



**SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

SOM EN BERG OCH DALBANA

Kvinnors upplevelser av hur relationen påverkas vid
infertilitet

**Karin Andersson
Hanna Johansson**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2017
Handledare:	Herborg Holter
Examinator:	Ingela Lundgren

Titel (svensk):	Som en bergodalbana – hur relationen påverkas vid infertilitet
Titel (engelsk):	Like a roller coaster- how the relationship is affected by infertility
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet/ Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2017
Handledare:	Herborg Holter
Examinator:	Ingela Lundgren
Nyckelord:	Infertilitet, kvinnor, relation, självbiografi, upplevelser

Sammanfattning:

Bakgrund: Idag lider omkring 10–15 % av alla par i Sverige av infertilitet, WHO visar även likande siffror världen över. Infertilitet kan påverka mannen och kvinnan på ett emotionellt plan och skapa en livskris hos paret. Tidigare studier som är baserade på intervjuer och enkäter visar att relationen påverkas vid infertilitet då paren upplever brist på kommunikation, minskad sexlust och även en stärkande relation. Att ta del av kvinnornas berättelser som speglar deras dagliga liv och relation, kan ge en ny dimension av kvinnornas upplevelser.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva kvinnors upplevelser av hur relationen till partnern påverkas vid infertilitet.

Metod: Studien är baserad på narrativer, vilket i denna studie innebar en analys av självbiografier. Självbiografier av fyra svenska författare analyserades med narrativ analys. Analysgången av narrativer kan delas in i tre faser. Bekantskap med texten, analysera till delar och slutligen skapa en ny helhet.

Resultat: Presenteras i huvudteman och subteman. Huvudtemana är att *inte nå varandra, tvivla på relationen, att arbeta med relationen*. Subteman är att *inte kunna samtala, känslor som svalnar, sex utan lust, är vi rätt för varandra, ensam i en relation, tillsammans är vi starka och hoppet för oss samman*.

Slutsats: Resultatet från denna studie om kvinnors upplevelser av hur relationen till partnern påverkas vid infertilitet visar att de inte når sin partner, att de tvivlar på relationen men även att de arbetar med relationen. Barnmorskan har en stödjande roll för par som genomgår en infertilitetskris och det är viktigt att barnmorskan kan identifiera behovet av stöd hos paret. Denna studie kan bidra till att barnmorskor kan få en ökad kunskap och förståelse för kvinnors upplevelser av hur relationen till partnern påverkas vid infertilitet.

Nyckelord: Infertilitet, kvinnor, relation, självbiografi, upplevelser

Abstract:

Background: Today, about 10-15 % of all in Sweden suffer from infertility, WHO also shows similar numbers worldwide. Infertility can affect the man and woman on an emotional level and create a life crisis at the couple. Previous studies based on interviews and surveys show that the relationship is affected by infertility as the couple experience a deficiency of communication, reduced sex drive and even an enhancing relationship. Attention to women's stories that reflect their daily lives and relationships can give a new dimension of women's experiences.

Aim: The aim of the study is to describe women's experiences how the relationship to the partner is affected by infertility

Method: The study is based on narratives, which in this study included an analysis of autobiographies. Self biographies of four Swedish authors were analyzed by narrative analysis. The analysis process of narratives can be divided into three phases. Knowing the text, analyzing to parts and finally creating a new whole.

Results: Presented in main themes and subthemes. The main theme is *not reaching each other, doubting the relationship* and *working with the relationship*. Subthemes are *unable to talk, feelings cool down, sex without desire, we are right for each other, alone in a relationship, together we are strong* and *the help get us together*.

Conclusion: The result of this study of women's experiences of how the relationship with the partner is affected by infertility shows that they do not reach their partners, they doubt the relationship, but also that they work with the relationship. Midwife has a supporting role for couples undergoing an infertility crisis and it is important that midwife can identify the need for support at the couple. This study can help midwives get increased knowledge and understanding of women's experiences of how the relationship with the partner is affected by infertility.

Keywords: Autobiography, experiences, infertility, relationship, woman

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Infertilitet	1
Orsaker till infertilitet	2
Kvinnliga orsaker	2
Manliga orsaker.....	2
Utredning	2
Behandling	3
Infertilitet och påverkan av relationen	3
Kommunikation i relationen.....	4
Sexuell lust	4
Stärkande relation.....	4
Barnmorskans kompetens	4
Teoretisk referensram	5
Livskris.....	5
Barnmorskans stöd	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	8
Datainsamling och urval	8
Analys av narrativer.....	9
Analys	9
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat	10
Att inte nå varandra.....	10
Att inte kunna samtala.....	11
Känslorna svalnar	11
Sex utan lust	12
Tvivla på relationen	12
Är vi rätt för varandra.....	12
Ensam i en relation	13
Att arbeta med relationen.....	13
Hitta tillbaka till varandra	14

Tillsammans är vi starka	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats	18
Referenslista	20
Bilagor	27
Bilaga I.....	27

Inledning

Författarnas intresse för ämnet skapades under yrkessamma år inom kvinnosjukvård där fertilitetsproblematik ingår i arbetsuppgifterna. Författarnas upplevelser är att vården kring infertilitet är medicinskt fokuserad. Att stödja och stärka är en central del för vårt framtida yrke som barnmorskor. Författarna upplever att det behövs mer information och kunskap om hur relationen påverkas vid infertilitet för att kunna stödja dessa par. Därför önskar vi undersöka kvinnors upplevelser av hur infertilitet påverkar relationen utifrån kvinnors egna berättelser.

Vi pratade mycket om känslorna, Anders och jag. Vi hade olika sätt att bearbeta sorgen på, men vi envisades med att stundom mötas med våra tankar för att inte tappa bort varandra. Vi gick aldrig varsin väg, bara en bit ifrån varandra. (Holmgren, 2004, s.55)

Bakgrund

Infertilitet

Idag lider omkring 10–15 % av alla par i Sverige av infertilitet. Infertilitet definieras som utebliven graviditet efter ett års regelbundet oskyddat samlag (Bryman, 2015). Infertil översatt betyder 'ofruktsam', vilket innebär oförmåga att bli spontant gravid (Nationalencyklopedin, 2017). Oförmågan att bli gravid påverkar par över hela världen och kan orsaka känslomässig och psykiskt lidande (WHO, 2013). Orsaken till infertilitet är ibland okänd, men problem kan identifieras hos både mannen och kvinnan (Socialstyrelsen, 2009; WHO, 2013).

Historiskt sågs infertilitet som en kvinnosjukdom där mannen inte ansågs vara orsaken (Hreinsson, Hamberger & Hardarsson, 2005; Hutter Epstein, 2003). Tidigt under 1900-talet började infertilitet att uppmärksammas och forskare letade orsaker till ofruktsamheten. Under 1960-talet kom de första rapporterna om lyckad infertilitetsbehandling och därefter har kunskaperna kring infertilitet utvecklats mycket. År 1978 föddes det första provrörsbarnet i Storbritannien. I Sverige föddes första provrörsbarnet 1982 och 1988 kom lagen om assisterad befruktning, som nu regleras i SFS 2006:351 (Hreinsson et al., 2005; Skjöldebrand Sparre, Granberg, Marsk & Nygren, 2010).

Orsaker till infertilitet

Problem som försvårar fertilitet kan diagnostiseras hos både mannen och kvinnan. Generellt ses en tredjedel av infertiliteten hos kvinnan, en tredjedel hos mannen och resterande del av okända orsaker (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016).

Kvinnliga orsaker

Det finns olika orsaker som påverkar den kvinnliga fertiliteten negativt. Polycystisk ovariesyndrom är den vanligaste orsaken till ägglossningsrubbing hos infertila kvinnor. Sjukdomen innebär utebliven ägglossning, hormonella rubbningar och ökade nivåer av manligt könshormon (Holte, 2015). Endometriosis är en av de vanligaste orsakerna till infertilitet och drabbar cirka 15 % av alla kvinnor i fertil ålder. Sjukdomen är kronisk och orsakas av att livmoderslemhinnan utvecklas utanför livmodern. Ungefär 40 % av de som genomgår fertilitetsutredning har endometriosis (Olovsson, 2015). Turners syndrom är en annan orsak till kvinnlig infertilitet. Syndromet innebär att kvinnan saknar hela eller en del av ena X kromosomen. Tillståndet innebär utebliven eller ofullständig ovarieutveckling (Ritzén, Gustavson & Wedell, 2012). Tidigare infektioner i genitala organen kan ge permanenta skador på livmoder och ägglödare och till följd reducera deras funktion och fertilitet. Fetma, undernäring och hög ålder är livsfaktorer som kan ge upphov till nedsatt funktion av ägglossning (Bryman, 2015; Socialstyrelsen, 2009; WHO, 2013).

Manliga orsaker

Manlig infertilitet kan bero på exempelvis sjukdom eller skada mot genitala organ vilket kan ge minskat antal spermier och kan påverka spermiernas rörlighet som försvårar befruktningen (Westlander & Gottlieb, 2010). Tidigare infektioner kan orsaka hinder i sädesledarna vilket kan försvåra transporten av spermier. Infektion kan även orsaka permanenta skador på sädesblåsorna eller prostatan vilket kan bidra till en onormal sammansättning av sperman (Leaver, 2016; Westlander & Gottlieb, 2010). Klinefelters syndrom kan orsaka manlig infertilitet. Syndromet innebär att mannen har en extra könskromosom, 47 XXY. Tillståndet innebär att mannen har små testiklar och utebliven spermieproduktion (Ritzén et al., 2012). Erektildysfunktion innebär oförmåga att få erektion eller inte kunna behålla erektionen. Anledningen till tillståndet kan vara psykiskt och beror på relationsproblem, stress eller ångest. Erektildysfunktion kan även ha fysiologiska orsaker såsom ålder (Häggström Nordin, 2016). Livsstilsfaktorer som rökning, alkohol och övervikt kan ge negativ inverkan på den manliga fertiliteten (Hreinsson et al., 2005).

Utredning

Syftet med fertilitetsutredningen är att ställa diagnos och ge prognos för graviditetschans med eller utan behandling. Utredningen startas med en noggrann anamnes och infektionsscreening av både mannen och kvinnan (Bryman, 2015; Wistrand, Holte, Strandell & Sydsjö, 2010). Kvinnan utreds med Body Mass Index, menscykelanamnes, blodprover och gynekologisk

undersökning inklusive vaginalt ultraljud. Mannen utreds med spermaprov, undersökning av genitala organ och blodprov (Bryman; 2015; Hreinsson et al., 2005; Wistrand, et al., 2010). Fertilitetsutredning ligger under läkarens ansvarsområde men även barnmorskan har en central roll genom att assistera läkare vid provtagningar och anamneser (Bryman, 2015). Utredningen ska göras utifrån en helhetssyn hos paret och deras situation. Information bör ges till både mannen och kvinnan och beslut om behandling ska fattas i samråd med paret (Wistrand et al., 2010).

Behandling

I Sverige föds ungefär 110 000–115 000 barn varje år (Socialstyrelsen, 2014). Cirka sex procent av alla förlossningar i Sverige är resultat av någon form av medicinsk fertilitetsbehandling. IVF är idag en kliniskt etablerad verksamhet som utför cirka 18 000 behandlingar per år vilket resulterar i cirka 4 200 förlossningar. En fjärdedel av de kvinnor som startar IVF behandling får barn per cykel enligt ett kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF, 2017).

Utifrån orsak till infertilitet finns olika behandlingsmetoder såsom hormonbehandling, assisterad befruktning och fertilitetsfrämjande operation (Hillensjö & Nilsson, 2005). Vid nedsatt ägglossningsfunktion är syftet med hormonbehandling att främja ägglossningen och mognaden hos ägget. Behandlingens mål är att öka fruktsamheten vid samlag eller inför en insemination (Fridén, 2010; Hillensjö & Nilsson, 2005). Assisterad befruktning infattar de metoder där åtminstone ena typen av könsceller handhas utanför kroppen (Hillensjö & Nilsson, 2005). Spermier kan insemineras i kvinnans livmoder vid tidpunkt för ägglossning. Syftet med behandlingen är att öka antalet spermier som når ägget (Nyboe Andersen, 2005). IVF (in-vitro-fertilisering) är en välbeprövad metod inom assisterad befruktning. Via ultraljud kan äggtag göras från kvinnan vid tid för ägglossning. Spermier kan injiceras i det uttagna ägget eller att ägget och spermier blandas i ett provrör. Provröret förvaras i ett odlingsfrämjande miljö på laboratoriet där befruktning och tillväxt sker. Vid positivt odlingsresultat återinförs det befruktande ägget i kvinnans livmoder (Lundin & Mikkelsen, 2005; Hillensjö & Nilsson, 2005). Fertilitetsfrämjande operation kan vara en behandlingsmetod för att avlägsna muskelknutor i livmodern eller öppna upp ärrbildningar runt äggledarna och på så sätt öka chanserna för befruktning (Strandell, Rådestad & Nathorst-Böös, 2010).

Infertilitet och påverkan av relationen

Infertilitet kan orsaka en livskris hos paret. Att kunna skaffa barn och bilda familj ses ofta som en central del i livet. När förmågan att bli gravid hotas kan en rad olika känslor uppstå som kan påverka mannen, kvinnan och relationen (Loke, Yu & Hayter, 2012; Vizheh, Pakgohar, Rouhi & Veisy, 2015). Forskning visar på att oberoende av vem i paret som är infertil så påverkas båda parterna (Lee, Sun & Chao, 2001; Vizheh et al., 2015).

Kommunikation i relationen

Studier från flera länder såsom England, Kina och Ghana visar att kvinnan upplever fertiliteten viktigare än mannen (Hadley & Hanley, 2011; Leaver, 2016; Loke et al., 2012; Tabong & Adongo, 2013; Vizheh et al., 2015). Enligt Vizheh et al. (2015) har kvinnan i större utsträckning behov av att samtala om sina känslor och upplevelser än vad mannen har. Kvinnan kan uppleva att mannen inte är intresserad av deras infertilitetsproblematik (Vizheh et al., 2015). Mannen beskriver att han undviker samtal med kvinnan om infertiliteten för att inte sårta henne (Leaver, 2016; Tabong & Adongo, 2013). Kvinnan och mannen har olika behov att prata om deras infertilitetsproblematik vilket kan ge en negativ påverkan på relationen då risk för missförstånd är stor (Vizheh et al., 2015).

Sexuell lust

Enligt Helström (2012) beskriver infertila par att nedsatt sexuell lust kan ha en negativ påverkan på relationen. Fruktbarheten för båda könen är nära knuten till könsidentitet, självkänsla, kroppsuppfattning och sexuell funktion. Fertilitetsproblematik kan påverka paret sexualliv då den sexuella samvaron riskerar att bli tidsinställd till lämpliga tidpunkter, vilket kan leda till prestationsångest och risk för utebliven sexlust (Helström, 2012). En studie från England visar att kvinnan tenderar att uppleva mer stress och förlust av självkänsla än mannen (Hadley & Hanley, 2011). Kvinnans förlust av självkänsla kan ge upphov till minskad sexuell lust om syftet med samlag är enbart befruktning (Salama et al., 2012; Tao, 2011; Vizheh et al., 2015). När syftet med samlag är befruktning kan mannen uppleva prestationsångest. Samlag efter tid för ägglossning kan upplevas som ansträngande och kan ge en negativ påverkan på mannens sexuella lust (Hadley & Hanley; 2011; Leaver, 2016; Vizheh et al., 2015).

Stärkande relation

Tidigare forskning visar att par som upplevt fertilitetsproblematik beskriver hur relationen stärkts efter vad de genomgått tillsammans (Read, Carrier, Boucher, Whitley, Bond, & Zelkowitz, 2014; Tabong & Adongo, 2013). Par beskriver att deras gemensamma fertilitetsproblematik förde dem närmare varandra i relationen (Loke et al., 2012; Tabong & Adongo, 2013; Vizheh et al., 2015). Psykologisk behandling och professionellt stöd kan leda till minskad stress och ökat välmående hos paret (Ramezanzadeh, Noorbala, Abedinia, Rahimi Forooshani och Naghizadeh, 2011). Par som får emotionellt stöd har större chans att uppleva hälsa i relationen (Read et al., 2014; Ramezanzadeh et al., 2011).

Barnmorskans kompetens

Barnmorskan ska bedriva ett arbete som främjar hälsa och förebygger ohälsa. Barnmorskans kompetens delas in i tre grundläggande huvudområden, sexuell och reproduktiv hälsa,

forskning, utveckling och utbildning samt ledning och organisation (Socialstyrelsen, 2006). Sexuell och reproduktiv hälsa utgör huvudområden för barnmorskeprofessionen. Barnmorskan ska ha kunskaper kring faktorer som påverkar hälsan ur ett livscykelperspektiv (International Counseling of Midwife [ICM], 1999). Området sexuell och reproduktiv hälsa innebär att barnmorskan ska utföra ett hälsofrämjande arbete genom cellprovsscreening, preventivmedelsrådgivning, gynekologiska sjukdomar, aborter och en stödjande och rådgivande roll vid graviditet. Barnmorskan ska även inneha kunskaper kring infertilitet och infertilitetsbehandling (Socialstyrelsen, 2006).

Teoretisk referensram

Infertilitet kan skapa en livskris och målet för barnmorskan är att ge bra stöd under hela utredningen och behandlingen (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2010). Därför har livskris och barnmorskans stöd använts som centrala begrepp i den teoretiska referensramen.

Livskris

Infertila par upplever att de slits mellan hopp och förtvivlan. Varje ägglossning kan ses som hopp om graviditet medan varje menstruation blir en besvikelse (Gottlieb, 2004). De psykiska påfrestningarna vid infertilitet kan ge upphov till en livskris. I Sverige tar fertilitetsutredning minst en månad, men kan dra ut på tiden på grund av hög belastning på sjukvården. För att minska parets livskris är det viktigt att utredning och behandling inte blir långdragen (Bryman, 2015).

Den infertila livskrisen kan liknas med andra traumatiska kriser (Bryman, 2015). Cullberg (2006) förklarar kris i fyra olika faser. Chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen.

Chockfasen kan vara allt ifrån timmar till dygn. I denna fas arbetar personen med att hålla verkligheten ifrån sig. Innan personen hittar ett sätt att ta in vad som har skett förnekas den smärtsamma verkligheten. Personen kan uppfattas lugn men inuti råder fullt kaos och efteråt kan det finnas svårigheter att komma ihåg händelser under chockfasen (Cullberg, 2006).

Reaktionsfasen börjar då personen inser vad som skett, efter att i chockfasen förnekat det. Reaktionsfasen och chockfasen står för krisens akuta fas och kan pågå under fyra till sex veckor. Personen försöker hitta en mening med det som har hänt och frågar sig varför. Känslor som sorg, förtvivlan, tomhet och minskad livslust är vanliga känslor under reaktionsfasen (Cullberg, 2006).

I bearbetningsfasen börjar personen att se framåt igen. Personen börjar acceptera livssituationen och blir mer mottaglig för nya erfarenheter. Om personen har svårt att nå bearbetningsfasen kan professionellt stöd behövas (Cullberg, 2006).

Nyorienteringsfasen är den sista krisfas som kan vara livet ut. Förutsättningarna för att personen ska nå nyorienteringsfasen är att de tidigare faserna är bearbetade. I nyorienteringsfasen accepterar personen det som har inträffat och upplever att de har återfått självkänslan (Cullberg, 2006).

En studie av Johansson (2010) beskriver att kvinnor har svårt att se sin framtid utan barn och infertiliteten ses som en plåga som bärs med resten av livet. Att se nästa generation växa upp har beskrivits som lycka och en drivkraft. Att få möjlighet att skaffa biologiska barn kan ge känsla av evigt liv (Johansson, 2010). Att inte kunna reproducera sig kan ge upphov till en livssorg som kan jämföras med en livskris. Sorgen som infertiliteten orsakar kan vara svårbearbetad då det inte finns något konkret att sörja. Det barnlösa paret kan uppleva en social avskärmning då de har svårt att känna samhörighet med andra som är föräldrar (Gottlieb, 2004). Infertiliteten påverkar kvinnans livsvärld och hon blir ständigt påmind om sin sorg vart hon än befinner sig i livet. Det är inte bara sorgen efter ett efterlängtat barn som gör sig påmind utan även känslan av ett förlorat barnbarn och en samhörighet till samhället som kan beskrivas som en livskris (Alesi, 2005; Cudmore, 2005; Domar, Gordon, Garcia-Velasco, La Marca, Barriere & Beligotti, 2012). Infertila kvinnor pendlar ständigt mellan hopp och förtvivlan, vilket resulterar i en infertilitetskris som är förlängd och svår att lösa jämfört med en traumatisk kris (Johansson, 2010). Det är av stor vikt att kvinnor får emotionellt stöd så de slutligen når nyorienteringsfasen och kan acceptera deras situation (Bryman, 2015).

Barnmorskans stöd

Infertilitet kan påverka mannen och kvinnan på ett emotionellt plan. Studier från England, Kanada, Frankrike, Tyskland, Italien och Spanien beskriver hur par upplever brist på förståelse och emotionellt stöd från vårdpersonal vid fertilitetsproblem (Bell, 2013; Domar et al., 2012; Read et al., 2014). Barnmorskans arbete ska anpassas individuellt efter varje individs behov och ska kunna identifiera individer med ett utökat behov av stöd (Socialstyrelsen, 2006).

Att kunna bilda familj och få barn ses för många kvinnor som självklart och tas förgivet (Bryman, 2015). Kvinnor beskriver att de har svårt att se en framtid utan barn och infertiliteten påverkar kvinnorna ur ett livscykelperspektiv. Moderskap beskrivs som en central roll i en kvinnlig identitet. Att som kvinna inte bli gravid kan ge upphov till dålig självkänsla då kvinnlighet ofta förknippas med graviditet. Känslor som ångest, stress, misslyckande, frustration, ilska och besvikelse är vanliga reaktioner som kvinnorna upplever vid infertilitet. Infertilitet kan upplevas som skamligt och sjukligt (Batool & De Visser, 2016; Li Ying, Lai Har, & Alice Yuen, 2015; Loke et al., 2012; McCarthy, 2008; Su, & Chen, 2006). I studier ifrån Nigeria, Finland och USA beskriver kvinnor hur de upplever att sjukvården inte värnar om deras psykiska hälsa utan endast är medicinskt fokuserad. Det kan

leda till att kvinnorna känner sig osynliga och ensamma (McCarthy, 2008; Omu & Omu, 2010). Barnmorskan behöver ta del av kvinnans situation och upplevelser för att ge möjlighet att identifiera behovet av stöd (Lundgren & Berg, 2016).

Barnmorskans stödjande funktion är central inom alla verksamhetsområden (Lundgren & Berg, 2016). Barnmorskans kompetensbeskrivning lyfter vikten av stöd vid mötet med kvinnan (Socialstyrelsen, 2006). Att stödja och stärka kvinnan i olika skeden i livet är också något som stärks utav den internationella yrkesetiska koden för barnmorskor (ICM, 1999). Barnmorskan ska vara lyhörd och bekräfta kvinnan i situationen. Om kvinnan upplever att barnmorskan har vilja att ge henne stöd och bekräftar hennes oro kan det inge tillförlit och trygghet. Genom stöd kan kvinnans egna resurser främjas för att uppnå hälsa och välbefinnande (Berg & Lundgren, 2016). Att få kvinnan delaktig i vården är betydelsefullt. Delaktighet leder till en god relation mellan kvinnan och barnmorskan vilket ökar tilliten och kvinnans välbefinnande (Dykes, 2016). Kvinnan ska uppmuntras att föra sin talan om sin egna hälsa. Barnmorskan ska stödja kvinnan i hennes rätt att delta aktivt i sin vård och behandling (ICM, 1999). Vid mötet med kvinnor med fertilitetsproblematik ska barnmorskan ta hänsyn till kvinnans individuella behov och ha en stödjande roll (Bryman, 2015).

Problemformulering

Det finns studier som visar att relationen påverkas vid infertilitet. Tidigare studier har fokuserat på att beskriva skillnader mellan kvinnan och mannens upplevelser av hur relationen påverkas. Det finns sparsamt med forskning som beskriver upplevelser av hur relationen vid infertilitet påverkar parets dagliga liv. Det finns studier som visar att kvinnan upplever bristande förståelse för behovet av professionellt stöd vid infertilitet. Att ta del av kvinnornas egna berättelser som speglar deras dagliga liv och relation till partnern, kan ge en ny dimension av kvinnornas upplevelser. Att som barnmorska ha kunskap om hur kvinnor upplever att relationen till partnern påverkas vid infertilitet, kan öka barnmorskans förståelse för kvinnornas behov av stöd.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva kvinnors upplevelser av hur relationen till partnern påverkas vid infertilitet.

Metod

För att besvara syftet valdes en kvalitativ metod med en induktiv ansats. Enligt Polit och Beck (2012) ger kvalitativ metod möjlighet att förklara och synliggöra individens subjektiva upplevelser av sin livsvärld. Induktiv ansats innebär att materialets innehåll analyseras förutsättningslöst för att kunna ge möjlighet att skapa nya frågeställningar och teorier (Polit & Beck, 2012). Syftet med studien är att beskriva upplevelser därför ansågs metoden vara lämplig. Enligt Dahlborg-Lyckhage (2017) är kvalitativ analys av narrativer en bra metod för att beskriva erfarenheter och upplevelser utifrån individens personliga perspektiv. Med självbiografistudie är fördelen att ta del av individers känslor och upplevelser i det vardagliga livet vilket kan vara svårt att få fram via intervjuer (Dahlborg-Lyckhage, 2017).

Datainsamling och urval

Libris biblioteksdata användes för att söka material till studien. Sökorden ”barnlöshet biografi” vilket gav 21 träffar och ”infertility narratives” gav 12 träffar. Inklusionskriterierna för självbiografierna var att de skulle vara skrivna från år 2000 och framåt, ha kvinnlig författare, vara skrivna på svenska, vara ifrån Norden och utgå från ett självbiografiskt perspektiv. Exklusionskriterierna var om självbiografien hade fler författare, var inriktad på adoption och sjukdomar relaterat till infertilitet. Åtta självbiografier valdes till närmare granskning. vid granskning var fyra av självbiografierna inte ur ett självbiografiskt perspektiv och exkluderades. Fyra självbiografier kvarstod skrivna mellan år 2004–2016 och har valts till analysen (Tabell 1).

Tabell 1 Översikt av de analyserade självbiografierna

FÖRFATTARE, sidor (ÅR)	TITEL	HANDLING
Holmgren Åsa 96s. (2004)	<i>Barn av glas</i>	I självbiografien får man följa Åsa och hennes man genom olika försök att genom assisteradbefruktning försöka få barn. Åsa beskriver öppenhet hur relationen och hennes vardagliga liv påverkas av infertiliteten.
Fransson Ramona 349s. (2009)	<i>Älskling, vi blir inte med barn</i>	I självbiografien får man följa Ramona under flera år och under tre förhållanden. Alla förhållanden präglas av hennes längtan efter barn och hur den längtan påverkar hennes relationer och vardag.
Sandell Åsa 177s. (2016)	<i>Den tuffaste ronden</i>	I självbiografien får man följa den professionella boxaren Åsa i hennes historia om missfall, IVF och äggdonation. Författaren berättar öppen om hur infertiliteten påverkar hennes dagliga liv och relationen till olika partners.

Zimmergren Klara 294s. (2014)	<i>Längtan bor i mina steg</i>	I självbiografin får man följa den kända komikern Klara igenom hennes stora längtan efter barn och hur påfrestande det kan vara för en relation.
-------------------------------------	--------------------------------	--

Analys av narrativer

Analysgången av narrativer kan delas in i tre faser. Bekantskap med texten, analysera till delar och slutligen skapa en ny helhet (Dahlborg- Lyckhage, 2017).

Bekantskap med textens helhet är första steget i analys av narrativer. En aktiv analys är inte syftet med första fasen utan att öppna sinnet mot den mening som finns i datan. Datamaterialet bör läsas upprepade gånger. Målet med denna del av analysarbetet är övergripande förståelse för att senare kunna gå mellan textens helhet och delar (Dahlborg- Lyckhage, 2017).

Analysprocessen förhållningsätt präglas av öppenhet, följsamhet och reflektion. Data avskiljs från sitt sammanhang och beskriver olika innehåller eller innebörder. Texten delas in i meningsbärande delar via en ständig dialog med texten. De meningsbärande delarna kodas och därefter sammanförs utifrån likheter och skillnader där huvudteman och subteman skapas. Subteman namnges efter deras innehåll och belyses med citat ifrån texten (Dahlborg- Lyckhage, 2017).

Den tredje och sista fasen i analysarbetet behandlas texten återigen som en helhet. Textens olika delar sätts ihop igen och fenomenet som studerats kan uttryckas på ett nytt sätt. I sista fasen är det viktigt att vara kreativ och noggrann. Subteman ska vävas ihop och skapa en ny helhet av fenomenet i form av huvudteman (Dahlborg- Lyckhage, 2017).

Analys

Datamaterialet analyserades enligt en metod för narrativer beskriven av Dahlborg- Lyckhage (2017). Författarna har läst de fyra självbiografierna enskilt upprepade gånger. Genom en ständig dialog med datamaterialet kunde meningsbärande delar urskiljas. De sidor i självbiografierna där meningsbärande delar hittades som svarade mot studiens syfte, markerades med post-it lappar. De meningsbärande delarna skrevs in i en analysmatrix (bilaga I) för att få en god överblick. Delarna grupperades utifrån skillnader och likheter och nyckelord plockades ut och skrevs ner på en whiteboardtavla. Nyckelorden ringades med olika färger utifrån likheter och skillnader. Genom att skifta perspektiv mellan helhet och delar jämfördes nyckelord och meningsbärande delar för att säkerställa att de stämde överens. Diskussion mellan båda författarna fördes under hela analysen och kom fram till subteman som beskrev kvinnans upplevelser av hur relationen till partnern påverkades. Subtemana skrevs upp på whiteboardtavla för att få en god överblick. Genom att ringa in de olika subtemana kunde slutligen huvudteman åskådliggöras. För att verifiering av tolkningarna skulle vara möjligt, valdes citat ur självbiografierna ut som illustrerar subtemana.

Forskningsetiska överväganden

Forskarens etiska ansvar är att forskningen är moralisk och av god kvalitet (Codex, 2017). Forskning ska ansvara och värna om att skydda människans hälsa, sekretess, rättigheter, integritet och värdighet (Helsingforsdeklarationen, 2013). Självbiografier är publicerat material som finns tillgängligt för allmänheten. Självbiografiernas författare har själva valt att publicera självbiografierna och enligt Socialstyrelsen (SFS 1960:729) har allmänheten tillgång till materialet som godkänts och publicerats. Enligt Polit och Beck (2016) har författarna ett ansvar att minimera risken för skada eller obehag. Författarna har även ett ansvar att nyttan av resultatet framkommer maximalt. Studien kan resultera i ökad kunskap för barnmorskan kring hur kvinnor upplever att relationen påverkas vid infertilitet. Nyttan med studien kan vara att barnmorskan får förutsättning att kunna identifiera behov av stöd i kvinnans situation. En risk med att granska självbiografier är att självbiografi författarna är omedvetna om det används i studiens syfte. Självbiografierna är offentligt publicerat material vilket innebär att det inte finns ett samtyckeskrav och självbiografi författarna behöver ej informeras (Vetenskapsrådet, 2002).

Resultat

Vid analys av datamaterialet växte tre huvudteman och sju subteman fram (Tabell 2). Teman och subteman speglar kvinnornas upplevelse av hur relationen till partnern påverkas vid infertilitet.

Tabell 2 Översikt av teman och subteman

HUVUDTEMA	SUBTEMA
Att inte nå varandra	<ul style="list-style-type: none">- Att inte kunna samtala- Känsloerna svalnar- Sex utan lust
Tvivla på relationen	<ul style="list-style-type: none">- Är vi rätt för varandra- Ensam i relationen
Att arbeta med relationen	<ul style="list-style-type: none">- Hitta tillbaka till varandra- Tillsammans är vi starka

Att inte nå varandra

Kvinnornas upplevelser av hur relationen till partnern påverkas vid infertilitet präglas av kommunikationens betydelse. Samtalsämnet barnlöshet skapade mycket konflikter i

relationen och kvinnorna upplevde att de behövde undvika ämnet för att inte göra mannen upprörd. Kvinnorna upplevde att fertilitetsutredningen gjorde att känslorna svalna i relationen och sexlivet påverkades negativt.

Att inte kunna samtala

Relationen mellan kvinnorna och partnern innan barnlösheten beskrevs som öppen, ärlig och med en god kommunikation. Samtalsämnet barnlöshet kunde skapa konflikter mellan parterna. Kvinnorna hade behov av att samtala om infertiliteten medan de upplevde att partnern tyckte att de var besvärliga. Situationen upplevdes av kvinnorna som komplicerad och svåriskuterad. För att undvika konflikter behövde kvinnorna dölja sina känslor och tankar angående infertiliteten för sin partner. För att inte belasta partnern och relationen valde kvinnorna ofta att inte berätta om sina känslor om längtan efter barn. Den tidigare öppna och ärliga kommunikationen i relationen hade enligt kvinnorna påverkats då de inte kunde vara ärliga och inte berätta om sina känslor för partnern

”Jag undviker skickligt allt som har med barn att göra. Det känns som att gå på glödande kol varje gång vi berör ämnet.” (Fransson, 2009, s. 98)

När kommunikationen om infertiliteten brast gav det känslor hos kvinnorna att barnlösheten inte var lika viktigt för mannen. Kvinnorna beskrev en osäkerhet i relationen när paret inte kommunicerade om infertiliteten. De beskriver osäkerhet om mannens känslor och upplevelser av infertiliteten vilket skapade en irritation hos kvinnorna. Känslorna av att partnern inte bryr sig om infertiliteten upplevdes av kvinnorna påverka relationen negativt då det skapade ett avstånd mot partnern.

”Hans rygg vänd emot mig. Sover. Hur mår han egentligen? Varför visar han inget? Hur kan han bara hoppa upp sådär käckt på morgonen?” (Zimmergren, 2014, s.153)

”Mellan oss låg tjockt med outtalade meningar... Han berättade aldrig vad han kände. Avståndet mellan oss växte dag för dag. Snart kunde vi inte ens yttra god morgon till varandra, utan att jag blev irriterad.” (Holmgren, 2004, s.82)

Känslorna svalnar

Relationen innan infertiliteten präglades av starka känslor för varandra. Fertilitetsutredningen tog tid och kraft och kärleksrelationen till partnern prioriterades inte. Kvinnorna upplevde att relationen till partnern påverkades då den tappat glöd och glädje. Varje motgång eller konflikt i relationen bidrog till att kvinnornas känslor för partnern svalnade och relationen försvagades. De starka kärlekskänslor som tidigare funnits i relationen upplevdes av kvinnorna ha kvävts av fertilitetsutredningen och påverkade relationen till partnern negativt.

"Varje gång vi diskuterade ämnet bli-med-barn var det som en liten bit av vår kärlek försvann." (Fransson, 2009, s. 140)

"Vi orkar inte prata om försöken. Vårt barnprojekt ligger i träda... Vi är inne i det svala, lite tröttsamma stadiet i relationen...Orkar inte bry mig om honom." (Zimmergren, 2014 s.154)

"Vi hade varit ihop i över tre år, tyckte oändligt mycket om varandra också skulle det här med bli-med-barn ta död på vårt förhållande." (Fransson, 2009, s.132)

Sex utan lust

Samlag beskrevs av kvinnorna som ett bevis på parets kärlek i relationen. Kvinnorna upplevde att fertilitetsutredningen påverkade parets sexualliv då samlagen planerades efter ägglossning. Att ha samlag på bestämd tid upplevdes av kvinnorna som en falsk handling och inte längre en kärleksakt. Kvinnorna upplevde att lusten till samlag försvann då målet med samlaget var graviditet och inte njutning. Att sexlusten minskade upplevdes av kvinnorna som negativt för relationen till partnern. Det som tidigare symboliserat passion och glöd i relationen var nu förknippat med prestation och upplevdes av kvinnorna att det skapade en distans i relationen till partnern.

"Visst kunde jag ta på mig strumpeband, sexiga trosor, parfymera mig, tillaga en god middag, men om syftet med hela föreställningen var att bli-med-barn kändes allt som en enda stor lögn." (Fransson, 2009, s. 270)

"När man har en serie sådana något framkrystade ligg bakom sig, som alltid ändå tillslut gett minustecken på stickan. Då är det faktiskt så hårt. Så statiskt. Så oblommigt. Så grymt. Så taskigt mot det där som egentligen borde finnas mellan två människor." (Zimmergren, 2014, s. 208)

Tvivla på relationen

Infertilitet upplevs av kvinnorna som en svår situation och skapade en känsla av tvivel mot partnern i relationen. Tvivel om partnern var den rätta var för kvinnorna ett hinder för en normal parrelation och påverkade relationen till partnern negativt. Brist på kommunikation skapade en känsla av ensamhet i relationen hos kvinnorna. Även om de var två i relationen och om infertiliteten upplevde kvinnorna en ensamhet i relationen när paret inte kunde diskutera sin längtan efter barn.

Är vi rätt för varandra

Kvinnorna upplevde att barnlösheten skapade frustration och ilska mot mannen, vilket gav mycket konflikter i relationen. Funderingar om relationen var stark nog för att klara av

barnlösheten väcktes hos kvinnorna då konflikterna avlöste varandra. Kvinnorna beskrev relationen till partnern som en känslomässig vågskål där barnönskan och kärlek vägdes mot ilska och frustration. Kvinnorna beskrev hur infertiliteten gav en tvivlan på deras egna känslor mot mannen. Frågor som, är han den rätta för mig, kommer vår relation överleva vår barnlöshet skapades hos kvinnan och gav en tvivlan till relationen. Trots att kvinnorna älskade sin partner så upplevde de att infertiliteten stoppade dem att ha en bra kärleksfull relation.

”Vi tyckte verkligen om varandra och det som hindrade oss från att leva ett normalt parliv var vår barnlöshet.” (Fransson, 2009, s.168)

”Var vi verkligen rätt för varandra? Var Anders verkligen den person som passade mig bäst?... När jag mötte hans ögon kände jag bara irritation, inget av den kärlek som brukade finnas mellan oss fanns där nu.” (Holmgren, 2004, s. 80)

”Om jag släpper barntanken och det sedan ändå inte skulle hålla med honom? Då har jag återigen lagt värdefull tid på någon... Och under tiden – alla mina fruktbara ägg som ploppar ur mig, som en rad vita bollar i lottdragningen på tv.” (Zimmergren, 2014, s.123)

Ensam i en relation

Kvinnorna upplevde sig ensamma i relationen när paret inte kunde kommunicera om barnlösheten. De fick ensamma driva på infertilitetsutredningen eftersom de upplevde att partnern inte visade samma intresse för barnlösheten. Infertiliteten beskrivs som en påfrestande tid för relationen som påverkade båda parterna och kvinnorna beskriver känslor som sorg, förtvivlan, skuld, frustration och hopplöshet i situationen. När kvinnorna inte kunde dela känslor med partnern skuldbelade kvinnorna sig själva vilket skapade en distans till partnern och en känsla av ensamhet i relationen.

”Visst är vi två. Men i sorgen känner jag mig ensam... Min kropp, mitt nederlag.” (Sandell, 2016, s. 116)

”Jag kände mig så otroligt ensam. Min bästa vän hade blivit en fiende och nu stod jag ensam med mitt håglösa liv hängande som ett tungt ok över axlarna.” (Holmgren, 2004, s. 82)

Att arbeta med relationen

Kvinnorna upplevde att infertiliteten har stärkt relationen till partnern. När paret tillsammans arbetar mot ett gemensamt mål så upplevde kvinnorna det som positivt för relationen. Efter en tid i relationen med mycket konflikter angående infertiliteten så upplevde kvinnorna att relationen återigen stärktes vid en ny infertilitetsbehandling och paret fick ett nytt gemensamt hopp.

Hitta tillbaka till varandra

Kvinnorna upplevde att kärlekskänslorna i relationen till partnern svalnade då infertilitet tagit all energi. Efter en längre tid av konflikter i relationen upplevde kvinnorna att de behövde hitta tillbaka till partnern. Den energilöshet som drabbat relationen under fertilitetsutredningen behövde återhämtning för att paret skulle hitta tillbaka till varandra. Kvinnorna upplevde en ny behandling som en chans för återhämtning i relationen. En ny behandling upplevdes av kvinnorna som att paret återigen fick ett gemensamt hopp vilket förde dem åter samman. Hoppet som behandlingen gav beskrev kvinnorna som en möjlighet att hitta tillbaka till den kärleksfulla relation som tidigare funnits.

”Så plötsligt var hatet och grälen som bortblåsta. Att det var vårt liv som för en tid varit en krigszon, var omöjligt för mig att förstå. Nu var vi som vanligt igen; skojade och skrattade och levde som symbios med varandra. Kanske hade det varit det stundande försöket som fört oss samman. Vårt gemensamma hopp om att det lilla ägg som låg i frysen på kliniken skulle klara sig och bli ett för i min mage.” (Holmgren, 2004, s.84)

”Se att det är så otroligt många, så ofantligt många över hela världen som längtar efter barn. Precis som vi. Vi knyter varsin rosett och står tysta ett tag. Sedan trycker vi våra kinder mot varandra. Vi har blivit lika.” (Zimmergren, 2014, s.226)

Tillsammans är vi starka

Kvinnorna beskrev relationen till mannen som stark och ärlig innan barnlösheten. När mannen visade intresse och närvaro för infertiliteten och situationen upplevde kvinnorna det som en trygghet i relationen. Kvinnorna beskriver att mannens stöd under infertilitetsutredning och behandling var viktig för tryggheten i relationen. Barnlösheten gjorde att paret tillsammans arbetade mot ett gemensamt mål. Kvinnorna upplevde att det gemensamma målet förde paret närmare varandra och de insåg vikten av att vårda relationen till partnern. När paret hade en god kommunikation mellan varandra och accepterade att de hade olika strategier att bearbeta den prövade tid som infertiliteten utlöste upplevde kvinnorna det som stärkande för relationen.

”Jag fattade Anders hand. Den var varm och lugn. Jag tänkte att den här handen skulle komma att hjälpa mig igenom mycket, bara jag förvalta den väl” (Holmgren, 2004, s.28).

”Jag försökte fånga Jörgens blick. Det var som om jag ville ha ett svar för att lugna min oro uttrycket i hans ögon gav mig svaret, i den såg jag inte ett uns av tvivel, enbart kärlek. Det lugnade mig och gav mig trygghet.” (Fransson, 2009, s 29)

Diskussion

Metoddiskussion

Kvantitativ forskning vill söka samband, bevisa och förklara ett fenomen till skillnad från kvalitativ forskning som vill beskriva erfarenheter och upplevelser hos individen (Polit & Beck, 2016). Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av hur relationen till partnern påverkas vid infertilitet och därför ansågs en kvalitativ metod lämplig.

Kvinnors upplevelser av hur relationen påverkas vid infertilitet har i tidigare studier som presenteras i bakgrunden baserats på intervjuer eller enkäter. En av studiens styrkor är att datamaterialet är hämtat från narrativer i form av självbiografier, för att få en ny dimension av kvinnans upplevelse. I narrativer är det författaren själv som valt vilka upplevelser de vill lyfta fram och tycker är viktiga. Narrativer utgör en livsberättelse om hur författaren upplever sin situation i vardagen. Genom att följa författaren i deras vardagliga liv kan deras upplevelser beskrivas djupare än vid intervjuer (Dahlborg-Lyckhage, 2017).

En nackdel med narrativanalys är att det inte finns några krav på att självbiografierna ska vara objektiva eller sanningsenliga. Det kan finnas risk för att författaren väljer bort delar i berättelsen som inte är fördelaktiga för dem själva (Dahlborg-Lyckhage, 2017). Vid intervjuer är det forskaren som valt vilka frågor som ska ställas och upplevelser som ska beröras. Att inte få fram de vardagliga upplevelserna är en risk vid intervjuer då mycket information kan förloras vid fel frågor (Dahlborg-Lyckhage, 2017). Denna studie hade med fördel kunnat baserats på intervjuer då möjlighet till följdfrågor och chans att utveckla svaren hade funnits jämfört med självbiografier.

Analysen genomfördes enligt beskrivning av analys för narrativer av Dahlborg-Lyckhage (2017). Svårigheter med analys av narrativer kan vara att upplevelsen och budskapet i texten kan ligga latent och det kan vara svårt att lyfta ut meningsbärande enheterna och nyckelord (Dahlborg-Lyckhage, 2017). Självbiografierna lästes enskilt upprepade gånger av båda författarna för att kunna urskilja det latent budskapet i texten och markera ut meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna skrevs in i en analysmatrix för att stärka trovärdigheten för studien (Bilaga I). Ur självbiografierna har citat lyfts ut för att öka resultatets trovärdighet. Enligt Dahlborg-Lyckhage (2017) så är det viktigt att citat plockas ut för att innebörden av temana ska fångas och på så sätt öka trovärdigheten.

En begränsning i urvalet var att självbiografierna skulle vara från Norden. Begränsningen gjordes då det ansågs att kultur och religionsskillnader från andra världsdelar kunde påverka resultatet. Det betyder att det finns en kunskapslucka hur kvinnor från andra kulturer och religioner upplever att relationen påverkas vid infertilitet.

Infertilitet drabbar mannen, kvinnan och deras gemensamma relation. En svaghet med studien är att syftet enbart var att beskriva kvinnornas upplevelser. Det hade varit av intresse att även

inkludera mannens upplevelser för att få en helhetsbild för hur paret påverkas vid infertilitet. Vid risk för att få ett alltför omfattande datamaterial inom tidsramen för magisteruppsatsen valdes enbart kvinnors upplevelser.

Libris biblioteksdata valdes till sökning av självbiografierna. Libris biblioteksdata är en nationell samkatalog som innehåller tio miljoner titlar från cirka femhundra svenska bibliotek (Libris, 2017). Genom sökning på Libris ansågs det ge ett större urval av självbiografier än att söka enskilt på olika bibliotek.

Narrativer utgör en livsbeskrivning av hur den enskilda människan upplever sin livsvärld. Att ta del av den enskilda människans livsvärld och antaga att upplevelsen inte är unik kan resultatet överföras till en liknande grupp (Dahlborg-Lyckhage, 2017). Genom att anta att kvinnornas upplevelser inte är unika kan resultatet överföras i den mån det går och kan gälla andra kvinnor med samma problematik. Resultatet är ett viktigt bidrag till att barnmorskan kan få ökad kunskap om kvinnors upplevelser av hur relationen påverkas vid infertilitet.

Resultatdiskussion

Resultatet från föreliggande studie om kvinnors upplevelser av hur relationen till partnern påverkas vid infertilitet visar att kvinnorna upplever att de inte når sin partner, att de tvivlar på relationen men även att de arbetar med relationen. Detta resultat tyder på att det är både en positiv och negativ påverkan på relationen som enligt oss författare kan liknas med en berg och dalbana.

Studien visar att kvinnorna *inte kan samtala* med sin partner, de beskriver svårighet att samtala om ämnet barnlöshet. Kvinnorna upplevde ett behov av att samtala om infertiliteten men beskrev hur männen verkade ointresserade, vilket skapade ett avstånd i relationen. En förklaring till att kvinnorna upplever svårigheter att samtala med partnern skulle kunna vara att kvinnan och mannen har olika strategier att hantera livskrisen som infertiliteten medför. En studie från Kina beskriver att kvinnor har ett behov av att samtala om barnlösheten med sin partner (Vizheh et al. 2015). Detta styrks även av en studie ifrån Sverige, där kvinnor beskriver svårigheter att samtala om infertiliteten med någon annan än mannen (Sormunen, Aanesen, Fossum, Karlgren & Westerbotn, 2017). När männen inte vill diskutera infertiliteten upplever kvinnorna att mannen är ointresserad av paret gemensamma fertilitetsproblematik, vilket kan skapa ett avstånd i relationen (Vizheh et al., 2015). I tidigare studier från England och Ghana beskrivs att mannen medvetet undviker att samtala med kvinnan om fertilitetsproblematiken för att inte sår henne (Leaver, 2016; Tabong & Adongo, 2013). Detta stöds även i en studie av Volgsten, Skog Svanberg och Olsson (2010) där män beskriver hur deras strategi för att trösta sin partner var att inte visa sina egna känslor om infertiliteten för att visa sig stark inför kvinnan. Att kvinnor och män har olika sätt att hantera sin livskris på kan förklara varför svårigheter att samtala kan uppstå i en relation med

fertilitetsproblematik. Heteronormativiteten skulle kunna vara en förklaring till att kvinnor och män hanterar situationen kring infertilitet olika. Heteronormativiteten handlar om att placera in människor i olika stereotyper efter typiska könsroller, genom att fokusera på några få egenskaper hos en människa. Exempelvis finns ett fack för den typiska kvinnan, den typiska kvinnan ska vara moderlig, skaffa barn, känslösam, omhändertagande och kunna uttrycka sig verbalt (Kray, Galinsky & Thompson, 2001; Niedlich, Steffens, Krause, Settke & Ebert, 2015). Vad som är typiskt manligt beskrivs som stark, självcentrerad, okänslig och icke verbal (Kray et al., 2001). Könsrollerna har olika normer i hur de ska uttrycka sig, detta skulle kunna vara en bidragande effekt till varför kvinnorna upplever svårigheter att samtala i relationen vid infertilitet. Skulle samhället och könsrollerna ändras om vad som är typiskt kvinnligt och manligt, kanske inte kvinnorna skulle uppleva den påverkan av relationen som de gör idag. Det är viktigt att barnmorskan har kunskap om att män och kvinnor kan ha olika strategier för att hantera den livskris som infertilitet bidrar till, för att ge ett adekvat stöd till båda i paret. Enligt Bevilacqua, Barad, Youchah och Witt (2000) är kommunikation i relationen vid infertilitet en viktig del i kvinnans välmående och vid dålig kommunikation har kvinnorna en benägenhet att utveckla psykisk ohälsa. Bevilacqua et al. (2000) beskriver vidare hur professionellt emotionellt stöd kan hjälpa par att återfå en ärlig och öppen kommunikation och på så sätt återuppleva god hälsa i relationen. Barnmorskans arbete ska anpassas individuellt efter varje individs behov och ska kunna identifiera individer med ett utökat behov av stöd (Socialstyrelsen, 2006). Genom att informera paret om att studier visar att det inte är ovanligt att det är svårt att samtala om infertiliteten i relationen kan barnmorskan identifiera behovet av stöd. Identifiering av det stöd paret behöver ska ske individuellt för att barnmorskan på bästa sätt stödja paret genom den livskris infertiliteten utgör.

Resultatet från föreliggande studie visar att kvinnorna upplevde att sexlivet i relationen förändrats till att bli *sex utan lust*. Samlag som tidigare varit ett bevis på samhörighet till partnern sågs endast under infertiliteten som en anledning till att bli gravid och inte längre för njutning. I en studie av Goldhammer och McCabe (2011) beskrivs hur kvinnor anser att sexuell lust är en viktig del för ett starkt förhållande till sin partner och beskriver hur en minskad sexlust är negativt för relationen. Resultatet från föreliggande studie visar hur pressen om befruktning vid samlag är en del som påverkar den sexuella lusten negativt för kvinnorna. Det framkommer det att den sexuella lusten minskade då den blivit tidsinställd efter ägglossning. Detta styrks av tidigare forskning där kvinnor beskriver hur spontaniteten och den sexuella lusten försvinner vid infertilitet (Benasutti, 2003; Hart, 2002; Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad, & Lalos, 2007). Kvinnorna kan uppleva att ha samlag med sin partner som ett tvång under ägglossning. Enligt en studie av Wischmann (2013) så kan samlag för kvinnor med infertilitet förknippas med misslyckande vilket kan ge kvinnan en förändrad självbild, detta styrks även i en studie av Read (2004). Wischmann (2013) beskriver vidare hur par upplever försämrade sexlust som skamligt och undviker att samtala om ämnet. Om barnmorskan har kunskap om att sexuallivet kan påverkas vid infertilitet ger det en möjlighet att lyfta frågan och informera paret. I tidigare forskning beskrivs det att kvinnan önskar att bli erbjuden råd och stöd kring hur de ska återfå den sexuella lusten (Wirtberg et

al., 2007; Wischberg, 2013). Som barnmorska innefattar kompetensen att råda och stödja sexuellhälsa (Socialstyrelsen, 2006). Det är viktigt att rådgivningen tar upp den sexuella problematiken som kan uppstå vid en infertilitetskris. Genom att barnmorskan lyfter fram hur den sexuella lusten kan påverkas av infertilitetsutredning och behandling kan paret stress kring ämnet minska samt öppna upp för att kunna samtala om ämnet utan skam. Barnmorskans stödjande roll kan få paret att uppleva bättre sexuell hälsa.

Kvinnorna i föreliggande studie upplever att relationen till partnern stärktes då de arbetade mot ett gemensamt mål som beskrivs som *tillsammans är vi starka*. När partnern visade intresse och var närvarande under utredning och behandling upplevde kvinnorna det som positivt för relationen. Att relationen stärks då paret fick en chans att arbeta ihop i kampen mot barnlösheten är något som framkommit i tidigare studier (Benasutti, 2003; Dyer, Abrahams, Hoffman & van der Spuy, 2004; Glover, Mclellan & Weaver, 2009). Män beskriver i en studie från Sverige hur infertilitetsutredning och behandling ofta är inriktad mot kvinnan och detta kan upplevas som utanförskap för mannen (Volgsten, et al., 2010). Det är viktigt att barnmorskan ser paret som två individer men även som en helhet, för att ge ett adekvat stöd. Infertilitet kan utgöra en livskris hos kvinnan (Alesi, 2005; Cudmore, 2005; Domar, et al., 2012), genom antagande kan man tänka sig att männen genomgår samma livskris att inte kunna bli förälder. Det är av vikt att barnmorskan inkluderar och ger information till både mannen och kvinnan då de gemensamt genomgår en infertilitetskris. En central roll som barnmorska är att stödja par vid familjebildning och det innefattar att kunna ge information och stöd till båda partnerna i paret. Vid fertilitetsproblematik träffar barnmorskan paret, både mannen och kvinnan. För att barnmorskan ska kunna ge adekvat stöd till paret behövs studier om mannens upplevelser. Det är viktigt att barnmorskan har kunskap att se helheten hos paret för att ge de möjlighet till att relationen ska stärkas.

En styrka i studiens resultat är att självbiografierna hade olika utfall om infertilitetsbehandlingens resultat. Två kvinnor hade lyckade behandlingar och födde ett barn, en kvinna valde att adoptera efter flera misslyckade behandlingar och en kvinna valde att avsluta efter en lång behandlingstid och leva ett liv utan barn. Trots att utfallet var olika för kvinnorna sågs likheter i kvinnornas upplevelser av hur relationen till partnern påverkades vid infertilitet, vilket styrker resultatets trovärdighet.

Slutsats

Resultatet från denna studie om kvinnors upplevelser av hur relationen till partnern påverkas vid infertilitet visar att de inte når sin partner, att de tvivlar på relationen men även att de arbetar med relationen. Barnmorskan har en stödjande roll för par som genomgår en infertilitetskris och det är viktigt att barnmorskan kan identifiera behovet av stöd hos paret. För kunna stödja par med fertilitetsproblematik och värna om deras relation behövs en ökad

kunskap hos barnmorskor hur relationen påverkas. Denna studie kan bidra till att barnmorskor får en ökad kunskap och förståelse för kvinnors upplevelser av hur relationen till partnern påverkas vid infertilitet. Genom ökad kunskap och förståelse kan barnmorskan på ett adekvat sätt stödja paret genom den berg-och dalbana som infertilitetskrisen skapar i relationen.

Referenslista

- Alesi, R. (2005). Infertility and its treatment - an emotional roller coaster. *Australian Family Physician*, 34(3), 135-8.
- Batool, S. S., & de Visser, R. O. (2016). Experiences of Infertility in British and Pakistani Women: A Cross-Cultural Qualitative Analysis. *Health Care for Women International*, 37(2), 180-196.
- Bell, K. (2013). Constructions of "Infertility" and Some Lived Experience of Involuntary Childlessness. *Journal of Women and Social Work*, 28(3), 284-295.
- Benasutti, R. D. (2003) 'Infertility: experiences and meanings'. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 2(4), 51-71.
- Bevilacqua, K., Barad, D., Youchah, J., & Witt, B. (2000). Infertility Patients: Communication within Couples. *Fertility and Sterility*, 74(3), 189-189.
- Bryman, I. (2015). Fertilitetsutredning. I P O. Jansson. & B-M. Landgren (Red). *Gynekologi* (ss. 113-122). Lund: Studentlitteratur.
- Codex. (2017). *Forskarens etik*. hämtad 2017-11-14, från <http://codex.vr.se/forskarensetik.shtml>.
- Cudmore, L. (2005). Becoming parents in the context of loss. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(3), 299-308.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss.139-148). Lund: Studentlitteratur.

- Domar, A., Gordon, K., Garcia-Velasco, J., La Marca, A., Barriere, P., & Beligotti, F. (2012). Understanding the perceptions of and emotional barriers to infertility treatment: A survey in four European countries. *Human Reproduction*, 27(4), 1073-1079.
- Dyer, S. J., Abrahams, N., Hoffman, M. och van der Spuy, Z. M. (2002) 'Men leave me as I cannot have children': women's experiences with involuntary childlessness'. *Human Reproduction*, 17(6), 1663-1668.
- Dykes, A-K. (2016). Den internationella etiska koden för barnmorskor. I H. Lindgren. K. Christensson. & A-K. Dykes (Red). *I Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (ss. 31-34). Lund: Studentlitteratur.
- Fransson, R. (2009). *Älskling, vi blir inte med barn*. Norhaven: Anomar förlag.
- Fridén, B. (2010). Ovulationsstimulering. I SFOG (Red). *Ofrivillig barnlöshet* (ss. 59-61). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
- Glover, L., McLellan, A. & Weaver, S. M. 2009. What does having a fertility problem mean to couples? *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 27, 401-418.
- Goldhammer, D. L., & McCabe, M. P. (2011). A qualitative exploration of the meaning and experience of sexual desire among partnered women. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 20(1/2), 19-29.
- Gottlieb, C. (2004). Ofrivillig barnlöshet. I C. Gottlieb. & B. Schoultz (Red). *Öppenvårdsgynekologi* (ss. 213-223). Stockholm: Liber.
- Hadley, R. & Hanley, T. (2011). Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 56-68.
- Hart, V. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*; 23: 31-41.
- Helsingforsdeklarationen. (2013). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for medical research involving human subject*. Hämtad 2017-11-14 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Helström, L. (2012). Gynekologiska tillstånd och sexuell dysfunktion. I P-O. Lundgren. & L. Löfgren Mårtensson (Red). *Sexologi* (ss. 328-343). Stockholm: Liber.

Hillensjö, T., & Nilsson, L. (2005). Utredning av det infertila paret. I J. Hreinsson. L. Hamberger. & T. Hardarson (Red.). *Infertilitet- utredning och behandling genom assisterad befruktning* (ss. 37-42). Lund: Studentlitteratur.

Holmgren, Å. (2004). *Barn av glas*. Borlänge: Björnen.

Holte, J. (2015). Hyperandrogena tillstånd: polycystisk ovarialsyndrom och hirsutism. I P. O. Jansson. & B-M. Landgren (Red.). *Gynekologi* (ss. 101-112). Lund: Studentlitteratur.

Hutter Epstein, R. (2003). Emotions, Fertility, and the 1940s Woman. *Journal of Public Health Policy*, 24(2), 195-211.

Hreinsson, J., Hamberger, L., & Hardarsson, T. (2005) Inledning. I J. Hreinsson. L. Hamberger. & T. Hardarson (Red.). *Infertilitet- utredning och behandling genom assisterad befruktning* (ss. 13-14). Lund: Studentlitteratur.

Häggström Nordin, E. (2016). Ungdomars sexualitet och hälsa. I H. Lindgren. K. Christensson. & A-K. Dykes (Red.). *I Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (ss. 95-102). Lund: Studentlitteratur.

International Confederation of Midwives. (1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Prauge: Hämtad 2017-11-11 från: <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

Johansson, M. (2010). *Life after terminated IVF : Experience and quality of life among men and women*. (Doktorsavhandling) Göteborg: Institute of Health and Care Sciences at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg. Tillgänglig: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/22380/2/gupea_2077_22380_2.pdf

Kray, L., Galinsky, A., & Thompson, L. (2001). Battle of the sexes: Gender stereotypic confirmation and reactance in negotiations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 942-958.

Leaver, R. B. (2016). Male infertility: an overview of causes and treatment options. *British Journal of Nursing*, 25(18), S35-S40.

Lee, T.Y., Sun, G.H., & Chao, S.C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum. Reprod*, 16(8), 1762–1767.

Li Ying, Y., Lai Har, W., & Alice Yuen, L. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1640-1652.

Libris (2017) Hämtad 2017-12-04 från: <https://libris.kb.se/>

Loke, A., Yu, P., & Hayter, M. (2012). Experiences of sub-fertility among Chinese couples in Hong Kong: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3/4), 504-512.

Lundgren, I., & Berg, M. (2016). Professionellt förhållningssätt. I H. Lindgren. K. Christensson. & A-K. Dykes (Red). *I Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (ss. 19-40). Lund: studentlitteratur.

Lundin, K., & Mikkelsen, A. (2005). Inseminering och fertilisering, invitro-maturation. I J. Hreinsson. L. Hamberger. & T. Hardarson (Red.). *Infertilitet- utredning och behandling genom assisterad befruktning* (ss. 89-100). Lund: Studentlitteratur.

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

Nationalencyklopedin. (2017). *Infertil*. Hämtad 2017-11-08: <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=infertil>

Niedlich, C., Steffens, M., Krause, C., Settke, J., & Ebert, E. (2015). Ironic Effects of Sexual Minority Group Membership: Are Lesbians Less Susceptible to Invoking Negative Female Stereotypes than Heterosexual Women? *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1439-1447.

Nyboe Andersen, A. (2005). Intrauterin insemination. I J. Hreinsson. L. Hamberger. & T. Hardarson (Red.). *Infertilitet- utredning och behandling genom assisterad befruktning* (ss. 51-60). Lund: Studentlitteratur.

Olovsson, M. (2015). Endometrios. I P O. Jansson. & B-M. Landgren (Red). *Gynekologi* (ss. 269-278). Lund: Studentlitteratur.

Omu, F., & Omu, A. (2010). Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients' perception of nurses' role during treatment. *BMC Nursing*, 9:5.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Q-IVF. (2017). *Allmänt*. Hämtad 2017-11-10 från:
<http://www.medscinet.com/qivf/allmant.aspx>

Ramezanzadeh, F., Noorbala, A., Abedinia, N., Rahimi Forooshani, A., & Naghizadeh, M. (2011). Psychiatric intervention improved pregnancy rates in infertile couples. *The Malaysian Journal of Medical Sciences, MJMS*, 18(1), 16-24.

Read, Carrier, Boucher, Whitley, Bond, & Zelkowitz. (2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? *Patient Education and Counseling*, 94(3), 390-395.

Read, J. (2004). Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ*, 329(7465), 559-559.

Ritzen, M., Gustavsson, K-H. & Wedell, A. (2012). Genetisk och somatisk könsdifferentiering. I P-O. Lundgren. & L. Löfgren Mårenston (Red). *Sexologi* (ss. 19-30). Stockholm: Liber.

Salama, S., Boitrelle, F., Gauquelin, A., Jaoul, M., Albert, M., Bailly, M., & Veluire, M. (2012). Sexuality and infertility. (Report). *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*, 40(12), 780-783.

Sandell, Å. (2016). *Den tuffaste rondan*. Falun: Scandbook.

SFS 1960:729. Upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2017-11-14 från : https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1960729-om-upphovsratt-till-litterara-och_sfs-1960-729

Skjöldebrand Sparre, A-C., Granberg, M., Marsk, L., & Nygren, K-E. (2010). Lagar, författningar, ekonomi och tillgänglighet. I SFOG (Red). *Ofrivillig barnlöshet* (ss. 9-13). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014). *Graviditeter, förlossningar och nyföddabarn*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Sormunen, T., Aanesen, A., Fossum, B., Karlgren, K., & Westerbotn, M. (2018). Infertility- related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 335-344.
- Strandell, A., Rådestad, A., & Nathorst-Böös, J. (2010). Kirurgi. I SFOG (Red). *Ofrivillig barnlöshet* (ss. 39-44). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
- Su, T., & Chen, Y. (2006). Transforming hope: the lived experience of infertile women who terminated treatment after in vitro fertilization failure. *Journal of Nursing Research*, 14(1), 46-53.
- Sydsjö, G., & Skoog Svanberg, A. (2010). Att vilja men inte kunna få barn- samtalsrådgivning och psykologisk utredning. I SFOG (Red). *Ofrivillig barnlöshet* (ss. 31-34). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
- Tabong, P., & Adongo, P. (2013). Infertility and childlessness: A qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 72-72.
- Tao, P. (2011). The impact of infertility on sexuality. *Australasian Medical Journal*, 4(12), 620-627.
- Westlander, G., & Gottlieb, A. (2010). Manlig infertilitet. I SFOG (Red). *Ofrivillig barnlöshet* (ss. 81-88). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
- Vetenskapsrådet. (2002) Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2017-11-14, från http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- WHO (2013). *Meeting to Develop a Global Consensus on: Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity*. Schweiz: World Health Organization.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S-E., & Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*; 22(2), 598-604.
- Wischmann, T. (2013). Sexual disorders in infertile couples: An update. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 25(3), 220-222.
- Wistrand, A., Holte, J., Strandell, A., & Sydsjö, G. (2010). Utredning. I SFOG (Red). *Ofrivillig barnlöshet* (ss. 15-24). Stockholm: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

Vizheh, M., Pakgohar, M., Rouhi, M., & Veisy, A. (2015). Impact of Gender Infertility Diagnosis on Marital Relationship in Infertile Couples: A Couple Based Study. *Sexuality & Disability*, 33(4), 457-468.

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 Scandinavica*, 89(10), 1290-1297.

Zimmergren, K. (2014). *Längtan bor i mina steg*. Falun: Scandbook.

Bilagor

Bilaga I

Analysmatrix över meningsbärande enheter, subteman och huvudteman

MENINGSBÄRANDE ENHETER	NYCKELORD	SUBTEMA	TEMA
Jag lovade att inte ta upp diskussionen om barn, åtminstone inte på de närmaste månaderna. (Fransson, 2009, s.40)	Inte diskutera att bli med barn	Att inte kunna samtala	Att inte nå varandra
Jag hade tappat bort mig själv, lika mycket som vår relation hade tappat sin glöd och glädje. Jag saknade vår vardag, så som den varit innan allting började... (Holmgren, 2004, s. 93)	Relation tappat glöd och glädje Saknar hur relationen var innan	Känslor som svalnar	Att inte nå varandra
Alla hormonsprutor, tempkurvor och operationer som vi gick igenom, men det jag tyckte var mest knäckande, var att älska på ett bestämt klockslag. Det kändes så falskt! (Fransson, 2009, s.270)	Knäckande Älska på bestämt klockslag Falskt	Sex utan lust	Att inte nå varandra