



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Akademien för hälsa, vård och välfärd

”NÄR LIVET SÄTTTS PÅ PAUS”

En kvalitativ intervjustudie om kvinnors erfarenheter av att genomgå ett flertal
In vitro fertiliserings-behandlingar

EVELINA AGARTSSON

KRISTIN HARALDSSON

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå: Avancerad nivå

Högskolepoäng: 15hp

Program: Barnmorskeprogrammet

*Kursnamn: Examensarbete inom sexuell och
reproduktiv hälsa*

Kurskod: VAE041

Handledare: Magdalena Mattebo

Examinator: Elisabet Häggström Nordin

Seminariedatum: 2019-01-17

Betygsdatum: 2019-02-01

SAMMANFATTNING

Syfte: Att beskriva kvinnors erfarenheter av att ha genomgått ett flertal in vitro fertiliserings-behandlingar (IVF). **Metod:** Kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats tillämpades. Tio kvinnor valdes ut med ett strategiskt urval. Kvalitativ innehållsanalys valdes utifrån Graneheim, Lindgren och Lundman (2017). **Resultat:** I analysen framkom två kategorier, *Psykisk och fysisk påverkan på den egna individen* samt *yttre påverkan*, och nio subkategorier. Ur kategorierna lyftes kvinnans påverkan utifrån behandlingarna fram. Den psykiska påverkan upplevdes mest central. Det framkom att professionellt och socialt stöd var viktiga faktorer för att orka ta sig igenom behandlingarna, men att det professionella stödet var bristfälligt. Det fanns olika sätt att hantera situationen, olika copingstrategier användes medvetet och omedvetet. **Slutsats:** Att genomgå ett flertal IVF-behandlingar kunde påverka kvinnorna på olika sätt och olika copingstrategier för att hantera situationen användes. Exempel på copingstrategier som framkom var social isolering, sorg, sätta ett slutdatum på behandlingen, samt hopp. Hela kvinnans livssituation måste beaktas så att barnmorskor på bästa sätt, kan hjälpa henne att utveckla hanteringsstrategier, coping, för att hjälpa kvinnan att hjälpa sig själv. För att barnmorskor ska uppnå behoven behövs mer kontinuitet i vården och tidigt professionellt stöd.

Nyckelord: Erfarenheter, kvalitativ metod, påverkan, stöd, upprepade

ABSTRACT

Purpose: To describe women's experiences of undergoing repeated In vitro fertilization treatments (IVF). **Method:** A qualitative interview study with an inductive approach was used. Ten women were selected with a strategic selection. Qualitative content analysis was chosen from Graneheim, Lindgren and Lundman (2017). **Result:** The analysis revealed two categories, *Mental and physical impact on the individual* and *external impact*, and nine subcategories. From the categories, the impact of the woman on the basis of the treatments was raised. The psychological impact was most central. It was found that professional and social support was an important factor in order to get through the treatments, but that the professional support was inadequate. There were different ways to handle the situation, different coping strategies were used consciously and subconsciously. **Conclusion:** Undergoing the majority of IVF treatments could affect women in different ways and different coping strategies to handle the situation was used. Examples of coping strategies that emerged were social isolation, sadness, end date of the treatment and hope. The woman's whole life situation must be taken into account so the midwife, in the best way, can help her develop coping strategies, to help the women to help herself. In order for the midwife to meet the needs, more continuity in care and early professional support is needed.

Keywords: Experiences, influence, repeated, support, qualitative method

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Sexuell och reproduktiv hälsa samt livskvalité.....	1
2.2	Infertilitet.....	2
2.2.1	Primär och sekundär infertilitet.....	2
2.2.2	Infertilitet ur ett historiskt perspektiv	2
2.2.3	Orsaker till infertilitet.....	3
2.3	Processen vid IVF	3
2.3.1	Infertilitetsutredning	3
2.3.2	Infertilitetsbehandling	4
2.4	Psykisk, social och sexuell påverkan av IVF-behandlingar.....	4
2.5	Barnmorskors betydelse för kvinnan vid IVF-behandling	6
2.5.1	Barnmorskors roll	6
2.5.2	Barnmorskans etiska kod.....	7
2.6	Teoretiskt begrepp - Coping	7
2.7	Problemformulering.....	7
3	SYFTE	8
4	METOD	8
4.1	Studiedesign.....	8
4.2	Datainsamlingsmetod.....	8
4.2.1	Urval.....	8
4.2.2	Tillvägagångssätt	9
4.3	Dataanalys	10
4.4	Etiska övervägande	11
5	RESULTAT	11
5.1	Psykisk och fysisk påverkan på den egna individen.....	12
5.1.1	En kroppslig påverkan.....	12

5.1.2	<i>Negativa känslor vid misslyckande</i>	13
5.1.3	<i>Påfrestande väntan</i>	13
5.1.4	<i>Pendling mellan hopp och förtvivlan</i>	14
5.1.5	<i>Personlig utveckling</i>	15
5.2	Yttre påverkan	15
5.2.1	<i>Påtvingad anpassning av livet</i>	15
5.2.2	<i>Påverkan på parrelationen</i>	16
5.2.3	<i>Skillnader mellan privat och offentlig vård</i>	16
5.2.4	<i>Delade erfarenheter ger socialt stöd</i>	17
6	DISKUSSION	18
6.1	Resultatdiskussion	18
6.2	Metoddiskussion	22
6.3	Etikdiskussion	24
7	SLUTSATS	24
8	KLINISK IMPLIKATION	25
9	FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	25
	REFERENSLISTA	26
	BILAGA A: ARTIKELMATRIS	
	BILAGA B: INFORMATIONSBREV	
	BILAGA C: SAMTYCKESBLANKETT	
	BILAGA D: INTERVJUGUIDE	

1 INLEDNING

Vi är två sjuksköterskor som studerar till barnmorskor på Mälardalens högskola. Under utbildningen har vi reflekterat över att undervisningen om In vitro fertilisering kunde vara mer omfattande eftersom de ökar i samhället. Vi har även reflekterat över att det brister i informationen om svårigheter att bli gravid, både under utbildningen och i samhället. Utifrån att ha lyssnat på vänner och bekantas berättelser om deras erfarenheter av att genomgå IVF-behandlingar väcktes ett intresse hos oss att få en bredare förståelse för kvinnornas erfarenheter.

Ofrivillig barnlöshet är ett problem för många men ett område det talas lite om. Hjälp finns att få, dock lyckas inte alla bli gravid trots hjälp. Det finns ett stort intresse från författarnas sida att ta reda på hur kvinnor som genomgår IVF-behandlingar mår.

2 BAKGRUND

In vitro fertilisering innebär att ägg plockas ut ur livmodern och befruktas utanför kroppen. Ägget och spermier förenas i en petriskål och odlas i en näringslösning som efterliknar miljön i livmodern. Spermier får själva simma in till ägget och befrukta. Efter några dagar sätts det befruktade ägget, embryot, tillbaka i livmodern. In vitro fertilisering betyder befruktning i laboratorium i glaskärl eller provrör. Vid nedsatt spermiekvalitet kan ICSI användas. Metoden går ut på att en lämplig spermie väljs ut och injiceras direkt i ägget med medicinsk utrustning (1177, 2017; Skog Svanberg och Sydsjö, 2017).

In vitro fertilisering kommer förkortas IVF i examensarbetet.

2.1 Sexuell och reproduktiv hälsa samt livskvalité

Människan är en sexuell varelse hela livet. Sjukvårdens ansvar är att främja det friska i den sexuella hälsan och inte bara fokusera på det patologiska. Reproduktiv hälsa innebär att individen kan ha ett tillfredsställande, ansvarsfullt och säkert sexliv samt har förmågan att få barn. Reproduktiv hälsa inkluderar även att individen har makten att bestämma om, när och hur fertiliseringen ska ske. Individen bör ha tillgång till säkra och effektiva metoder för fertilisering (WHO, 2018a). Enligt Folkhälsomyndigheten (2018) innefattar sexuell och reproduktiv hälsa alla människor, hela livet, samt anses vara en faktor som påverkar människors hälsa mest. Ett av folkhälsans stora mål är att skapa en god hälsa i befolkningen

och en av utgångspunkterna i att skapa en god hälsa är ett icke-diskriminerande förhållningssätt.

Livskvalité definieras olika beroende på när begreppet används. Inom hälso- och sjukvården används begreppet främst för ett mått på hälsa. För individen kan definitionen variera beroende på individens uppfattningar och värderingar (Statens offentliga utredningar [SOU], 2015).

2.2 Infertilitet

Infertilitet definieras som: ingen befruktning sker efter 12 månaders regelbundet oskyddat samlag (WHO, 2018b). Infertilitet drabbar cirka 10–15 procent av alla par i fertil ålder i Sverige (SCB, 2012; Skoog Svanberg & Sydsjö, 2016a).

2.2.1 Primär och sekundär infertilitet

Primär infertilitet definieras av WHO (2018b) som: oförmågan att bli gravid eller föda ett levande barn.

Sekundär infertilitet definieras som: oförmågan att bli gravid eller födda ett levande barn efter en tidigare graviditet som resulterar i ett levande fött barn (WHO, 2018b).

2.2.2 Infertilitet ur ett historiskt perspektiv

I England år 1978 föddes det första barnet där befruktning skett med hjälp av IVF. Fyra år senare föddes första "IVF-barnet" i Sverige. Upphovsmännen till IVF var engelsmännen Robert Edwards och Patrick Steptoe. År 2012 tilldelades Robert Edwards nobelpriset för sitt arbete med IVF-behandling (Skoog Svanberg & Sydsjö, 2016). Tack vare IVF-behandlingar har fler individer idag möjligheten att bli gravida och föda ett levande barn, än för 40 år sedan (Niederberger & Pellicer, 2018).

Förr fanns uppfattningen om att endast kvinnan var infertil om paret inte lyckades att bli gravida. Först under 1950-talet blev mannen aktuell i IVF utredningarna i Sverige. Under 1980-talet kom ordet ofrivillig barnlöshet få en större betydelse och sågs som ett växande folkhälsoproblem (Johansson, 2010).

IVF-behandlingar har utvecklats med åren och idag kan de flesta orsaker till infertilitet behandlas. Lesbiska par har, från 2005, fått möjligheten till assisterad befruktning genom spermadonation i Sverige. År 2016 blev det tillåtet för ensamstående kvinnor i Sverige att genomgå IVF-behandlingar (Skoog Svanberg & Sydsjö, 2016).

2.2.3 Orsaker till infertilitet

Nedan nämns några faktorer kan påverka kvinnans förmåga att bli gravid och föda ett levande barn; ålder, vikt, stress, rökning samt alkohol. Ålder har en stor påverkan på fertiliteten. Kvinnan anses vara som mest fertil i 20- till 25-årsåldern chansen att bli gravid sjunker där efter (Alvarez, 2015; Gottlieb & Fridström, 2010; Hammoud, Gibson, Peterson, Meikle & Carrell, 2008; LaCoursiere, Bloebaum, Duncan & Varner, 2005; Metwally, Ong, Ledger & Li, 2008; Skoog Svanberg & Sydsjö, 2016).

Högt eller lågt body mass index (BMI) leder till minskad graviditetschans. En kvinnas BMI påverkar hennes menstruationscykel (Gottliebe & Fridström, 2010; Hammoud et al, 2008; LaCoursiere et al 2005; Metwally et al 2008) Antalet gravida med övervikt och fetma ökar i Sverige. En fjärdedel av alla gravida kvinnor är överviktiga och en tiondel har fetma (Socialstyrelsen, 2018).

Stress påverkar fertiliteten negativt. I en studie gjord av Frederiksen, Farver-Vestergaard, Skovgard, Ingerslev & Zachariae (2015) sågs att infertilitet var stressande för många par och många oroade sig för att det skulle påverka deras chanser att bli gravid. Stress kunde störa menscykeln och ägglossningen. Xu et al (2016) fann att hos kvinnor som genomgått IVF minskade antalet embryon samt chansen att bli gravid i takt med att nivån av stress ökade. En ökad stress upplevdes efter upprepade misslyckanden av IVF-behandlingar. Enligt Neter och Goren (2017) sågs att när orsaken till infertiliteten låg hos kvinnan upplevde hon mer stress än när orsaken låg hos partnern. En lägre grad av välbefinnande hos kvinnan var kopplat till infertilitet. Det framkom att 40 % av kvinnorna led av ångest och 30% var deprimerade (Xu et al, 2016). Almeling och Willey (2017) menar att kvinnor som genomgått IVF-behandlingar känner sig nedstämda och sorgsna.

Rökning och alkohol minskar chansen för en graviditet. Forskning visade att alkoholkonsumtion kunde orsaka utveckling av embryon med sämre kvalitet. Hos rökande kvinnor sågs en dubbelt så hög risk för infertilitet och minskning av äggstocksreserven (Alvarez, 2015; Gottliebe & Fridström, 2010).

2.3 Processen vid IVF

2.3.1 Infertilitetsutredning

Alla har rätt till ett bra bemötande samt en professionell bedömning från sjukvården. För att få en IVF-behandling behövs en medicinsk orsak till infertiliteten påvisas (Skoog Svanberg & Sydsjö, 2016).

Syftet med en infertilitetsutredning är att ge en förklaring till varför paret inte blir gravida samt, eventuellt, starta en IVF behandling. Orsaken till infertilitet ses hos kvinnan i en tredjedel av paren, mannen i en tredjedel av paren och i resterande fall kan ingen orsak påvisas. Heterosexuella par ska ha försökt bli gravida genom samlag i minst ett år innan utredning startas. Har paret sannolika faktorer som kan sänka fertiliteten kan det finnas skäl

att starta en utredning tidigare. Bland fertilitetsnedsättande faktorer ingår bland annat tidigare svår gynekologisk infektion samt kemoterapi (Gottliebe & Fridström, 2010; Skoog Svanberg & Sydsjö, 2016).

Hos heterosexuella par påbörjas utredningen med en noggrann anamnes av kvinnan och mannen. På kvinnan görs en ägglossningsbedömning där menstruationsmönstret kartläggs. Utredningen inkluderar ultraljudsundersökning av äggstockarna samt blodprov där äggreserven mäts. Livmodern bedöms genom gynekologisk undersökning där syftet är att undersöka livmoderslehminnan och eventuella myom. Äggledarundersökning innefattar ultraljud med kontrastvätska där passagen i ägglledarna undersöks. Mannens utredning innefattar spermaprovsanalys där spermiernas antal, utseende och rörlighet bedöms. Prov för blodsjukdomar är obligatoriskt enligt svensk lag om paret önskar IVF-behandlas. Hos lesbiska par och ensamstående kvinnor utreds den kvinna som ska bära barnet (Gottliebe & Fridström, 2010; Skoog Svanberg & Sydsjö, 2016).

2.3.2 Infertilitetsbehandling

Behandlingen pågår i cirka sex veckor. Veckan före förväntad mens startar IVF-behandling genom att ett läkemedel, som får hypofysens signal till äggstockarna att avstanna. Därefter följer menstruationen. Injektionsbehandling påbörjas två veckor efter behandlingen startat. Under åtta till 12 dagar injiceras ett hormon som stimulerar utvecklingen av ägg och äggblåsor. Under tiden kvinnan får sina injektioner genomgår hon en ultraljudsundersökning för att utvärdera äggblåsornas tillväxt. Östrogennivåerna kontrolleras med hjälp av blodprov. När injektionsbehandlingen är avslutad får kvinnan en injektion som stimulerar till ägglossning. Nästa steg är äggaspiration, där ägg från livmodern aspireras ut med hjälp av medicinsk utrustning. Samma dag som äggaspirationen sker lämnar mannen ett spermprov. Spermier och ägg odlas i en miljö som ska efterlikna livmoderns. Ett dygn senare kontrolleras om något av äggen blivit befruktade, om så skett överförs det embryot som har bäst chans att överleva, till livmodern. Efter 16 dagar tas ett graviditetstest (Gottliebe & Fridström, 2010; Skoog Svanberg & Sydsjö, 2016).

2.4 Psykisk, social och sexuell påverkan av IVF-behandlingar

IVF-behandlingar kunde upplevas som en berg- och dalbana av kvinnorna. Känslorna pendlade mellan oro på hur behandlingen skulle påverka kroppen fysiskt och hopp om att behandlingen skulle lyckas. Väntan på behandlingsresultatet beskrevs som lång och psykiskt påfrestande. Väntan beskrevs även som att livet sattes på paus (Cunningham, 2014). Enligt Ying et al. (2016) upplevde kvinnor ångest och stress vid embryoöverföring och under tiden de väntade på att ta graviditetstest. Under behandlingarna fokuserade några kvinnor på nästa steg medan andra var fast inneslutna i det pågående behandlingstillfället (Cunningham, 2014). Kvinnor uppgav att livet inte levdes för sin egen skull utan levdes för att få ett barn (Beiley, Ellis-Caird & Croft, 2017). Kvinnor upplevde att en anpassning till livet innan och efter behandlingen var svår (Cunningham, 2014).

Många kvinnor satte hög tilltro till IVF-behandlingen och trodde att behandlingen skulle vara starten på en graviditet, vilket inte alltid blev fallet (Glover, McLellan och Weaver, 2009). Enligt Hasanpoor- Azghady, Simbar och Vedadhir (2014) ledde infertiliteten till en känsla av misslyckande. Kvinnor som var infertila och gifta med en man, upplevde skuld gentemot sin man relaterat till infertilitet. Johansson (2010) menade att kvinnans kvinnlighet kunde ifrågasättas om hon inte kunde bli gravid eller föda ett barn.

Hos kvinnor ledde upprepade behandlingar till utmattning och depression. Påfrestningarna ökade i relation till hur många behandlingar som genomgåtts. Vid längre behandlingstid upplevdes en minskad livskvalitet (Karaca et al, 2016). Ekonomin kunde också oroa, eftersom behandlingarna var kostsamma, vilket kunde vara en orsak till att IVF-behandlingarna avbröts (Domar, Rooney, Hacker, Sakkas & Dodge, 2018; Hasanpoor- Azghady, et al 2014; Volgsten, Skoog Svanberg & Olsson, 2010). Enligt Domar et al (2018) var den psykiska påfrestningen en annan anledning till att IVF-behandlingarna avbröts innan ett levande barn fötts.

Det var tydligt att kvinnor kände oro, sorg, skuld, frustration, vrede, minskad självkänsla, hjälplöshet samt hopplöshet under IVF-behandling. Känslorna kombinerades med hoppfullhet på en lyckad behandling (Almeling & Willey, 2017; Karaca & Unsal, 2015; Cunningham, 2014; Hasanpoor- Azghady et al. 2014;). Enligt Xu et al. (2016) kunde infertiliteten leda till att kvinnor lade mycket press på sig själv.

Bailey et al. (2017) fann att några kvinnor drevs av en inre kraft att få uppleva en graviditet och få ett barn, vilket motiverade till ytterligare IVF-behandling. Andra tog en paus i behandlingsprocessen för att hitta motivation att fortsätta mot målet att bli gravid. Majoriteten av kvinnor letade under behandlingsprocessen efter andra behandlingsalternativ för att kunna känna att allt gjorts för att få ett barn. Det var viktigt att lära sig så mycket som möjligt om vad IVF-behandlingarna innebar. Kvinnor uppgav att hoppet och optimism gav styrka och motivation till nästkommande behandling.

Kvinnor som genomgått IVF-behandlingar var benägna att förändra sin sociala situation genom att flytta, skaffa nya vänner och byta jobb (Cunningham, 2014). Behandlingen lede till att mycket tid gick åt att planera inför ägglossning. Menscykeln blev central och kvinnor upplevde svårigheter att arbeta och påverkan på det dagliga livet (Almeling & Willey, 2017; Karaca & Unsal, 2015). I en iransk studie av Behboodi-Moghadam, Salsali, Eftekhar-Ardabily, Vaismoradi och Ramezanzadeh (2012) framkom att många kvinnor föredrog att vara ensamma och inte delta i sociala aktiviteter. Studier gjorda av Cunningham (2014) och McCartney (2008) visade att kvinnor som genomgått IVF-behandlingar var benägna att ta avstånd från sociala sammanhang när orken inte räckte till. I en studie gjord av Glover et al (2009) beskrev kvinnor svårigheter att delta i sociala sammanhang. Andra erfarenheter var att infertilitet kunde upplevas som ett skrämmande samtalsämne. Johansson (2010) såg olikheter i barnlöshet och dess konsekvenser i olika kulturer. Gemensamt sågs det som en olycka i äktenskapet oberoende av social kontext runt om i världen.

Hos kvinnor som genomgått IVF-behandlingar fanns en sorg i att ständigt få frågor kring att få barn. Vid samtal om barn upplevdes att kvinnorna det inte hade något att tillföra (Behboodi-Moghadam, 2012; Karaca & Unsal, 2015; Volgsten, Skoog Svanberg & Olsson,

2010). För att minska inre stress, undvek kvinnor miljöer där barn kunde påträffas (Glover et al. 2009; Karaca & Unsal, 2015). Glover et al. (2009) beskrev att svåra känslor och svartsjuka kunde uppstå hos kvinnor när vänner eller andra i närheten blev gravida.

Kvinnor som genomgått IVF-behandlingar beskrev erfarenheter av brist på stöd från sjukvården under pågående IVF (Glover et al. 2009; McCartney, 2008; Volgsten et al. 2010). Största uppmärksamheten, från vården, riktades mot behandlingsprocessen och hur de olika stegen i IVF-behandlingen gick till, vilket ledde till att den känslomässiga delen i behandlingen försumrades. När behandlingen avslutats upplevdes, hos kvinnor, en ensamhet och övergivenhet i sorgen som kvarstod (McCartney, 2008). Privat vård ansågs mer patientcentrerad än den offentliga. Kvinnor som sökt sig till privata kliniker var vanligen äldre och hade genomgått fler IVF-behandlingar (Holter et al. 2016).

Broughton et al. (2017) fann att sociala medier var ett positivt sätt att finna information och stöd under IVF-behandlingar. En fråga som diskuterades i stor utsträckning på sociala medier var infertilitetsproblem. Yngre kvinnor, under 35 år, hade mer positiva erfarenheter av användandet av sociala medier, än kvinnor över 35 år.

Kvinnor som genomgått IVF-behandlingar sökte stöd genom samtal med släkt och vänner (Glover et al. 2009; Volgsten et al. 2010). Andra hade erfarenhet av stöd och trygghet genom sin partner (Glover et al. 2009; Karaca & Unsal, 2015). Några kvinnor fann stöd i att prata med andra kvinnor med fertilitetsproblem. Kvinnor upplevde att personer med barn inte kunde förstå deras upplevelse fullt ut (Karaca & Unsal, 2015).

Under IVF-behandling kunde parrelationen påverkas både positivt och negativt. Några par uppgav att relationen stärkts, medan andra par upplevde att relationen försämrats på grund av kommunikationsproblem. Påfrestande behandlingar utan resultat ledde till mer stress hos paren. När behandlingarna pågått länge gav det en större inverkan på parrelationen, vilket var en vanlig orsak till att paret valde att avbryta behandlingarna (Volgsten et al. 2010; Ying et al. 2016). Några separerade, en anledning kunde vara sexuella problem. Paren upplevde att den sexuella njutningen försvunnit under IVF-behandlingen (Volgsten et al. 2010).

2.5 Barnmorskors betydelse för kvinnan vid IVF-behandling

2.5.1 Barnmorskors roll

Att genomgå IVF-behandlingar kunde påverka kvinnan och paret fysiskt, psykiskt och socialt. Barnmorskor möter människor med svårighet att bli gravid och det är viktigt att infertiliteten ses som ett gemensamt problem, för paren, samt ett individuellt problem. Känslomässiga reaktioner på infertilitet varierar och upplevs olika av olika människor. Barnmorskor ska försäkra sig om att kvinnan eller paret har fått tillräckligt med information om behandlingsprocessen för att kunna fatta adekvata beslut (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999; Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016). Det är viktigt att barnmorskor finns tillgängliga och har förmågan att bidra med det stöd som kvinnan/paret är i behov av. Stödet ska ge

kvinnan/paret förutsättningar att kunna hantera IVF-behandlingen och dess konsekvenser (Gottlieb & Fridström, 2010; Johnsson, 2010; Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016).

Barnmorskors roll är bland annat att säkerställa sexuell och reproduktiv hälsa för människor med infertilitetsproblem. Att främja kontinuitet och patientens delaktighet samt identifiera psykisk ohälsa är några viktiga arbetsområden för barnmorskor (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

2.5.2 Barnmorskans etiska kod

Barnmorskor har många uppgifter i vården. Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor ska barnmorskor ge information om olika valmöjligheter samt stödja kvinnors beslut i vården. Barnmorskor ska stödja kvinnor att aktivt delta i vården och uppmuntra kvinnan att föra talan angående sin och familjens hälsa (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999).

Barnmorskor bör uppmuntra till realistiska förväntningar på konception och barnafödande samt vara lyhörd för fysiska, psykiska, sociala och andliga behov som kvinnor har (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999).

2.6 Teoretiskt begrepp - Coping

Tidigare forskning visar att kvinnors erfarenheter av att hantera IVF-behandlingar är olika. Hanteringsstrategier förekommer, medvetet och omedvetet. Coping definieras som; en individs respons på stress och den närmsta svenska översättningen som finns är stresshantering. Vidare definieras coping som individens förmåga att, genom tankar och/eller handlingar, försöka hantera yttre och/eller inre stimuli som bedöms påfrestande (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus och Folkman (1984) menar att det finns två övergripande kategorier av coping, problemfokuserad coping där individen försöker hantera orsaken till stress. Emotionellt fokuserad coping innebär känslor som uppstår till följd av stressen. Problemfokuserad coping och emotionellt fokuserad coping används ofta samtidigt men ena kategorin är vanligen mer dominant. Problemfokuserad coping är vanligare förekommande då individen upplever att hen kan påverka orsaken till stressen.

Psykisk påverkan nämns som den största påfrestningen vid ett flertal IVF-behandlingar. För att vården ska kunna hjälpa kvinnor att hjälpa sig själva behöver vårdpersonal vara medveten om vilka hanteringsstrategier som används, för att kunna vägleda kvinnor.

2.7 Problemformulering

Att bära och föda ett levande barn kan för många vara en stark önskan. Tidigare forskning har visat när heterosexuella kvinnor inte lyckas bli gravida genom samlag väcks känslor av sorg, stress, besvikelse och otillräcklighet. Det finns mycket forskning avseende kvinnor som

gått igenom IVF-behandlingar, men begränsad forskning avseende kvinnor som genomgått ett flertal IVF-behandlingar. Barnmorskor kommer att möta kvinnor med infertilitetsproblem och det är viktigt att ha kunskap om hur bemötandet bör ske. Människor reagerar olika i utsatta situationer, för att barnmorskor ska kunna bemöta individer på bästa sätt, är det viktigt att ha kunskap om kvinnors erfarenheter för att identifiera deras behov.

3 SYFTE

Syftet med examensarbetet var att undersöka kvinnors erfarenheter av att genomgått ett flertal IVF-behandlingar.

4 METOD

I metodavsnitten redovisas studiens design, datainsamling, urval, tillvägagångssätt, dataanalys och till sist etiska överväganden.

4.1 Studiedesign

En kvalitativ intervjustudie valdes då syftet med examensarbetet var att fånga enskilda kvinnors erfarenheter av ett fenomen (Henricsson & Billhult, 2017). Datainsamlingen genomfördes genom semistrukturerade enskilda intervjuer. Materialet analyserades utifrån en manifest innehållsanalys utifrån Graneheim, Lindgren och Lundman (2017). En induktiv ansats tillämpades eftersom syftet med studien var att dra slutsatser från kvinnors upplevda erfarenheter att ha genomgått ett flertal IVF-behandlingar. Ett induktivt förhållningssätt innebar att informanternas levda erfarenheter studerades (Henricsson & Billhult, 2017).

4.2 Datainsamlingsmetod

4.2.1 Urval

Ett strategiskt urval genomfördes då informanterna skulle ha erfarenhet av det fenomen som skulle belysas. Enligt Henricsson och Billhult (2017) syftar det strategiska urvalet till att välja informanter som kunde ge rikligt med information av fenomenet. Informationen skulle bidra till ett underlag som kunde användas för att svara på syftet. Inklusionskriterierna för att delta

i datainsamlingen var att informanterna skulle ha genomgått två eller fler IVF-behandlingar samt förstå och tala svenska. Alla tio kvinnor som inkluderades i examensarbetet levde i heterosexuella förhållanden.

4.2.2 Tillvägagångssätt

En semistrukturerad intervjuguide sammanställdes av båda författarna och bestod inledningsvis av nio korta demografiska frågor. Därefter konstruerades huvudfrågor som ansågs kunna svara på examensarbetets syfte. Följdfrågor, probing questions, konstruerades för att få informanterna att utveckla sina svar (Bilaga D). Författarna sammanställde informationsbrev (Bilaga B) och samtyckesblankett (Bilaga C) i samråd med handledare. Kontakt togs med administratörerna för fyra IVF-grupper på sociala medier runt om i Sverige. IVF-grupper kontaktades eftersom de var riktade grupper som föll under examensarbetets inklusionskriterier. Informationsbrevet (Bilaga B) lades ut av administratören i grupperna på sociala medier. Kvinnor som var intresserade av att bli intervjuade hörde av sig via mejl till författarna. Sex kvinnor hörde av sig och var intresserade av att delta. För att få bredare resultat önskades fler deltagare. Informationsbrevet lades upp öppet på sociala medier, av båda författarna, för att nå ut till fler informanter. Ytterligare sju informanter hörde av sig. På grund av tidsbrist kunde inte alla inkluderas. Av de sju som anmälde sig i den senare urvalsgruppen inkluderades de tre första informanterna.

Informanterna fick skriftlig och muntlig information om deltagande (Bilaga B). Samtyckesblanketten mejlades till informanterna som skrev ut och skrev på där informanterna bekräftade sitt deltagande samt att materialet spelades in (Bilaga C). Blanketten scannades in och mejlades tillbaka till författarna. Innan intervjuerna påbörjades genomfördes en pilotstudie, där båda författarna var närvarande, för att säkerställa att intervjufrågorna uppfattades rätt. Teknisk utrustning och tidsplan kontrollerades med hjälp av pilotstudien (Danielsson, 2017). Intervjufrågorna kom ej att ändras eftersom frågorna uppfattades som tydliga och svarade på syftet. Data från pilotstudien inkluderades i examensarbetet då materialet svarade på syftet. Intervjuerna inleddes med presentation av examensarbetets syftet. Semistrukturerade intervjuer användes vid datainsamlingen där öppna frågor ställdes enligt intervjuguiden (Bilaga D). Det fanns en önskan att informanterna skulle tala fritt och använda egna ord vid beskrivandet av erfarenheterna (Polit & Beck, 2017). Samma intervjufrågor ställdes till alla informanter, nödvändigtvis inte i samma ordning utan följde intervjuens gång (Danielsson, 2017). Intervjuerna utfördes via Skype och Messenger. Författarna satt i en ostörd miljö under intervjuerna. Informanterna fick själva bestämma plats vid intervjutillfället. Vid de flesta intervjuer användes videosamtal vilket var fördelaktigt då kroppsspråk tydliggjordes (Danielsson, 2017).

Intervjuerna tog mellan 20–25 minuter. Det var sammanlagt 10 intervjuer, inkluderat pilotstudien. Under intervjuerna var båda författarna närvarande. En författare var aktiv och ställde frågor medan den andra författaren satt som bisittare och lyssnade. Intervjuerna spelades in via inspelningsprogram på datorn samt mobiltelefon och sparades. Det insamlade materialet förvarades konfidentiellt då endast författarna kunde ta det av det. Intervjuerna

delades upp mellan författarna, lyssnades igenom upprepade gånger, innan det transkriberades genom att skrivas ner ordagrant på datorn.

4.3 Dataanalys

Materialet analyserades utifrån Graneheim et al. (2017). En manifest innehållsanalys innebär att tolka den insamlade data textnära. I ett kvalitativt tillvägagångssätt söker författaren efter skillnader och likheter i insamlade data som sedan beskrevs i olika subkategorier och / eller kategorier (Graneheim et al. 2017).

Det inspelade materialet delades upp lika mellan författarna och intervjuerna transkriberades en och en för att sedan gås igenom tillsammans. Texten lästes upprepade gånger av båda författarna. Meningar som svarade på syftet markerades, genom understrykning, och utgjorde meningsbärande enheter. Överflödiga ord plockades bort genom att de bärande orden i meningarna markerades med överstrykningspenna och blev till kondenserade meningsenheter. I nästa steg av analysprocessen kodades materialet genom att en ”etikett” bestående av ett eller flera ord skrevs till bredvid de kondenserade meningsenheterna. Koderna skrevs ner på post-it lappar och lades tillsammans med andra ord med samma innebörd. Grupperna med koder gick igenom för att försäkra sig om att koderna hamnat rätt och inte kunde placeras i någon annan grupp. Grupper som berörde samma ämne bildade en kategori. Två kategorier och nio subkategorier framkom. Exempel på analys ses i Tabell 1.

Tabell 1. Exempel från innehållsanalysens olika steg synliggörs i tabellen nedan

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
”Jag kände ju att min kropp liksom började bli trött, alltså att jag snart inte orkar gå igenom mer för det är väldigt smärtsamt”	Kroppen orkar inte mer	Kroppslig påverkan av ett flertal IVF-behandlingar	Påverkan på den egna individen
”Och då, ja men det var så här, mm ok, det får vara ok tänkte jag men då ringde dom dagen efter och sa att inget var befruktat liksom. Fast dom hade gjort ICSI. Det var liksom bara så här, alltså då, då föll hela världen ihop verkligen”	Besvikelse	Känslor vid misslyckande	

4.4 Etiska övervägande

Ansökan om etiskt godkännande hos etikprövningsnämnden gjordes aldrig eftersom examensarbetet var ett arbete inom ramen för utbildning (SFS 2003:460). Författarna utgick från vetenskapsrådets fyra forskningsetiska krav för att försäkra sig om att ingen kom till skada under processen.

Vetenskapsrådet (2017) utgår från fyra forskningsetiska krav; *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. *Informationskravet* uppfylldes genom att informanterna fick muntlig och skriftlig information om syftet. Informanterna fick även läsa igenom informationsbrevet (Bilaga B) innan intervjuerna påbörjades. Genom att informanterna informerades muntligt och skriftligt om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande, samt skrev på samtyckesblankett (Bilaga C) så tillgodosågs *samtyckeskravet*. *Konfidentialitetskravet* följdes genom att intervjuerna avidentifierades vid analys. Informanterna fick skriftlig och muntlig information om att innehållet i intervjuerna var konfidentiellt och endast författarna hade tillgång till dem. Genom information om att materialet som samlades in genom intervjun, enbart skulle komma att användas till examensarbetet, uppfylldes *nyttjandekravet*.

5 RESULTAT

Tio kvinnor intervjuades, mellan 29 och 42 år gamla. Alla var samboboende med en man och fyra var gifta. Fyra av kvinnorna hade genomgått fem IVF-behandlingar och resten två till fyra behandlingar. Kvinnan med längst behandlingserfarenhet hade genomgått behandling under sex års tid. Kortast behandlingstid var åtta månader. Behandlingslängdens medeltid var två år. Orsaken till infertiliteten varierade. Hos tre av paren var nedsatt spermakvalitet hos partnern orsaken till att paret inte lyckades bli gravida genom samlag. Två kvinnor uppgav att de inte fått någon förklaring till infertiliteten. Hos fyra, av paren, låg orsaken till infertiliteten hos kvinnan. Åldern ansågs vara den bidragande faktorn i ett av paren. Majoriteten av kvinnorna, sju stycken, hade lyckats bli gravida genom IVF-behandlingar.

Dataanalysen resulterade i nio subkategorier och två kategorier (Tabell 2). Alla sammanlagda kategorier beskriver kvinnornas erfarenheter av att genomgå ett flertal IVF-behandlingar. Kategorier och subkategorier illustreras med talande citat.

Tabell 2. Översikt över resultatets kategorier och subkategorier vilka tillsammans svarar på syftet.

Subkategorier	Kategorier
En kroppslig påverkan	Psykisk och fysisk påverkan på den egna individen
Negativa känslor vid misslyckande	
Påfrestande väntan	
Pendling mellan hopp och förtvivlan	
Personlig utveckling	
Påtvingad anpassning av livet	Yttre påverkan
Påverkan på parrelationen	
Skillnader mellan privat och offentlig vård	
Delade erfarenheter ger socialt stöd	

5.1 Psykisk och fysisk påverkan på den egna individen

Återkommande i intervjuerna var kvinnors egna kamp för att ta sig igenom IVF-behandlingar. Den fysiska och psykiska smärtan som behandlingarna orsakade kombinerades med hopp om att bli gravid. Påfrestningarna blev mer uttalade desto fler behandlingar kvinnorna genomgått. *Psykisk och fysisk påverkan på den egna individen* omfattade kategorierna *En kroppslig påverkan*, *Negativa känslor vid misslyckande*, *Påfrestande väntan*, *Pendling mellan hopp och förtvivlan* och *Personlig utveckling*.

5.1.1 En kroppslig påverkan

Det framkom att det fanns en variation bland kvinnorna i hur fysiska erfarenheterna upplevdes under IVF-behandlingarna framkom. Olika behandlingsregimer gav en varierande fysisk påverkan. Fysiska symtom som beskrevs var ömma bröst, PMS-symtom, svullen buk, vätska i buken, illamående, influensaliknande symtom, viktuppgång, smärta vid äggplock, huvudvärk, överstimulering samt trötthet. En kvinna beskrev det på följande sätt "... jag kände inte av det så mycket fysiskt. Men de (sjukvården) sa ju åt mig att; Du ska inte sporta eller hoppa eller det här (fysisk aktivitet). Och det blev ju väldigt konstigt när man egentligen inte mår dåligt" (Intervjuperson 2).

Erfarenheter av att få läkemedel i form av injektioner varierade bland kvinnorna. Injektionerna upplevdes lättare att tolerera desto fler behandlingar som genomgåtts.

Det framkom erfarenheter av att de fysiska symtomen förvärrades desto fler IVF-behandlingar som genomfördes. En kvinna beskrev följande "Det känns som att kroppen har

något typ av minne av hur det är (behandlingen) och hur det var. Så att de lägger liksom på det ovanpå det andra” (Intervjuperson 8).

5.1.2 Negativa känslor vid misslyckande

De flesta kvinnor hade en erfarenhet av att flera IVF-behandlingar ledde till en psykisk påverkan. Besvikelse och sorg var de mest framträdande känslorna när behandlingarna inte lyckades. Besvikelsen bottnade i att IVF-behandlingarna misslyckades gång på gång och att kvinnorna inte visste hur länge de skulle orka, eller ha möjlighet, att fortsätta. Några kvinnor hade erfarenhet av att det blev lättare och lättare att hantera misslyckade behandlingar och upplevde en känsla av kontroll.

Majoriteten av kvinnorna hade erfarenheter av att den psykiska påfrestningen blev större ju fler behandlingar som misslyckats:

Den första behandlingen var ju ganska bra psykiskt bara för att jag var så hoppfull. Vi var nog ganska naiva, att det skulle fungera bra eftersom jag har inte problem att vara gravid utan jag har problemet att bli gravid och få ett befruktat ägg att fästa. Då tänkte vi att: Nu kommer det fungera bra men, det gjorde det ju inte. Och tredje behandlingen så mådde jag som sagt, jag kände av det mycket mera. Jag kände mig känslsam, arg, grinig, lättretlig och inte lika hoppfull. Vi började känna det som att: Nu är det liksom kört (Intervjuperson 5).

Det fanns en tilltro till att IVF-behandlingen skulle lyckas på första försöket och det uppstod en stor besvikelse när behandlingen misslyckades. Besvikelse framkom då kvinnorna genomgått en behandling som inte kunde avslutas då ytterligare en orsak till infertiliteten uppdagats. Behandlingen upplevdes förgäves. En kvinna beskrev en uttalad rädsla för att bli besviken efter ett flertal misslyckade IVF-behandlingar. Kvinnorna beskrev erfarenheter av misslyckade IVF-behandlingarna som en stor sorg, som att förlora någon. Sorgen bildade ett stort ärr som kanske aldrig försvann. Andra känslor som kunde uppstå vid upprepade misslyckade behandlingar var skuld, ångest, uppgivenhet och stress.

Att man liksom ser ju livet på ett litet annat sätt. Det mesta är väl kanske inte så positivt egentligen. Eller man är liksom, ibland tänker jag att jag är en skugga av den jag var liksom för det är så mycket sorg hela tiden i det här (Intervjuperson 1).

5.1.3 Påfrestande väntan

Väntan och ovisshet innan och under IVF-behandlingarna upplevdes påfrestande. Erfarenheter av att väntan var mer påfrestande än behandlingstillfällena framkom då behandlingsprocessen stod still. Tiden mellan olika steg i behandlingen och mellan behandlingarna gick väldigt långsamt. En kvinna uttryckte följande: ”När man väl är inne i en behandlingsomgång så går ju tiden otroligt långsamt. Det är som att röra sig i sirap” (Intervjuperson 8).

Väntan mellan behandlingarna kunde upplevas som mest påfrestande då sjukvårdspersonalen bestämde när det var parets tur att genomgå nästa IVF och få en chans till graviditet. En kvinna uttryckte sig:

Hur tufft det är under väntetiderna. Just när man är utom kontroll om man säger så. Just när det är sjukvården som bestämmer när vi kan försöka få barn och så. Det är jättetufft och det är jättefel att det är så långa väntetider (Intervjuperson 9).

5.1.4 Pendling mellan hopp och förtvivlan

Kvinnorna delade erfarenheter där hoppet beskrevs om att IVF-behandlingen skulle lyckas, kontra rädsla och oro över att aldrig bli gravid. Oron var närvarande under hela behandlingsprocessen eftersom alla stegen i behandlingen var tvungna att lyckas för att graviditet skulle uppstå. När ett steg lyckats flyttades oron över till nästa steg.

Men psykiskt var det ju väldigt jobbigt. Det är ju att man inte vet när det ska lyckas. Att göra IVF, det kan man nog göra 100 gånger om man verkligen vill ha ett barn. Men att inte veta när du kommer lyckas, det är ju liksom en terror på något sätt. Det är det som påverkar mig psykiskt mest (Intervjuperson 3).

Det fanns en oro kring hur många behandlingar som skulle behöva genomföras, relaterat till ekonomin. Behandlingarna var kostsamma för paren som var tvungna att finansiera själva.

När behandlingsstrategin ändrades mellan behandlingarna uppstod hopp. Hoppet grundade sig på att den nya medicinska behandlingen skulle öka graviditetschanserna. Hoppet gick förlorat då nya behandlingsstrategier inte fungerade. Det beskrevs som: "Jag kommer ihåg, från första till andra behandlingen så bytte vi läkemedel och att byta läkemedel det ger så mycket hopp" (Intervjuperson 7).

I resultatet framkom en skillnad mellan kvinnor som lyckats få ett levande barn efter upprepade IVF-behandlingar och de som inte lyckats blivit gravida. Kvinnor som genomgått ett flertal behandlingar utan att ha blivit gravida uppgav en stark önskan om att få ett barn, vilket gav motivation till att fortsätta. Allt gjordes för att behandlingen skulle lyckas eftersom meningen med livet var att få ett barn. Kvinnorna beskrev pendlingar i humöret och tillät sig själva att bryta ihop, för att sedan ta sig upp igen och fortsatte kämpa: "Även om man tog det negativa graviditetstestet på morgonen så var man bara tvungen att bryta ihop och gå till jobbet" (Intervjuperson 2).

Kvinnorna som hade fått ett barn menade att det hade varit värt kampen att genomgått IVF-behandlingarna, när ett barn fötts. Kvinnor som fortsatte med behandlingarna för att få ett syskon till sitt barn hade oftare ett slutdatum för sina behandlingar, för att hinna ägna sig åt barnet som redan fanns. Gemensamt för alla kvinnorna var att de ansåg att meningen med livet var att få ett barn.

Tankar på att gå vidare om behandlingarna inte skulle lyckas, användes som en hanteringsstrategi. Hanteringsstrategierna yttrade sig som planering inför adoption eller förberedelser inför äggdonation. Några kvinnor bytte behandlingsklinik i hopp om ett bättre

resultat. En kvinna uttryckte: ”Jag var tvungen att göra någonting annorlunda mot vad jag hade gjort innan annars så skulle jag inte våga göra IVF igen” (Intervjuperson 4).

5.1.5 Personlig utveckling

Positiva erfarenheter av att genomgått ett flertal IVF-behandlingar beskrevs. Många kvinnor som hade genomgått ett flera IVF-behandlingar upplevde en bättre självkänedom och en personlig utveckling. Positiva erfarenheter kunde även vara mer ödmjukhet, mer tacksamhet för det kvinnorna hade i sitt liv, en bättre förståelse för andra människor samt lättare att öppna upp sig för andra: ”Trots allt jag har gått igenom, både fysisk och psykiskt, är det här inte något jag vill ta bort som livserfarenhet för det har gjort mig till den jag är idag” (Intervjuperson 8).

Det fanns ett behov hos kvinnorna av att hitta meningsfulla aktiviteter att engagera sig i. Meditation och att hitta sig själv genom att lära känna sig själv bättre var exempel som framkom:

Jag är lite såhär försöker meditera, jag försöker liksom vem är jag? Man försöker lite mer, självkänedom och sånt. Tror jag har blivit lite mer... lite mer intresserad av att gå in lite på djupet i mig själv liksom. På ändå ett bra sätt. Lite mer andlig har jag blivit (Intervjuperson 1).

Att försöka hitta en mening med behandlingsprocessen och det positiva i tillvaron användes av några kvinnor som en hanteringsstrategi:

Sen tror ju jag att allt har en mening, jag tror verkligen så. Jag tänker såhär: Det har en mening för mig liksom. Fast jag vet inte vad men jag tror ändå det. Och även om det slutar med att jag aldrig får ett barn så tror jag att det är meningen, hur ledsen jag än kommer vara (Intervjuperson 1).

5.2 Yttre påverkan

En gemensam erfarenhet bland kvinnorna var att ett flertal IVF-behandlingar påverkade det sociala livet, positivt och negativt. Många kvinnor kände sig utlämnade under behandlingarna och saknade stöd, från vården och socialt. Vid bristande stöd söktes information och gemenskap från andra sammanhang, sociala medier, kvinnor med samma erfarenheter samt partner. Meningsfulla aktiviteter som skingrade tankarna från IVF-behandlingarna var viktigt för alla kvinnor. Kategorin *Yttre påverkan* innehöll kategorierna *Påtvingad anpassning av livet*, *Påverkan på parrelationen*, *Skillnader mellan privat och offentlig vård* och *Delade erfarenheter ger socialt stöd*.

5.2.1 Påtvingad anpassning av livet

Flertalet kvinnor hade erfarenheter av att IVF-behandlingarna påverkade deras vardag, vilket kunde leda till sorg. Majoriteten av kvinnorna beskrev det som att livet sattes på paus och att

det enda som betydde någonting var IVF-behandlingarna: ”Andras liv fortsätter och så är man liksom i det här vakuumet och inte kommer vidare” (Intervjuperson 9).

Att klara av att fortsätta arbeta uppgavs vara betydelsefullt för att hantera behandlingarna. Arbetet sågs som en frizon där möjlighet gavs att tänka på någonting annat. Kvinnor beskrev hur, paret, tidigt hade bestämt sig för att IVF-behandlingarna inte skulle påverka deras liv eftersom behandlingen inte var tidsbegränsad och paren visste inte hur länge behandlingen skulle pågå.

Majoriteten av kvinnorna ansåg att det sociala livet hade påverkats negativt av behandlingarna, kvinnorna drog sig undan mer från det sociala livet. Kvinnorna beskrev att de inte orkade träffa andra människor eftersom all tid gick åt till IVF-behandlingarna. Situationer där kontakt med gravida och små barn kunde förekomma, undveks, av rädsla för att negativa känslor kunde uppstå. Kvinnor undvek även att träffa släkt och vänner som var gravida:

Man har inte samma ork att liksom umgås med folk och liksom hitta på saker för allt går åt till det här liksom och tänka nästa steg. Vad ska jag göra? Hur ska jag leva? Vad ska jag läsa för böcker? Hur ska jag träna? Det tar ju det mesta av tiden. För det är det viktigaste (Intervjuperson 1).

5.2.2 Påverkan på parrelationen

Att genomgå ett flertal behandlingar påverkade majoriteten av kvinnorna sexuellt med anledning av att de hade minskad sexlust, bristande ork och kände sig oattraktiva. Sexlivet påverkades eftersom kvinnorna upplevde att samlag var ett tvång för att optimera chanserna till graviditet. Några uppgav att det inte fanns en tanke på samlag. Däremot förekom fysisk kontakt med sin partner och intimitet viades på andra sätt. Några kvinnor menade dock att sexlivet inte hade påverkats under behandlingarna.

Kvinnorna hade således blandade erfarenheter av hur IVF hade påverkat parrelationen. Ett antal upplevde att relationen hade stärkts då paret hade kommit varandra närmare:

Om man säger rent kärleksmässigt, så, det låter jättekonstigt men det har påverkat oss positivt för vi har blivit väldigt starka tillsammans och vår kärlek är väldigt start. Det känns liksom, ja vi stöttar varandra och finns för varandra hela tiden (Intervjuperson 9).

5.2.3 Skillnader mellan privat och offentlig vård

Majoriteten av kvinnorna hade erfarenhet av ett bristande stöd från vårdens sida under pågående och avslutade IVF-behandlingar. En önskan om att ett professionellt stöd skulle etablerats tidigt i behandlingsprocessen fanns. Osäkerhet kring alternativ till stöd framkom. En kvinna uttryckte: ” Jag önskar att ... att det var obligatoriskt med ett kuratorsamtal ” (intervjuperson 8). En annan kvinna uttryckte: ” Ja, men jag tänker såhär att det ska kopplas på (Kurator) redan när man får veta att man inte kan få barn” (intervjuperson 3).

De kvinnor som hade fått en möjlighet till kuratorskontakt från vården, beskrev det positivt. Samtalen hjälpte dem att hantera behandlingsprocessen och att bekräfta deras tankar och känslor.

Enligt kvinnorna framkom en skillnad i erbjudandet om professionellt stöd mellan offentliga och privata kliniker. I intervjuerna framkom att privata klinikerna erbjöd stöd i större utsträckning.

Kvinnorna ansåg att den svenska sjukvården var restriktiv och gjorde begränsade IVF-behandlingar jämfört med hur det såg ut i andra länder. Kvinnornas erfarenhet var att information från vården var bristfällig och de upplevde sig utlämnade till information som de sökte på internet:

Och jag vet inte hur många timmar jag har spenderat där (internet) som jag kanske skulle kunna ha gjort någonting annat mer produktivt på... och jag känner ju personer och olika behandlingar i andra länder så jag har ganska mycket information från dom. Och då, jämfört med vad man gör i Sverige, så gör man väldigt lite i Sverige (Intervjuperson 4).

På privata kliniker upplevdes vården mer personlig och mer lättåtkomlig. På offentliga sjukhus upplevde kvinnorna att vården var mer riktad mot behandlingsprocessen och att tiden för omsorg och stöd inte fanns:

Jag tror, när vi gjorde sista IVF insättningen då hittade jag en liten lapp i receptionen på kliniken där det står någon kurator som de hade samarbete med. Det fanns liksom ingen kopplad till oss som par som var inskrivna där utan det var läkare och det var alltid väldigt snabba läkarbesök och det var alltid väldigt bråttom med allting. Så jag tror det hör ihop med att det blev jobbigt. Att man inte kände den här omsorgen och omvårdnaden. Det var snabba puckar liksom (Intervjuperson 3).

5.2.4 Delade erfarenheter ger socialt stöd

Majoriteten av kvinnorna hade erfarenhet av ett bra stöd från kvinnor med liknande erfarenheter, medan andra fann stöd i familj och vänner. Kvinnor som fann ett stort stöd i att prata med andra med samma erfarenheter deltog gärna i grupper som berörde ämnet på sociala medier.

Det finns väldigt många omkring sig som genomgår samma sak. De här grupperna på Facebook är ju guld värda. Sociala medier kanske borde lanseras mera. Kanske på sjukhusen, att dem finns. För det är väldigt bra stödgrupper. Det kan vara lättare ibland att scrollera igenom ett sådant flöde kanske, än att ringa någon eller försöka hitta några fysiska samtalsgrupper så att säga (Intervjuperson 2).

En annan kvinna uttryckte sig ”Sen har jag haft turen också att jag har fler vänner som har gått igenom samma sak. Så att jag har ... alla har kanske inte någon som förstår en” (Intervjuperson 6).

Det fanns en variation i hur öppna kvinnorna var mot andra om sina behandlingserfarenheter. De kvinnor som hade varit öppna med att berätta om behandlingarna upplevde en större förståelse från omgivningen, vilket ledde till ett bättre socialt stöd. När kvinnorna berättade mer om sina erfarenheter öppnades det upp för samtal, där andra berättade om sina erfarenheter ”Vi har varit ganska öppna med det, till familj och vänner och så. Vad vi har gått igenom så ... då känns det som man har liksom en större förståelse också” (Intervjuperson 6). En annan uttryckte sig: ”Prata med andra, det är ju så många fler som har gjort det här, när du börjar diskutera lite så träffar du alltid någon någonstans som också har ett IVF barn” (Intervjuperson 10).

En anledning till att somliga kvinnor inte berättade om sina behandlings erfarenheter var att det fanns en grundläggande bristande förståelse och kunskap från omgivningen:

Vi hade valt att inte berätta för våra närmaste, alltså farmor och mormor fick inte veta någonting från början just för alla frågor... och sen när vi väl berättar, för att hon ställer en klumpig kommentar, då svarar hon direkt; oj men gud, vad är det för fel på dig? Det är så givet att det är kvinnan det är fel på oftast (Intervjuperson 10).

Det framkom en önskan om att IVF inte skulle vara ett tabubelagt ämne, utan någonting normaliserat som det pratades om i samhället. Det framkom önskemål om information om svårigheter att bli gravid redan i skolan under sex- och samlevnadsundervisningen, eftersom IVF är vanligt förekommande i samhället. En generell uppfattning från omgivningen fanns om att alla som genomgår IVF blir gravida. Kvinnorna ansåg att uppfattningen berodde på bristande kunskap hos allmänheten.

6 DISKUSSION

Diskussionen delas upp under tre underrubriker; resultat -, metod- och etiskdiskussion. I resultatdiskussionen kommer resultatet att diskuteras mot tidigare forskning samt teoretisk referensram. I metoddiskussionen kommer examensarbetet att diskuteras utifrån följande begrepp: trovärdighet, giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Till sist kommer den etiska diskussionen.

6.1 Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva kvinnors erfarenheter av att genomgå ett flertal IVF-behandlingar. Ett av de största fynden som framkom var psykisk påverkan, vilket av alla upplevdes som det mest påfrestande. Andra områden som lyftes var fysisk och social påverkan samt behovet av stöd från sjukvården.

En kategori som framkom i resultatet var *Psykisk och fysisk påverkan på den egna individen* där den psykiska påverkan var den mest framträdande erfarenheten. De psykiska

påfrestningarna blev mer uttalade ju fler behandlingar som genomfördes. Kvinnorna upplevde *negativa känslor vid misslyckanden, en påfrestande väntan och pendling mellan hopp och förtvivlan* under IVF-behandlingarna. Känslor som besvikelse och sorg var centrala och känslorna pendlade mellan hopp på att behandlingen skulle lyckas och besvikelse vid misslyckande av behandlingen. Kvinnorna satte stor tilltro till IVF vilket gjorde att känslan av misslyckande blev mera drastisk när behandlingen misslyckades. I tidigare forskning framkom liknande resultat. Kvinnor som genomgått IVF-behandlingar kände oro, sorg och minskad självkänsla och känslorna kombinerades med hopp om att behandlingen skulle lyckas (Almeling & Willey, 2017; Cunningham, 2014; Glover et al. 2009; Hasanpoor-Azghady et al. 2014; Karaca & Unsal, 2015). Barnmorskor vara närvarande och ge emotionellt och individuellt stöd för att kvinnan skulle kunna hantera IVF-behandlingarna och dess konsekvenser (Svenska Barnmorskeförbundet, 1999; Sydsjö et al. 2016). Författarna till examensarbetet anser att vården bör vara kontinuerlig så barnmorskor fångar upp och kan identifiera kvinnors behov. Barnmorskor bör även koppla in andra professioner som kuratorer, om behov identifieras. Ett kontinuerligt stöd kan hjälpa kvinnan att hantera destruktiva tankar och känslor och minska ett eventuellt skuldbeläggande vid en misslyckad behandling.

Väntan mellan och under behandlingarna var för många kvinnor påfrestande. Kvinnorna uppfattade det som att chansen att få barn låg i händerna på sjukvården. Resultatet styrks genom Cunningham (2014) och Ying et al. (2016) slutsatser där kvinnor upplevde ångest och stress under tiden de väntade på nästa steg i behandlingen. Majoriteten av kvinnor beskrev att livet sattes på paus vilket stämde väl överens med resultatet i detta arbete. De psykiska påfrestningarna blev större desto fler behandlingar som genomgåtts, vilket stärktes av Karaca et al. (2016). Det tyder på att genomgå ett flertal IVF-behandlingar var en påfrestande situation och att kvinnorna behövde stöd. Johansson (2010) menade att barnmorskor borde se den lidande kvinnan som sårbar samt med ett behov av gemenskap, men även behovet av att vara ensam. Barnmorskor behöver kunskap om barnlöshet för att kunna förmedla kunskap. Hela kvinnans livssituation behöver beaktas så att barnmorskor kan hjälpa kvinnan att utveckla hanteringsstrategier, coping. Coping är ett annat namn för stresshantering där kvinnan genom tankar och/eller handlingar försöker hantera stressfulla eller påfrestande situationer (Lazarus & Folkman, 1984). Barnmorskor bör vara medvetna om vilka copingstrategier kvinnor använder sig av för att kunna stötta och vägleda, enligt författarna.

I resultatet framkom en skillnad mellan kvinnor som fött och inte fött levande barn efter en IVF-behandling. De kvinnor som hade fött levande barn var mer benägna att sätta upp begränsningar, relaterat till hur länge behandlingarna skulle pågå. Begränsningarna diskuterades i förhållande till de barn som redan fanns samt ekonomiska aspekter. Resultatet stärks av Domar et al. (2018), Hasanpoos-Azghade et al. (2014) samt Volgsten et al. (2010) där ekonomin ansågs vara en bidragande faktor till att behandlingarna avbröts. De kvinnor som inte fött levande barn efter IVF-behandlingar diskuterade inte några ekonomiska begränsningar. Författarna anser att det kunde påverkats av den sociala kontexten som kvinnorna levde i avseende ekonomiska förhållanden. I resultatet framkom att kvinnor använde olika copingstrategier för att hantera situationen. Majoriteten levde på hoppet att bli gravid och föda ett barn medan andra satte ett slutdatum för att orka med behandlingsprocessen. Författarna anser att barnmorskor måste förstå eller bli insatta i olika

copingstrategier för att kunna stärka kvinnor, samt ha en förståelse för var i behandlingsprocessen kvinnan befinner sig.

Kroppslig påverkan berördes i begränsad omfattning under intervjuerna. Alla kvinnor hade erfarenheter av att IVF-behandlingarna påverkat deras fysiska mående. Under litteratursökningar framkom begränsad forskning avseende fysiska erfarenheter av att genomgå ett flertal IVF-behandlingar. Xu et al. (2016) såg att vid stress minskade antalet embryon. Ett kontinuerligt långsiktigt stöd var viktigt eftersom stressen ökade vid fler behandlingar (Karaca et al. 2016). Författarna anser att mer socialt och professionellt stöd behövs för att psykiska påfrestningar ska bli lättare att hantera för kvinnan och nivån av stress kan minska, vilket kan leda till bättre fysiska förutsättningar. När den psykiska påfrestningen var stor upplevdes inte den fysiska lika påfrestande, vilket talar för att mer fokus inom vården borde läggas på dessa kvinnors psykiska välbefinnande. Enligt författarna kan professionellt samt socialt stöd leda till att dessa kvinnor mår bättre och upplever mindre stress under IVF-behandlingarna. Alla kvinnorna hade erfarenhet av en psykisk påverkan och stress under IVF-behandlingarna. Stress ökade ju fler behandlingar som genomfördes och författarna anser att barnmorskor behöver ge kvinnan emotionellt stöd för att minska stressnivån.

Det framkom även positiva erfarenheter som kunde ses som *en personlig utveckling* hos kvinnor som genomgått ett flera IVF-behandlingar. Kvinnorna hade fått en ökad förståelse för andra människor, blivit mer ödmjuka och tacksamma för vad som fanns i livet. Under litteratursökning i examensarbetet framkom ingen forskning om positiva erfarenheter efter IVF-behandling. Författarna anser om barnmorskor lyfter fram det positiva i det svåra med IVF-behandlingarna skulle kvinnan kunna utveckla bättre hanteringsstrategier, coping, för att orka med situationen. En nackdel med begränsad forskning kring positiva erfarenheter kan vara att kvinnor tillskrevs negativa känslor under behandlingarna, vilket kan medföra negativa konsekvenser eftersom de positiva erfarenheterna inte synliggörs. Författarna anser att det är viktigt att se det positiva i en stressad och svår tillvaro för att lättare hantera situationen. Det positiva behöver förstärkas i kombination med stöd. Inte negligera kvinnors problem utan förstärka det som fungerar i vardagen.

I den andra kategorin som framkom, *Yttre påverkan*, hade många kvinnor erfarenheter av att infertilitetsproblem ledde till en *påtvungad anpassning av livet* i form av ökad social isolering. Undvikande av grupper med gravida och barn var förekommande vilket stärktes av Cunningham (2014), Glover et al. (2009), Karaca och Unsal, (2015) samt McCartney (2008). Enligt Lazarus och Folkman (1984) beskrevs det som en problemfokuserade copingstrategi, kvinnorna undvek sociala sammanhang eftersom starka känslor väcktes i situationen. Cunningham (2014) såg hur kvinnor kunde byta jobb relaterat till barnlösheten med syfte att förändra sin sociala situation. Många av de intervjuade kvinnorna hade positiva erfarenheter av att arbeta på sitt nuvarande arbete under behandlingarna, eftersom det hjälpte dem att skingra tankarna. Författarna anser att det kunde bero på att fokus flyttades från behandlingarna till deras arbete, vilket hjälpte dem att hantera situationen och kan ses som en emotionellfokuserad copingstrategi.

Varierande erfarenheter av *påverkan på parrelationen*, under IVF-behandlingarna framkom. Gemensamt för många av kvinnorna var att relationen stärktes och att paret hade kommit varandra närmare. Volgsten et al. (2010) och Ying et al. (2016) fann att om paret hade svårt att kommunicera upplevdes relationen som sämre. Enligt Johansson (2010) ska barnmorskor tillgodose behovet av professionellt stöd samt information hos paret. Barnmorskor bör även försöka finna eventuella djupare problem hos paret för att kunna remittera vidare vid behov. Författarna anser att om en barnmorska följer kvinnan under hela behandlingsförloppet skulle det kunna öppna upp för en mer individanpassad vård, vilket skulle kunna underlätta för kvinnan att använda sig av relevant copingstrategi. Enligt Folkhälsomyndigheten (2018) är sexuell och reproduktiv hälsa en faktor som påverkar hälsan hos människan mest. Författarna anser att det är viktigt att barnmorskor arbetar för att främja ett tillfredställande sexliv för par under IVF-behandling.

Majoriteten av kvinnorna hade erfarenheter av *skillnader mellan privat och offentlig vård* avseende professionellt stöd under pågående och avslutade behandlingar. Det fanns en önskan om att professionellt stöd skulle etablerats tidigt i behandlingsprocessen, samma fynd finns beskrivet av McCartney (2008). Kvinnorna kände sig ensamma och övergivna i sorgen efter misslyckade IVF-behandlingar. Enligt resultatet var kvinnorna osäkra på varifrån stöd kunde fås.

Johansson (2010) understryker vikten av att vårdrelationen kan ligga till grund för att kvinnan bättre skulle kunna hantera sin situation. Vikten av att barnmorskan hade en kontinuerlig kontakt med kvinnan kan stärka den stödjande funktionen. Vilket författarna anser tyder på vikten av att arbeta kontinuerligt med kvinnan under behandlingsprocessen. Holter et al. (2016) fann den privata vården mer patientcentrerad. Det stärks i det uppkomna resultatet med anledning av att privata kliniker, enligt kvinnorna, erbjöd professionellt stöd i större utsträckning samt att vården blev mer personlig och lättillgänglig. Författarna till examensarbetet anser att mer kunskap hos barnmorskor behövs angående IVF-behandlingar och att vårdpersonal fortlöpande bör utbildas i området. Det finns även en önskan hos författarna om att mer resurser i vården borde avsättas för att stötta kvinnor i behandling. Författarna anser att ett professionellt stöd bör vara obligatoriskt och etableras tidigt i behandlingsprocessen. Stödet bör tillämpas redan då kvinnan får beskedet om att IVF-behandling behövs för att optimera chanserna för en graviditet. Erbjuds kvinnan professionellt stöd men avböjer bör förfrågan upprepas senare i behandlingsprocessen då behovet kan ha ändrats. Stödet bör vara individanpassat och kontinuerligt där samma personal arbetar runt kvinnan. Fördelen skulle kunna vara att vårdpersonalen får en tydlig bild av utvecklingen av behandlingen samt hur kvinnan hanterar situationen. Vilket leder till att barnmorskan bättre kan vägleda kvinnan och främja hennes copingstrategier på bästa sätt.

Behovet av ett generellt stöd under IVF-behandlingar framkom genomgående genom hela resultatet. Kvinnor lyfte efterfrågan på professionellt stöd. Det fanns ett behov av att barnmorskan fanns tillgänglig och kunde bidra med individanpassat stöd. Syftet med stödet var att ge förutsättningar att hantera behandlingarna och konsekvenserna (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2016). Enligt Johansson (2010) ska barnmorskor identifiera vart det finns behov av extra stöd samt eventuellt behov av att inkludera annan profession. Det sociala stödet som

beskrevs i resultatet kom huvudsakligen från kvinnor med delade erfarenheter, sociala medier, vänner och familj samt partner. Resultatet stärktes genom tidigare forskning där resultatet stärker vikten av stödets betydelse från vänner och familj (Broughton et al. 2017; Glover et al. 2009; Karaca & Unsal, 2015; Volgsten et al. 2010). Författarna anser att det är positivt med sociala medier där kvinnorna får möjlighet att diskutera med varandra om behovet finns.

6.2 Metoddiskussion

Syftet med examensarbetet var att beskriva kvinnors erfarenheter av att genomgå ett flertal IVF-behandlingar. Därav valdes en kvalitativ design då målet med kvalitativ design är att undersöka en individs erfarenheter av ett fenomen. Kvinnors erfarenheter skulle undersökas på ett djupgående plan och kvalitativ design ansågs vara bäst lämpad (Henricsson & Billhult, 2017). Vid en kvantitativ design kunde ett större urval inkluderats i examensarbetet vilket hade varit en fördel för generaliserbarheten. Hade ensamstående kvinnor eller kvinnor som lever i homosexuella förhållanden deltagit i examensarbetet finns möjlighet att resultatet fått ett annat utfall. Då författarna valde ett strategiskt urval fanns ingen möjlighet att påverka utfallet av vilka kvinnor som ville delta i studien. En kvantitativ design ansågs dock begränsande gällande att fånga kvinnornas upplevda erfarenheter på ett omfattande sätt (Billhult, 2017).

En induktiv ansats tillämpades där författarna försökte bortse från sin förförståelse och analysprocessen utgick från det insamlade materialet (Danielsson, 2017). Det fanns en önskan om att informanterna fritt skulle berätta om sina erfarenheter. Därav ansågs det som en risk att tillämpa en deduktiv ansats där tidigare forskning skulle ligga till grund för de intervjufrågor som ställdes (Priebe & Landström, 2017). Fördelen med induktiv ansats var att analysprocessen genomfördes på ett öppet sätt eftersom det inte fanns någon teori som styrde processen (Henricson, 2017).

Ett strategiskt urval tillämpades eftersom informanterna skulle ha erfarenheter av att genomgått ett flertal IVF-behandlingar. Kontakten med informanterna genomfördes via sociala medier i grupper riktade till kvinnor med fertilitetsproblem (Forsberg & Wengström, 2016). Ett inklusionskriterium var att kvinnorna skulle tala och förstå svenska vilket kan ha lett till att kvinnor med betydande erfarenheter för resultatet exkluderades. Författarna kunde inte vara helt säkra på om kvinnorna hade genomgått ett flertal IVF-behandlingar men informanternas berättelser stämde överens med varandra samt med tidigare forskning, därmed ansågs sannolikheten hög att informanterna hade erfarenhet av ämnet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Genom att rekrytera informanter från sociala medier fanns en risk att individer med behov av att berätta om sina erfarenheter rekryterades. Ett mer varierat resultat kunde framkommit om urvalet gjorts från andra instanser med kvinnor som inte är lika vana att tala om sina erfarenheter.

En pilotstudie genomfördes eftersom författarna önskade att förbättra sin intervjuteknik och sitta som bisittare, samt att se om intervjufrågorna var tydliga och uppfattades på rätt sätt. Att göra en pilotstudie upplevdes positivt då författarna blev mer bekväma i rollerna. Det var

14 kvinnor som anmälde sitt intresse att delta i en intervju. På grund av tidsbrist valdes de första nio som anmälde sig ut. Pilotstudien inkluderades även då frågeguiden inte ändrades och att svaren från pilotstudien svarade på syftet. Hade tid funnits och alla 14 kvinnor inkluderats i examensarbetet är det möjligt att nya erfarenheter framkommit.

En semistrukturerad intervju konstruerades och tillämpades och där öppna frågor användes för att kvinnorna skulle delge så mycket som möjligt av sina erfarenheter. Samtliga intervjufrågor ställdes vid alla intervjuer, nödvändigtvis inte i samma ordning eftersom frågorna anpassades efter informantens berättelse. Under intervjuerna ställdes en fråga om kvinnors positiva erfarenheter av att ha genomgått IVF-behandlingarna. Erfarenheter som nämndes har inte kunnat hittas i tidigare forskning vilket skulle kunna bero på begränsad forskning inom området eller att författarna ställde en riktad fråga. Alla informanter hade både positiva och negativa erfarenheter vilket indikerade att det var en relevant fråga att ställa då ett vitt perspektiv på kvinnors erfarenheter efterfrågades i examensarbetet.

Författarna utförde intervjuerna på sin arbetsplats i en ostörd miljö, vilket ansågs fördelaktigt (Danielsson, 2017). Kvinnorna fick själva välja vart de skulle befinna sig under intervjutillfället. Det förekom att kvinnorna inte kunde genomföra intervjuerna ensamma utan hade sina barn med sig, vilket kunde leda till distraktion hos båda parter. Det kunde även leda till att kvinnorna undanhöll viktig information som ej kunde delges i närvaro av barnen.

Intervjuerna skedde via Skype eller Messenger. Fördelen med intervjumetoden var att kvinnor från hela Sverige kunde inkluderas i examensarbetet. Nackdelar med intervjumetoden var att tekniken inte var helt pålitlig vilket kunde upplevs störande, både för intervjuare och informant. En del material var svårt att avlyssna efter avslutad intervju vilket kunde leda till att viktig information ej blev transkriberat korrekt. Det fanns en risk att information i informanternas kroppsspråk blev förbisett då några intervjuer genomfördes utan bild. Det kunde även ses som fördelaktigt då intervjuerna blev mer distanserade till informanten och inte hade möjlighet att lägga in egna tolkningar i informantens kroppsspråk. Under alla intervjuer var båda författarna närvarande. En av författarna ställde frågor och den andra satt som bisittare. Det får anses som en styrka eftersom båda tagit del av informationen vilket gjorde det lättare att få en mer nyanserad bild (Danielsson, 2017).

Intervjumaterialet analyserades med hjälp av innehållsanalys utifrån Graneheim et al (2017). Det inspelade materialet transkriberades jämt uppdelat mellan författarna. Därefter byttes materialet och meningsbärande enheter som svarade på syftet markerades och kondenserades. Enligt Graneheim et al (2017) är det bra att inkludera flera personer i analysarbetet för att få en bredare tolkning av materialet. Att transkribera en text leder till bearbetning av materialet. Att låta en annan person som inte redan tagit del av materialet koda kan leda till en mer nyanserad bild då två personer gett sin tolkning på materialet.

Genom att använda sig av citat från kvinnorna i resultatet stärks trovärdigheten. Resultatet stämde till stor del överens med tidigare forskning vilket också stärkte trovärdigheten (Pettersson, 2017). För att stärka giltigheten i resultatet inkluderades kvinnor som hade erfarenhet av ett flertal IVF-behandlingar och var villiga att berätta om sina erfarenheter. Tio kvinnor inkluderades. Nya aspekter kan alltid uppkomma i kvalitativ forskning, när sista intervjuerna gjordes framkom ingen ny information och mättnad ansågs vara uppnått.

Kvinnornas erfarenheter varierade och kvalitet i data uppfattades tillräcklig, relaterat till den tidsplan som fanns. Genom att författarna beskrivit analysprocessen i metodavsnittet stärktes tillförlitligheten i resultatet. Även citat från kvinnorna i resultatet stärkte tillförlitligheten. Att kodningen av de kondenserade meningsenheterna samt att resultatet framställdes tillsammans, mellan författarna och i dialog med handledare, kunde stärkt tillförlitligheten eftersom en dialog skapades och kunde ge en mer nyanserad bild av resultatet, peer debriefing (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017; Pettersson, 2017). Genom diskussion i analysarbetet synliggjordes olika tolkningsmöjligheter vilket bidrog till mer klara koder och kategorier. Det fanns en förförståelse hos författarna och att möta människor i sorg då det fanns erfarenhet av arbete inom vården. Författarna försökte bortse från sin förförståelse så resultatet inte skulle komma att påverkas. Överförbarheten stärktes genom noggrann redovisning av urval, deltagare, datainsamling och analys beskrivits i metoden vilket gjorde att processen skulle kunna upprepas av någon annan (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Överförbarheten stärktes även då resultatet stämde överens till stor del med tidigare forskning, vilket gjorde att resultatet ansågs överförbart på andra kvinnor som genomgått ett flertal IVF-behandling i liknande kontext.

6.3 Etikdiskussion

Hänsyn togs till de forskningsetiska principerna enligt Vetenskapsrådet (2017). Då kvinnorna fick muntlig och skriftlig information om syftet, uppfylldes informationskravet. Samtyckeskravet tillgodosågs då kvinnorna fick skriva på en blankett som bekräftades att de frivilligt deltog i examensarbetet och när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan konsekvenser. Genom att avidentifierades allt insamlat material uppfylldes konfidentialitetskravet. Nyttjandekravet tillgodosågs genom att informera om vad materialet skulle användas till (Kjellström, 2017; Vetenskapsrådet, 2017).

Innan intervjuerna påbörjades efterhördes om kvinnorna hade kontakt med kurator eller psykolog då ämnet kunde väcka mycket känslor. Om så inte var fallet fick kvinnorna rekommendationen att vända sig till respektive vårdcentral.

7 SLUTSATS

Kvinnors erfarenheter av att genomgå ett flertal IVF-behandlingar var att den psykiska påfrestningen var mest dominerande och de psykiska påfrestningarna ökade ju fler behandlingar kvinnorna genomgick. Erfarenheterna påverkade kvinnan både psykiskt och fysiskt på individnivå men det fanns även en påverkan på det sociala livet. Kvinnors känslor varierade under behandlingsprocessen och pendlade mellan hopp och förtvivlan. Resultatet visade att behovet av både professionellt och personligt stöd var stort och såg olika ut. Kvinnorna använde både medvetna och omedvetna copingstrategier för att hantera

behandlingarna så som social isolering, sorg, sätta slutdatum för behandlingen samt hopp på en lyckad behandling. Det framkom ett behov av kontinuerlig vård där barnmorskor gavs möjlighet att följa kvinnan under behandlingsprocessen och identifiera hennes behov av stöd.

8 KLINISK IMPLIKATION

En medvetenhet och en ökad förståelse bör finnas hos vårdpersonal om kvinnors erfarenheter av att genomgå ett flertal IVF-behandlingar. Eftersom psykiska påfrestningarna var det mest centrala behövs ett tidigt etablerat professionellt stöd och att kvinnorna fångas upp. En större medvetenhet om vad behandlingarna innebär och hur det påverkar individen bör eftersträvas. Vikten av en kontinuitet i vården bör beaktas av vårdpersonalen där vårdpersonal har möjlighet att bedriva en individanpassad vård och lära känna kvinnan. Hela kvinnans livssituation måste förstås så att barnmorskan, på bästa sätt, kan hjälpa kvinnor att utveckla hanteringsstrategier, coping, för att hjälpa kvinnan att kunna hjälpa sig själv. Detta för att kartlägga hennes copingstrategier och stötta där det behövs.

9 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Mer forskning behövs i ämnet då det i dagsläget finns begränsad forskning kring kvinnors erfarenheter av att genomgå ett flertal IVF-behandlingar. En kvantitativ studie rörande ämnet skulle kunna genomföras med fördelen att den kunde inkludera ett större antal kvinnor och ge ett generaliserbart resultat. Resultatet skulle kunna användas på fertilitetskliniker för att belysa vikten av tidigt professionellt stöd vid IVF-behandlingarna, och väcka frågan om hur stöd ska kunna implementeras. Det skulle även vara intressant att genomföra fokusgruppsintervjuer för att se om det skulle kunna ge ett annat resultat då en dialog skulle kunna väcka nya samtalsämnen och förståelse mellan kvinnorna.

REFERENSLISTA

- Almeling, R & Willey, I L. (2017). Same medicine, different reasons: Comparing women´s bodily experiences of producing eggs for pregnancy or for profit. *Social Science & Medicine*, 188, 21-29.
- Alvarez, S. (2015). Do some addications interfere with fertility? *Fertil Steril*, 103(1), 22–26. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.11.008
- Bailey, A., Ellis-Carid, H., & Croft, C. (2017). Living through unsuccessful conception attempts: a grounded theory of resilience among women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(4), 324–333. Doi: 10.1080/02646838.2017.1320366
- Behboodi-Moghadam, Z., Salsali, M., Eftekhali-Ardabili, H., Vaismoradi, M. & Ramezanzadeh, F. (2012). Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, 41–46. Doi: 10.1111/j.1742-7924.2012.00208.x
- Billhult, A. (2017) Kvantitativ metod och stickprov. I M, Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 99–110). Lund: Studentlitteratur.
- Broughton, D E., Schelble, A., Cipolla, K., Cho, M., Franasiak, J. & Omutag, K R. (2017). Social media in the REI clinic: what do patients want? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 35, 1259–1263. Doi: 10.1007/s10815-018-1189-2.
- Cunningham, N. (2014). Lost in transition: Women experiencing infertility. *Human Fertility*, 17(3), 154–158.
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M, Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 143–154). Lund: Studentlitteratur.
- Domar, A D., Rooney, K., Hacer, M R, Sakkas, D. & Dodge, L E. (2018). Burden of care is the primary reason why insured women terminate in vitro fertilization treatment. *Mental Health*, 109(6), 1121–1126.
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Hämtad 11 december 2018 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/srhr/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och kultur.
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgaard, N. G., Ingerslev, H. J. & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1), e006592. Doi:10.1136/bmjopen-2014-006592

- Glover, L., McLellan, A. & Weaver, S M. (2009). What dose having a fertility problem mean to couples? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 401-418. Doi: 10.1080/02646830903190896
- Gottlieb, C. & Fridström, M. (2010). *Ofrivillig barnlöshet* (SFOG-rapport, nr 64). Stockholm: SFOG.
- Graneheim, U.H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34.
- Hammoud, A.O., Gibson, M., Peterson, C.M., Meikle, A.W. & Carrell, D.T. (2008). Impact of male obesity on infertility, a critical review of the current literature. *Fertil Steril*, 90(4), 897–904. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.026
- Hasanpoor- Azghady, S B., Simbar, M. & Vedadhir, A. (2014). The emotional- psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(2), 131–138.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M, Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 111–120). Lund: Studentlitteratur.
- Holter, H., Gejervall, A-L., Borg, K., Sandin- Bojö, A-K., Wikland, M., Wilde-Larsson, B. & Bergh, C. (2016). In vitro fertilization helthcara professionals generally underestimat patients' satisfactions eith quality of care. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 96, 302–312. Doi: 10.1111/aogs.13080.
- Johnsson, M. (2010). Vårdande vid infertilitetsproblematik. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (ss. 221–235). Lund: Studentlitteratur.
- Karaca, A. & Unsal, G. (2015). Psychosocial problems and coping strategies among turkish women with infertility. *Asian Nursing Research*, 9, 243–250.
- Karaca, N., Karabulut, A., Ozkan, S., Aktun, H., Oregul, F., Yilmas, R., Ates, S. & Batmaz, G. (2016). Effect of IVF failure om quality of life and emotinal status in infertile coupels. *European Jornal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 206, 158-163. Doi: dx.doi.org/10.1016/j.ejorb.2016.09.17
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.57–80). Lund: Studentlitteratur
- LaCoursiere, D.Y., Beloebaum, L., Duncan, J.D. & Varner, M.V. (2005). Population-based trends and correlates of maternal overweight and obesety, Utah 1991–2001. *Am J obstet gynecol*, 192(3), 832–839. Doi: 10.1016/j.ajog.2004.11.034
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New york: Springer Publishing Company

- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nilsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 219-234). Lund: Studentlitteratur.
- McCartney, M P. (2008). Women´s lived experience of infertility after unsuccessful medical intervention. *Journal of Midwifery & Woman´s Health*, 53(4). 319-324. Doi: 10.1016/j.jmwh.2007.11.004.
- Mettwally, M., Ong, K.J., Ledger, W.L. & Li, T.C. (2008). Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertil Steril*, 90(3), 714-726 Doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.07.1290
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M, Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 421-438). Lund: Studentlitteratur.
- Neter, E. & Goren, S. (2017). Infertility centrality in the woman´s identity and goal adjustment predict psychological adjustment among women in ongoing fertility treatments. *International Society of Behavioral Medicine*, 24. 880-892. Doi : 10.1007/s12529-017-9693-9
- Niederberger C. & Pellicer, A. (2018). Introduction: IVF's 40th world birthday. *Fertility and Sterility*, 110(1), 4. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.017>
- Pettersson, P. (2017). Aktionsforskning. I M, Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 251-264). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (10th)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.25-42). Lund: Studentlitteratur
- SBF. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 20 december 2018 från: <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 3 januari 2019 från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460?fbclid=IwAR1oOsI9fBatcrKEeGnVfp5YRlgcWpokLoo9oD2IrDNoWQAaRfCsFjWsX7E

- Skoog Svanberg. A. & Sydsjö. G. (2016). Barnlöshet; Ofrivillig barnlöshet. I H. Lindgren., K. Cristensson. & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s.103–116)
- Socialstyrelsen. (2018). *Övervikt och fetma hos gravida kvinnor: Utveckling över tid och komplikationer*. Hämtad 7 januari 2019 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20944/2018-4-27.pdf?fbclid=IwAR1yoGo8Zf1EzJWwUoo1KSoMQ2v6ZfGtiNxeU3LbOb3kXJbG-NLPeU6j9yg>
- Statens offentliga utredning. (2015). *Får vi det bättre?: Ett mått på livskvalité*. Stockholm. Hämtad 13 december 2018 från
<https://www.regeringen.se/contentassets/dbb4c911287747b3943b4f61cf2b344f/far-vi-det-battre-om-matt-pa-livskvalitet-.pf>
- Statistiska centralbyrån. (2012). *Nu minskar barnlösheten*. Hämtad 3 januari 2019 från
https://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Nu-minskar-barnlosheten/
- Sydsjö. G. & Skoog Svanberg. A. (2016). Barnlöshet; Ofrivillig barnlöshet – psykologiska aspekter. I H. Lindgren., K. Cristensson. & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde* (s.112–116).
- Svenska Barnmorskeförbundet. (1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 27 november 2018 från:
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 13 december 2018 från:
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed_VR_2017.pdf
- Volgsten. H., Skoog Svanberg. A. & Olsson. P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilisation treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 1290–1297. Doi: 103109-00016349.2010.512063
- Vårdguiden 1177, (2017). *IVF, provrörsbefruktning*. Hämtad 31 januari 2019 från:
<https://www.1177.se/Orebrolan/Fakta-och-rad/Behandlingar/IVF-provrorsbefruktning/?ar=True>
- World Health Organization. (2018a). *Sexual and reproductive health*. Hämtad 16 November, 2018, från
https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2Fen%2Fhealth-topics%2FLife-stages%2Fsexual-and-reproductive-health%2Fsexual-and-reproductive-health%3Ffbclid%3DIwAR3jqnWnRkKpD4BSUYLYZfL-RWfexoqVnOV1quBREURBWzIM11MK5ETAUIg&h=AT1tGcTH73LyzIqTBV_Qs5Mp pMLrIFhzeFXnzcUII2QodoNgUxKijLHHk4pwY1u7SRj4Man91YxzwnMTjtXZIs_ufwz nGtuG6BzcPzU4fkEp99mzHf6jwPWJ6OhYsyqUYuS5JfsF

World Health Organization. (2018b). *Infertility definitions and terminology*. Hämtad 16 November, 2018, från https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2F%2Ftopics%2F%2Finfertility%2F%2Fdefinitions%2F%2F%3Ffbclid%3DIwARoBymkKiP8JDoDQEfZXYC1opvnZR6aF9qVnM7CppYVJzj5PYwqfZLtDL4&h=AT1jOoiyRUB7QrtVbXwJrLqdE2fnEw8dng_bclS6sqeGNGk7Rg2Wab2BF_a2TJWZNLsqTFaaX05f69cHCRT_maJUQ8KgYXKtkG_Dv1xaxwdOO1uvpZ8pRS1yxuJYEq-zlI8leK3Z

Xu. H., Ouyang. N., Li. R., Tuo. P., Nai. & Wang. W. (2016). The effects of anxiety and depression on in vitro fertilisation outcomes of infertile Chinese women. *Psychology, health & medicine*, 22(1), 37-43.

Ying. L., Chen. X., Wu. L. H., Shu. J., Wu. X. & Loke. A. Y. (2016). The partnership and coping enhancement program for couples undergoing in vitro fertilization treatment: the development of a complex intervention in China. *J Assist Reprod Genet*, 34, 99-108. Doi: 10.1007/s10815-016-0817-y.

ARTIKELMATRIS BILAGA A

Artikel-nummer	Författare Titel Tidskrift År Land	Syfte	Metod (ansats, deltagare, datainsamling, dataanalys)	Resultat
1	Almeling. R & Willey. I L. Same medicine, different reasons: Comparing women´s bodily experiences of producing eggs for pregnancy or for profit. <i>Social Science & Medicine</i> 2017, USA	Varierar kvinnans kroppsliga erfarenhet av en medicinsk intervention beroende på syftet med interventionen?	62- äggdonationer 50 Ivf-patienter. Gruppanalys för att analysera en originalundersökning.	”Mindre intensiva” och ”mer intensiva” kroppsliga erfarenheter hittades. Variationen i erfarenheten var förknippad med anledningen till att man producerar ägg. Mer intensiva erfarenheter då anledningen var att bli gravid och mindre intensiva erfarenheter om man donerade ägg.
2	Alvarez. S. Do some addictions interfere with fertility? <i>Fertility and Sterility</i> . 2015. Frankrike.	Undersöka om levnadsvanor påverkade infertiliteten hos par med infertilitetsproblem.	Systematisk litteraturstudie.	Tidig utbildning och förebyggande arbete är viktigt för att bevara fertiliteten.
3	Bailey. A., Ellis-Carid. H., & Croft. C. Living through unsuccessful conception attempts: a grounded theory of resilience among women undergoing fertility treatment. <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i> 2017, England	Att skapa en modell som visar hur kvinnor lyckas hantera sina misslyckade fertilitetsbehandlingar.	Kvalitativ metod, 11 kvinnor deltog, halvstrukturerade intervjuer, Grounded Theory design.	Kvinnor har olika hanteringsstrategier för att ta sig igenom behandlingarna. Ta ett steg bort från behandlingen eller bygga upp sig själv till nästa behandling.
4	Behboodi – Maghadam. Z., Salisal. M., Eftekhari-Ardabili. H., Vasimorad. M. &	Att utforska och beskriva erfarenheterna från	Kvalitativ design. Halvstrukturerade intervjuer. Innehållsanalys.	Infertilitet påverkar kvinnors psykologiska och sociala välbefinnande. Kunskap hos

	Ramezanzadeh. F. Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study. <i>Japan Journal of Nursing Science</i> . 2013. Iran.	iranska infertila kvinnor angående infertilitet.	Tio kvinnor som sökte infertilitetsbehandling vid ett sjukhus i Teheran.	vårdpersonal behövdes om hur infertilitet och kulturella faktorer påverkade varandra, vilket var avgörande för att kunna ge högkvalitativ vård till infertila kvinnor.
5	Broughton. D E., Schelble. A., Cipolla. K., Cho. M., Franasiak. J. & Omutag. K R. Social media in the REI clinic: what do patients want? 2017. USA.	Undersöka patienters användning av sociala medier under IVF behandling och upplevelsen av användningen.	Tvärsnittsstudie. Tre sjukhus inkluderade. 224 kvinnor deltog.	Ålder påverkade användningen av sociala medier. Majoriteten av kvinnorna upplevde att sociala medier gav positivt stöd. Fakta om infertilitet var det mest populära ämnet. Kvinnorna var intresserade av att använda sociala medier som ett forum för utbildning och stöd.
6	Cunningham. N. Lost in transition: Women experiencing infertility. <i>Human Fertility</i> . 2014. England.	Sammanfatta viktiga fynd från ett doktorand projekt som undersökte kvinnors erfarenheter av infertilitet.	Kvalitativ studie. Sex kvinnor förde dagbok före, under och efter IVF behandlingen. Prospektiv studie med hermeneutisk ansats.	Följande huvudteman identifieras: hoppfullhet, anpassning, övergång och skiftande fokus. Resultatet tyder på att behandling, medicinsk erfarenhet och ålder påverkar hur Kvinnan hanterar IVF-behandlingarna.
7	Domar. A D., Rooney. K., Hacer. M R. Sakkas. D. & Dodge. L E. Burden of care is the primary reason why insured women terminate in vitro fertilization treatment. 2018. USA.	Undersöka varför försäkrade patienter avbryter IVF-behandlingar innan de fött ett levande barn.	Tvärsnittsstudie. Privata IVF center.	Stress, ekonomi, försäkring eller spontan graviditet var anledningar till att kvinnorna avbröt behandlingarna.
8	Frederiksen. Y., Fraver – Vestergard. I., Grønhøj Skovgård. N., Ingerslev. H B. & Zachariae. R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy	Utvärdera effekten av psykosociala insatser för att förbättra graviditetschansen och minska stress för par som behandlas med	Systematisk litteraturstudie och meta-analys av studier gjorda från 1978 och till april 2014.	Psykosociala interventioner för par som med infertilitetsproblem kan vara effektiva, både för att minska psykisk stress och för att förbättra kliniska graviditetsnivåer.

	outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta- analysis. <i>BJM Open</i> . 2015. Danmark.	assisterad reproduktiv teknik.		
9	Glover. L., McLellan. A. & Weaver. S. M. What does having a fertility problem mean to couples? <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i> . 2009. UK.	Undersöka betydelsen av fertilitetsproblem för par och hur partner skiljer sig åt i sina uppfattningar av fertilitetsproblemen.	Kvalitativ studie. Halvstrukturerade intervjuer. Induktiv ansats. Innehållsanalys. Tio par rekryterades via en infertilitetsklinik.	Kommunikation spelade en viktig men komplicerad roll i hos par med infertilitetsproblem. Könsmässiga skillnader lyfts fram i betydelsen av infertilitet och vikten av biologiskt föräldraskap.
10	Hasanpoor- Azghady. S B., Simbar. M. & Vedadhir. A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study . <i>Iranian Journal of Reproductive Medicine</i> . 2014. Iran.	Förklara de psykologiska konsekvenserna av infertilitet hos infertila kvinnor som söker behandling.	Kvalitativa studie. Innehållsanalys. Halvstrukturerade intervjuer. 25 kvinnor som drabbades av primär och sekundär infertilitet inkluderades i studien.	Iranska infertila kvinnor som söker behandling får ofta flera psykologiska känslomässiga problem med effekter på den psykiska hälsa och välbefinnandet. Infertiliteten behandlas ofta som en medicinsk fråga i iransk kontext med mindre uppmärksamhet på mentala känslomässiga, sociala och kulturella aspekter.
11	Hammoud. A O., Gibson. M., Matthew Peterson. C., Wayne Meikle. A. & Carrell. D T. Impact of male obesity on infertility: a critical review of the current literature. <i>Fertil Steril</i> . 2008. USA.	Att utvärdera betydelsen av fetma hos män och om den påverkar fertiliteten.	Litteraturstudie av artiklar som handlade om män, fetma och infertilitet.	Det finns en ökad risk för infertilitet bland par där den manliga partnern är fet samt en ökad sannolikhet för onormala spermparametrar bland överviktiga män. Manlig infertilitet är associerad med en högre förekomst av fetma.
12	Holter. H., Gejervall. A-L., Borg. K., Sandin- Bojö. A-K., Wikland. M., Wilde-Larsson. B. & Bergh. C.). In vitro fertilization helthcara professionals generally underestimat	Undersöka hur IVF hälsovårdspersonal uppskattar patienternas erfarenhet av patientcentrerad vårdkvalitet och om vissa faktorer påverkade IVF personals uppfattningar	Kvantitativ tvärsnittsstudie. Enkätundersökning. 16 IVF kliniker, offentliga och privata. 268 sjukvårdspersonal. 3298 patienten som genomgått IVF under januari – maj 2015.	De mest bristfälliga faktorerna ansågs vara ansvar/ kontinuitet, deltagande och tillgänglighet. Den patientcentrerade vården upplevdes bättre på privata kliniker.

	patients' satisfactions eith quality of care. 2016. Sverige.	och IVF patienters erfarenheter av vårdkvalitet.		
13	Karaca. A. & Unsal. G. Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. <i>Asian Nursing Research</i> . 2015. Turkiet.	Identifiera faktorer som påverkar psykosociala problem hos infertila turkiska kvinnor och att identifiera deras hanteringsstrategier.	Kvalitativ studiet. Djupintervjuer. Innehållsanalys. 24 infertila kvinnor medverkade i studien.	Infertila kvinnor lider av olika psykosociala problem på grund av infertilitet och de antar känslighetsfokuserade hanteringsstrategier.
14	Karaca. N., Karabulut. A., Ozkan. S., Aktun. H., Oregul. F., Yilmaz. R., Ates. S. & Batmaz. G.). Effect of IVF failure om quality of life and emotinal status in infertile coupels. 2016. Turkiet.	Undersöka effekten av tidigare IVF misslyckanden och känslomässigt lidande hos par som genomgår IVF-behandlingar relaterat till par som genomgår första IVF behandlingen.	Beskrivande tvärsnittsstudie. 120 par involverades.	Sämre livskvalitet i gruppen par som genomgått fler IVF-behandlingar.
15	LaCoursiere. D Y., Bloebaum. L., Duncan. J D. & Varner. M W. Population-based trends and correlates og meternal overweight and obesity, Utah 1991-2001. <i>American Journal of Obstetrica and Gynecology</i> . 2005. USA.	Identifiera nya befolkningsbaserade trender i övervikt och fetma och negativa resultat för kvinnor.	Retrospektiv kohortstudie av födelsedata hos kvinnor i Utah mellan 1991 och 2001.	Studien visar en signifikant ökning av övervikt och fetma hos mödrar. Överviktiga och feta kvinnor har ökad risk för kejsarsnitt, preeklampsi, eklampsia, dystoci och makrosomi, risker ökar när BMI stiger.
16	McCartney. M P. Women's ived experience of infertility after unsuccessful medical intervention. <i>Journal of Midwifery & Woman's Health</i> 2008. Turkiet.	Beskriva kvinnors erfarenhet av infertilitet efter misslyckad medicinsk behandling.	Kvalitativ intervjustudie. Strategiskt urval, 22 kvinnor. Hermeneutisk fenomenologisk.	Kvinnorna beskrev det svårt med att upprätthålla sin identitet, självkänsla och meningen med livet. IVF-misslyckande bidrog till ett förändrat seende på sig själv och sin omvärld.

17	Mettwally. M., Ong. K J., Ledger. W L. & Chun Li. T. Dose high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta- analysis of the evidence. <i>Fertility and Sterility</i> . 2008. USA.	Att undersöka sambandet mellan fetma och missfall.	Metaanalys. Litteraturstudie över alla relevanta artiklar i MEDLIN och EMBASE mellan åren 1964–2006. Kvinnor med ett högt BMI som fått missfall jämfördes med normalviktiga kvinnor. 16 studier inkluderades.	Överviktiga kvinnor hade signifikant högre risk för missfall. Fetma kan öka risken för missfall. Det finns emellertid inte tillräckligt med bevis för att beskriva effekten av fetma vid missfall i specifika grupper, såsom de som uppfattas efter assisterad befruktning.
18	Neter. E. & Goren. S. Infertility centrality in the woman´s identity and goal adjustment predict psychological adjustment among women in ongoing fertility treatments. <i>International Society of Behavioral Medicine</i> 2017, Israel	Undersöka hur fertilitetsproblemet påverkar kvinnans identitet och hur det är associerat med kvinnans psykiska mående.	Kvantitativ studie, 195 kvinnor i pågående infertilitetsbehandling. Enkätstudie.	Kvinnor som upplevde sin infertilitet central för sin identitet upplevde sämre psykisk hälsa. Genom att distansera sig till behandlingen skyddade kvinnorna sig mot negativa känslor.
19	Volgsten. H., Skoog Svanberg. H. & Olsson. P. Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. <i>Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica</i> 2010, Sverige.	Att utforska upplevelsen av att ha genomgått misslyckade IVF-behandlingar och fortfarande vara barnlös tre år efter IVF behandlingen hos både kvinnor och män.	Kvalitativ studie. Tio kvinnor och nio män som hade gått på en offentlig IVF klinik i Sverige. Individuella intervjuer. Innehållsanalys.	Deltagarna hade tre år efter IVF behandlingen inte anpassat sig till sin barnlöshet. Kvinnor uttryckte mer sorg medan männen intog en mer stödjande roll. Ett behov av professionellt stöd och rådgivning om hur man hanterar sorg har beskrivits. Om IVF behandlingen inte fick ett ordentligt avslut kvarstod många frågor.
20	Xu. H., Ouyang. N., Li. R., Tuo. P., Nai. & Wang. W. The effects of anxiety an depression on in virto fertilisation outcomes of	Bedöma ångest och depression under in vitro fertilisering (IVF) behandling och bestämma IVF-	Kvantitativ studie, 842 patienter från Sun Yat-Sen Memorial Hospital. Enkätstudie.	Infertila kvinnor upplever ångest och depression under IVF-behandling, särskilt hos kvinnor <35 år. Yngre kvinnor med kvinnlig infertilitet skulle vara mer angelägna och depressiva.

	infertile Chinese woman. <i>Psychology, health & medicine</i> 2016, Kina	relaterade psykologiska faktorer hos infertila kinesiska kvinnor.		Hög utbildning kan vara en hjälp mot minskad depression. Äldre kvinnor var mer depressiva på grund av längre tid som infertil. Där såg man mer depression vid hög utbildning. Ångest påverkar befruktningsgraden och embryotillgängligheten.
21	Ying. L., Chen. X., Wu. L H., Shu. J., Wu. X. & Loke. A Y. The partership and coping enhancement program for coupels undergoing in vitro fertilization treatment: the development of a complex intervention in China. 2016. Kina.	Utveckla ett program för par som genomgår IVF-behandlingar i Kina.	Prospektiv studie.	Programmet har utvecklats efter riktlinjer. Rekommendationer att göra en pilotstudie för att utvärdera genomförbarheten och utveckla programmet.

BILAGA B: INFORMATIONSBREV



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Informationsbrev och förfrågan om medverkan i en intervjustudie, med titeln; Kvinnors erfarenheter av att genomgå upprepade IVF-behandlingar.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

Hej! Vi heter Evelina Agartsson och Kristin Haraldsson, vi studerar Barnmorskeprogrammet vid Mälardalens högskola. Vi har börjat med vårt examensarbete där syfte med uppsatsen är att få en förståelse för kvinnors erfarenheter av att genomgå två eller flera IVF-behandlingar. I dagens samhälle genomförs fler och fler IVF-behandlingar och vi vill få en djupare förståelse för hur behandlingen påverkar kvinnan.

Vi kommer göra enskilda intervjuer med åtta till tio kvinnor som har genomgått upprepade IVF-behandlingar. Med behandlingar menar vi hela processen från att ägglossningen regleras tills att embryot ät på plats. Vi kommer ställa öppna frågor om dina erfarenheter av att genomgå behandlingarna. Intervjuerna genomförs på lämplig plats eller via Skype, så du kan bo vart som helst i Sverige. Intervjun beräknas ta ca 60 minuter.

Största möjliga konfidentialitet eftersträvas i undersökningen genom att ingen obehörig får ta del av materialet. Materialet förvaras så att det bara är åtkomligt för oss som är undersökningsledare. I rapporteringen av resultatet i form av en examensuppsats på Mälardalens högskola kommer informanterna att avidentifieras så att det inte går att koppla resultatet till enskilda individer.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Ytterligare upplysningar om studien kan lämnas av oss. Om du önskar delta vänligen kontakta oss snarast dock senast 23/11-18

Hälsningar:

Evelina Agartsson

073-655 26 73

Evelina.jansson@hotmail.se

Kristin Haraldsson

070- 147 37 48

Kristin_haraldsson@hotmail.com

Handledare:

Magdalena Mattebo

Akademin för hälsa, vård och välfärd

021-103108

BILAGA C: SAMTYCKESBLANKETT



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÅSTERÅS**

Samtycke till deltagande i individuell intervju inom kvinnors erfarenheter att genomgå fler IVF-behandlingar

Det här är blanketten om informerat samtycke. För att kunna ta del av Dina svar i intervjun måste vi ha Din underskrift för att vara säkra på att Ditt deltagande är frivilligt och att Du är införstådd med vad det innebär att delta.

Jag samtycker till att (kryssa för rutan till höger):

Intervjun jag deltar i spelas in på band:

Intervjun skrivs ut ordagrant och analyseras:

alla detaljer som kan avslöja personens identitet tas bort när enskilda personers uttalanden citeras.

Mitt deltagande är frivilligt och jag är införstådd med att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan påföljder.

.....

Underskrift

Datum

.....

Namnförtydligande

BILAGA D: INTERVJUGUIDE



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Syftet är att beskriva kvinnors erfarenheter av att genomgå ett flertal IVF-behandlingar.

Frågor till den semistruktureradeintervjun:

Korta demografiska frågor för att få en uppfattning om undersökningsgruppen/populationen

- Hur gammal är du?
- Är du sambo/gift/särbo/annat?
- Är du tillsammans med en kvinna, man, hen eller ensamstående?
- Hur många IVF-behandlingar har du/ni genomgått?
- Hur många år har IVF-behandlingen pågått?
- Har man funnit någon orsak till att ni inte blivit gravida?
- Är alla IVF-behandlingar med samma partner?
- Har någon IVF-behandling lyckats?
- Är du i en IVF-behandling nu?

Huvudfrågor till examensarbetet

- Kan du berätta om dina erfarenheter av att genomgå ett flertal behandlingar.
- Hur påverkade behandlingsprocessen dig fysiskt, psykiskt, sexualiteten och socialt?
- Tycker du att det varit någon skillnad mellan behandlingarna?
- Vilka erfarenheter har du fått ifrån dina IVF-behandlingar
- Tycker du att du fått några positiva erfarenheter? Isf berätta mer
- Kan du sammanfatta för oss vad du tycker är det viktigaste som framkommit under intervjun

Följdfrågor

- Hur menar du?
- Kan du utveckla detta
- Vad innebär detta?
- Vad kände du?
- Vad tänkte du om detta?
- Kan du berätta mer om....
- Kan du ge något exempel eller utveckla?



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se