; Mumtaz et al., 2013).

Enligt Moura-Ramos et al. (2012) tenderar barnlöshet att vara mer accepterat i västerländska länder än i utvecklingsländer. De emotionella och sociala konsekvenserna har tidigare visat sig vara avsevärt mindre i västvärlden, vilket resultatet även visar på. Omgivningens reaktioner på barnlöshet skiljde sig åt beroende på var deltagarna hade sitt ursprung. I Malawi och Sydafrika kunde de barnlösa männen bli hånade och anklagade för att inte vara riktiga män. De upplevde att samhället och familjen pressade dem till att skaffa barn, även om det innebar att lämna sin partner (Dyer et al., 2004; Parrott, 2014). Detta förekom inte i lika stor utsträckning bland männen i västvärlden. Lidande till följd av manlig infertilitet förekommer i alla kulturer, men männens lidande tenderar att vara större i kulturer där en stor familj är normen (Wischmann, 2013).

Det framkom att vissa män i Pakistan och Sydafrika utövade våld mot sin partner, till följd av barnlöshet (Dyer et al., 2004; Mumtaz et al., 2013). Detta belystes inte i de västerländska männens berättelser, där regeln istället var att männen skulle stötta sin partner. Dessa olikheter kan tyda på att kulturella aspekter påverkar hur män reagerar på barnlöshet. Det finns också en möjlighet att männen i den västerländska kulturen inte i lika stor utsträckning delger att de utövat våld mot sin partner, och att männen i Pakistan och Sydafrika är mer öppna angående våldet. Hensing (2004) poängterar att konstruktionen av manlighet i olika kulturer hör samman med männens våldsutövande och inställning till våld. Att männens syn på sin egen maskulinitet kan förändras med ofrivillig barnlöshet har framkommit i resultatet.

Det som var utmärkande för de två studier där manlig infertilitet var fastställd var att männen upplevde ett behov av information om den bakomliggande orsaken till deras infertilitet, att diagnostisering kunde upplevas som den värsta nyheten de någonsin fått samt att männen i

vissa fall kunde använda sex för att bevisa sin manlighet och normalitet (Crawshaw, 2013; Johansson et al., 2011).

Implikationer för omvårdnad

Genom denna studie har det belysts att det bland annat kan förekomma våld hos barnlösa par, främst i icke-västerländska kulturer. Denna kunskap är viktig då Sverige blivit ett mångkulturellt land, vilket innebär att vårdpersonal behöver ha en bred kunskap om olika kulturella skillnader. Infertilitetsvården behöver förbättras när det gäller stöd och information till barnlösa män och att få männen delaktiga i vården. Sjuksköterskan som är omvårdnadsansvarig har en särskild roll då vi har ett ansvar att erbjuda en god omvårdnad till alla oavsett kön och bakgrund.

Socialstyrelsen (2005b) beskriver att sjuksköterskan ska identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård, vilket gör det legitimt att sjukvårdspersonalen ställer frågor om patientens familj, för att kunna ta vara på resurserna som eventuella barn, barnbarn eller föräldrar utgör. Samtidigt ska vårdpersonal bland annat vara icke-dömande och inte ha några förutfattade meningar om exempelvis familjekonstellationer och framtidsplaner. Om patienten är ofrivilligt barnlös och sörjer över detta kan negativa känslor framkallas hos patienten. Därför är det viktigt att vårdpersonal har kunskap om de effekter ofrivillig barnlöshet kan föra med sig.

När ett par som upplever ofrivillig barnlöshet söker vård är det viktigt att se paret som en enhet, för att undvika att en av parterna hamnar i bakgrunden eller fastnar i en orimlig vårdgivarroll. Ett par bör vårdas med en familjecentrerad omvårdnad för att de ska bemötas som en helhet med ett gemensamt problem (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012c).

Fortsatt forskning

Exempel på tänkbar vidare forskning är att genomföra mer omfattande och ingående studier angående mäns upplevelser av ofrivillig barnlöshet. Det fattas kunskap angående bemötande av män i samband med behandling och utredning, och att det är viktigt att undersöka sjuksköterskors attityder mot barnlösa män och hur en bättre vård kan utformas där män inte upplever stigmatisering och utanförskap. Förslag på vidare forskning är även att undersöka ofrivillig barnlöshet ur ett bredare perspektiv eftersom detta fenomen inte enbart upplevs hos individer i traditionella förhållanden. Forskning på ofrivillig barnlöshet i förhållanden där de traditionella könsrollerna utmanas, i samkönade förhållanden och hos sexuella minoriteter skulle därför vara intressant.

Det är av stor vikt att utreda vilka aspekter av ofrivillig barnlöshet som leder till lidande, för att kunna erbjuda adekvat behandling som leder till ökad hälsa och minskat lidande. Studier inom ämnet som undersöker ofrivilligt barnlösa män som blivit förälder genom adoption hade kunnat bidra till ökad förståelse om huruvida lidandet är en effekt av att inte kunna uppleva föräldraskapet eller om det beror på infertiliteten i sig och möjligheten att få egna biologiska barn. Att hitta en ny mening med livet har visat sig vara effektivt för att undvika ohälsa i samband med barnlöshet. Studier om hur par kan lära sig att hantera situationen och hitta andra alternativ kan vara av stor betydelse för att kunna främja hälsan hos par trots ofrivillig barnlöshet.

Slutsats

Infertilitet och ofrivillig barnlöshet orsakar ett lidande för de män som lever i ett parförhållande där infertiliteten satt käppar i hjulet för föräldraskapet. Tidigare har det sagts att kvinnor har ett större behov av stöd vid ofrivillig barnlöshet än män, vilket nu kan diskuteras då resultatet visar på att män i stor utsträckning känner behov av stöd. Mer information riktad till män samt att få männen mer involverade i behandlingsprocessen är nödvändigt för en god vård. Att råda männen att använda sig av stödgrupper på Internet som riktar sig till ofrivilligt barnlösa män kan vara ett bra alternativ. En familjecentrerad omvårdnad kan vara adekvat att erbjuda ofrivilligt barnlösa par och särskild hänsyn bör tas till att få männen delaktiga i vården. Vårdpersonal behöver ha kunskap om att ofrivillig barnlöshet kan leda till flera negativa konsekvenser såsom våld i nära relationer och att detta påverkas av mannens kulturella bakgrund. Ofrivillig barnlöshet kan jämföras med att uppleva en livskris och vården bör agera därefter, då det för med sig många negativa konsekvenser för både individen och paret som helhet.

Referenslista

* Artikeln presenteras i resultatet

- 1177 Vårdguiden. (2013). Behandlingar vid ofrivillig barnlöshet. Hämtad 2015-03-12, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Behandlingar-vid-ofrivillig-barnloshet/>
- 1177 Vårdguiden. (2014). Ofrivillig barnlöshet. Hämtad 2015-01-21, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Ofrivillig-barnloshet/>
- Ann Sherrod, R., & Houser, R. (2013). Infertility help-seeking: Perceptions in a predominantly rural southern state. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 13(2), 110-121.
- Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2012a). Relationen mellan familj och sjuksköterska – ett systemiskt förhållningssätt. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 48-57). Lund: Studentlitteratur
- Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2012b). Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 29-44). Lund: Studentlitteratur
- Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2012c). Varför ska familjen ses som en enhet? I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 23-27). Lund: Studentlitteratur
- Bhaskar, S., Hoksbergen, R., van Baar, A., Tipandjan, A., & ter Laak, J. (2014). Life experiences and quality of life of involuntarily childless men in treatment and adoptive fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), 497-507. doi: 10.1080/02646838.2014.956302
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad - etik och människosyn*. Stockholm: Liber.
- Bolsoy, N., Taspinar, A., Kavlak, O., & Sirin, A. (2010). Differences in Quality of Life Between Infertile Women and Men in Turkey. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(2), 191-198. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01101.x
- Cassell, E. J. (1999). Diagnosing Suffering: A Perspective. *Annals of Internal Medicine*, 131(7), 531-534.
- * Crawshaw, M. (2013). Male coping with cancer-fertility issues: putting the 'social' into biopsychosocial approaches. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(3), 261-270. doi: 10.1016/j.rbmo.2013.04.017
- Cserepes, R. E., Kollár, J., Sápy, T., Wischmann, T., & Bugán, A. (2013). Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(4), 925-932. doi: 10.1007/s00404-013-2835-7
- * Dyer, S. J., Abrahams, N., Mokoena, N. E., & van der Spuy, Z. M. (2004). 'You are a man because you have children': experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. *Human Reproduction*, 19(4), 960-967. doi: 10.1093/humrep/deh195
- Elzeiny, H., Garrett, C., Toledo, M., Stern, K., McBain, J., & Baker, H. W. G. (2014). A randomised controlled trial of intra-uterine insemination versus in vitro fertilisation in patients with idiopathic or mild male infertility. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2014(54), 156-161. doi: 10.1111/ajo.12168

- Fredholm, K., & Johansson Rosander, I. (2002). *Vill ha barn: inspiration och tröst, fakta och information till dig som har svårt att bli med barn och till dig som i arbetet möter ofrivilligt barnlösa*. Falun: Bauer Book
- Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2013). The Mediator Role of Emotion Regulation Processes on Infertility-Related Stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(4), 497-507. doi: 10.1007/s10880-013-9370-3
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgement on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, 26(9), 2408-2414. doi: 10.1093/humrep/der209
- Goundry, A. L. R., Finlay, E. R., & Llewellyn, C. D. (2013). Talking about links between sexually transmitted infections and infertility with college and university students from SE England, UK: a qualitative study. *Reproductive Health*, 10(47). doi:10.1186/1742-4755-10-47
- * Hadley, R., & Hanley, T. (2011). Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 56-68. doi: 10.1080/02646838.2010.544294
- Hardy, E. & Yolanda Makuch, M. (2002). Gender, infertility and ART. I E. Vayena, P. J. Rowe & P. D. Griffin (Red.), *Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction (2001: Geneva, Switzerland). Current practices and controversies in assisted reproduction : report of a WHO meeting* (s. 272-280).
- Hensing, G. (2004). *Mäns våld mot kvinnor i nära relationer - omfattning, hälsokonsekvenser och prevention. En kunskapsöversikt genomförd på uppdrag av Västra Götalandsregionens folkhälsokommitté*. Göteborg: Socialmedicinska avdelningen vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.
- * Hinton, L., Kurinczuk, J. J., & Ziebland, S. (2010). Infertility; isolation and the Internet: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 436-441. doi: 10.1016/j.pec.2010.09.023
- * Hudson, N., & Culley, L. (2013). 'The bloke can be a bit hazy about what's going on': men and cross-border reproductive treatment. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(3), 253-260. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.007
- * Johansson, M., Hellström, A.-L., & Berg, M. (2011). Severe male infertility after failed ICSI treatment - a phenomenological study of men's experiences. *Reproductive health*, 8(4). doi: 10.1186-4755-8-4
- Kliesch, S. (2014). Diagnosis of Male Infertility: Diagnostic Work-up of the Infertile Man. *European Urology Supplements*, 13(4), 73-82. doi: 10.1016/j.eursup.2014.08.002
- Kvinnokliniken Universitetssjukhuset Linköping. (u.å). Infertilitetsutredning. Hämtad 2015-02-03, från <http://www.hu.liu.se/lakarprogr/termin-11/filarkiv/PM/Gyn+PM/1.62420/26.pdf>.
- * Malik, S. H., & Coulson, N. (2008). The male experience of infertility: a thematic analysis of an online infertility support group bulletin board. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(1), 18-30. doi: 10.1080/02646830701759777
- McGonagle, A. K., & Barnes-Farrell, J. L. (2014). Chronic Illness in the Workplace: Stigma, Identity Threat and Strain. *Stress Health*, 30(4), 310-321. doi: 10.1002/smi.2518
- Minucci, D. (2013). Psychological and ethical implications related to infertility. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123(2), 36-38. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.09.006

- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Ganavarro, M. C., Soares, I., & Santos, T. A. (2012). The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychology and Health, 27*(5), 533-549. doi: 10.1080/08870446.2011.598231
- * Mumtaz, Z., Shahid, U., & Levay, A. (2013). Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. *Reproductive health, 10*(3). doi: 10.1186/1742-4755-10-3
- Möller, A., & Bjuresten, K. (2005). Patienten i centrum. I J. Hreinsson, L. Hamberger & T. Hardarson (Red.), *Infertilitet: utredning och behandling genom assisterad befruktning* (s. 169-180). Lund: Studentlitteratur.
- * Parrott, F. R. (2014). 'At the hospital I learnt the truth': diagnosing male infertility in rural Malawi. *Anthropology & Medicine, 21*(2), 174-188. doi: 10.1080/13648470.2014.915618
- Pinto-Gouveia, J., Galhardo, A., Cunha, M., & Matos, M. (2012). Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients. *Human Fertility, 15*(1), 27-34. doi: 10.3109/14647273.2011.654310
- Ramalingam, M., Kini, S., & Mahmood, T. (2014). Male fertility and infertility. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, 24*(11), 326-332.
- Revonta, M., Raitanen, J., Sihvo, S., Koponen, P., Klemetti, R., Männistö, S., & Luoto, R. (2010). Health and life style among infertile men and women. *Sexual and Reproductive Healthcare, 1*(3), 91-98. doi: 10.1016/j.srhc.2010.06.002
- Sina, M., Ter Meulen, R., & Carrasco De Paula, I. (2010). Human infertility: is medical treatment enough? A cross-sectional study of a sample of Italian couples. *Journal of Psychomatic Obstetrics & Gynecology, 31*(3), 158-167. doi: 10.3109/0167482X.2010.487952
- Socialstyrelsen. (2005a). *Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv*. Hämtad 2015-02-01, från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/37CEA302-3CAF-41CAA7E-D33C2DD181DF/4378/20051125.pdf>
- Socialstyrelsen. (2005b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2015-03-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- Socialstyrelsen. (2010). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning (ICD-10-SE)*. Hämtad 2015-03-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-11-13>
- * Sol Olafsdottir, H. S., Wikland, M., & Möller, A. (2013). Nordic couples' decision-making process during assisted reproduction treatments. *Sexual & Reproductive Healthcare, 4*(2), 49-55. doi: 10.1016/j.srhc.2013.04.003
- Statistiska Centralbyrån. (2012). Nu minskar barnlösheten. Hämtad 2015-01-22, från http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Nu-minskar-barnlosheten/
- * 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*(10), 1290-1297. doi: 10.3109/00016349.2010.512063
- Wang, X.-X., Ying, P., Diao, F., Wang, Q., Ye, D., Jiang, C., ... Li, C.-J. (2013). Altered protein prenylation in Sertoli cells is associated with adult infertility resulting from childhood mumps infection. *The Journal of Experimental Medicine, 210*(8), 1559-1574. doi:10.1084/jem.20121806
- Wiklund, L. (2009). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s. 295-324). Lund: Studentlitteratur.

- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur
- Wischmann, T. (2013). 'Your count is zero' – Counselling the infertile man. *Human Fertility*, 16(1), 35-39. doi: 10.3109/14647273.2013.776179
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., & Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009*. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520-1524. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.009

Bilagor

Bilaga 1. Söktabeller

Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
15-01-23	((MH "Infertility") OR (MH "Reproductive Function (Omaha)") OR (MH "Infertility Care (Saba CCC)") OR (MH "Family Planning: Infertility (Iowa NIC)")) AND experience* OR adaptation* AND men*	Peer reviewed, Published Date: 20100101-20141231 Gender: male	26	5	5	3 Hadley et al., 2011. Hinton et al., 2010. (Dublett) Parrott, 2014.
15-01-23	((MH "Infertility") OR (MH "Reproductive Function (Omaha)") OR (MH "Infertility Care (Saba CCC)") OR (MH "Family Planning: Infertility (Iowa NIC)")) AND family*	Peer reviewed, Published Date: 20100101-20141231 Gender: male	19	1	1	0
15-03-06	((MH "Infertility") OR (MH "Reproductive Function (Omaha)") OR (MH "Infertility Care (Saba CCC)") OR (MH "Family Planning: Infertility (Iowa NIC)")) AND men*	Peer reviewed, Gender: male	275	1	1	0

PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2015-01-23	((("experience") OR adaption*)) AND ((infertility) OR "childless")	2010- 2015 Gender: Male	186	10	8	7 Crawshaw, 2013. Hinton et al., 2010. (Dublett) Hudson & Culley, 2013. Johansson et al., 2011. Mumtaz et al., 2013. Sol Olafsdottir et al., 2013. Volgsten et al.,, 2010.

Bilaga 2. Översikt av artiklar i resultat

Författare, år, land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet Baserat på Willman, Stoltz & Bahtsevani, Bilaga H *
Crawshaw, 2013. Storbritannien.	Utveckla förståelsen för manlig infertilitet genom att ta hänsyn till könsspecifika sociala influenser på cancerrelaterad fertilitet.	Kvalitativ. Intervjuer med 28 män som diagnostiserats med cancer. Männen var diagnostiserade med manlig infertilitet r/t cancer.	Genus och andra sociala influenser är otydliga. Motståndskraften vissa män har mot infertilitetshot är beroende av männens förmåga att rekonstruera berättelser och påverkas av männens sociala sammanhang.	Poäng: 12/14 Kvalitet: Medelhög
Dyer, Abrahams, Mokoena & van der Spuy, 2004. Sydafrika.	Undersöka kunskapen om reproduktiv hälsa, vårdsökande och erfarenheter av ofrivillig barnlöshet hos män r/t infertilitet hos paret.	Kvalitativ. Intervjuer med 27 män som besöker en infertilitetsklinik för första gången. Grounded Theory. Orsaken till barnlösheten hos paren framgick inte.	Män hade få kunskaper om fertilitet, orsaker till fertilitet och behandlingar. Medvetenheten om manlig infertilitet var dock hög. Männen beskrev påverkan på äktenskapet, och stigmatisering, verbal misshandel och minskad social status.	Poäng: 15/15 Kvalitet: Hög
Hinton, Kurinczuk & Ziebland, 2010. Storbritannien.	Undersöka internets roll och mening som en källa för stöd för personer med fertilitetsproblem.	Kvalitativ. Intervjuer med 11 män som har genomgått eller genomgår infertilitetsbehandling. Männen hade genomgått infertilitetsbehandling och okänt antal av dem hade lyckats få barn. Det är inte angett om orsaken till barnlösheten var manlig eller kvinnlig infertilitet.	Personer med fertilitetsproblem känner sig ofta isolerade. Internet erbjuder anonymitet, känslomässigt stöd, normalisation och tröst, men kan förstärka känslan av isolering.	Poäng: 12/14 Kvalitet: Medelhög
Hudson & Culley, 2013.	Kartlägga det som för tillfället är känt om mäns roll i	Kvalitativ. Intervjuer med 10 män som	Genus är en viktig aspekt i gränsöverstridande behandling och	Poäng: 14/14 Kvalitet: Hög

Storbritannien.	gränsöverskridande behandling och utforska huruvida detta skiljer sig från deras medverkan i behandling "hemma".	tillsammans med sin partner sökte infertilitetsbehandling utomlands. Orsaken till barnlösheten hos paren framgick inte.	både traditionella och nyblivna könsidentiteter växte fram. Viktigt att beakta mäns perspektiv i behandling, speciellt i samband med spermaanalys.	
Hadley & Hanley, 2011. Storbritannien.	Undersöka/upptäcka barnlösa mäns upplevelser och deras längtan efter faderskap.	Kvalitativ. Intervjuer med 10 män som var biologiskt barnlösa. Männerna hittades genom snowball-sampling. Grounded Theory. Männerna var ofrivilligt barnlösa av okänd anledning. Inga biologiska barn.	Depression, beteenden, tankar, känslor, motivation och relationer är kopplat till barnlöshet. Varje deltagare anpassar sig individuellt till ett samhälle som gynnar och uppmuntrar till föräldraskap.	Poäng: 13/15 Kvalitet: Medelhög
Johansson, Hellström & Berg, 2011. Sverige.	Beskriva mäns upplevelse av infertilitet (r/t blockerad azoospermin) då infertilitetsbehandling misslyckats.	Kvalitativ. Intervjuer med 8 män 2 år efter avslutad ART-behandling (assisterad befruktning). Männerna var diagnostiserade med manlig infertilitet (azoospermia).	Upplevelsen kan sammanfattas och jämföras med att bestiga ett berg, där målet var att nå toppen (få ett barn), och har fyra beståndsdelar; otillräcklighet följt av bekräftelse, marginalisering, ridderlighet och förlängning av livet och starta en familj som drivande kraft.	Poäng: 12/14 Kvalitet: Medelhög
Malik & Coulson, 2008 Storbritannien.	Undersöka kommunikationen hos män på en fertilitetsstödgrupp online för att få en djupare förståelse av mäns upplevelser och behov r/t infertilitet.	Kvalitativ. Analys av 728 meddelanden online. Orsaken till barnlösheten hos männen framgick inte.	En stödgrupp online kan vara mycket användbar som kanal för män att öppna upp och diskutera sina problem r/t infertilitet.	Poäng: 14/14 Kvalitet: Hög
Mumtaz, Shahid & Levay, 2013. Kanada/Pakistan.	Undersöka och jämföra hur könsideologier, värderingar och förväntningar formar kvinnors och mäns upplevelser av infertilitet i Pakistan.	Kvalitativ. Intervjuer med 8 barnlösa män. Männerna var ofrivilligt barnlösa men det framkom inte om de hade blivit diagnostiserade med infertilitet.	Kvinnor drabbas hårt av infertilitet, både äktenskapsmässigt och socialt. Mäns sociala roller påverkas inte, de är ofta våldsamma mot sin partner.	Poäng: 11/14 Kvalitet: Medelhög
Sol Olafsdottir, Wikland & Möller,	Att studera pars upplevelser av deras beslutsfattandeprocess	Kvalitativ. Intervjuer med 22 par som	Processen av beslutsfattande består av tre faser. Huvudkategorin var att	Poäng: 14/15. Kvalitet: Hög

2013. Island/Sverige.	under de första 3 åren av infertilitetsbehandling.	genomgår ART-behandling (assisterad befruktning). Grounded Theory.	behålla kontrollen i en osäker situation.	
		Männen var ofrivilligt barnlösa av okänd eller känd anledning (på grund av manlig eller kvinnlig infertilitet).		
Parrott, 2014. Nederländerna /Malawi.	Undersöka hur mäns reproduktion är problematiserat r/t diagnostiering av manlig infertilitet, och synen på att lämna spermaprov, i Malawi, Afrika.	Kvalitativ. Intervjuer med 14 män som är eller har varit i ett barnlöst äktenskap. Orsaken till barnlösheten hos paren framgick inte.	Männens vilja att lämna sperma är en utvidgning av parens och familjens önskningsar, och är ofta en negativ upplevelse. Efter diagnos behöver rådgivning fokuseras på medkänsla i äktenskapet.	Poäng: 12/14 Kvalitet: Medelhög
Volgsten, Skoog Svanberg & Olsson, 2010. Sverige.	Undersöka erfarenheter av misslyckad IVF-behandling och fortsatt barnlöshet 3 år efter avslutad behandling	Kvalitativ. Intervjuer med 9 män som besökte en infertilitetsklinik. Orsaken till barnlösheten hos paren framgick inte.	Efter 3 år var männen fortfarande i sorg och hade svårt att anpassa sig till barnlösheten. Det behövs mer stöd till individerna.	Poäng: 13/14 Kvalitet: Hög

* Artiklar med Grounded Theory kan få max 15 poäng, resterande artiklar kan få max 14 poäng.