

Omhändertagandet av barnlösa par

Påverkan på graviditetsfrekvens och upplevelse av psykologiskt stöd och information

Marie Alm

Anna-Carin Fagersand

Barnlöshet har diskuterats i samband med prioriteringsutredningen och har varit den mest kontroversiella frågan. Par med fertilitetsproblem kan få hjälp på många sätt, både medicinskt och psykologiskt. Detta har varit utgångspunkten för en studie, som gjorts av två kuratorer vid kvinnokliniken. 1988 startades en samlad fertilitetsmottagning på Kvinnokliniken i Västerås. Hösten 1994 genomfördes en enkätstudie bland samtliga kvinnor som påbörjat fertilitetsutredning 1986/1987 respektive 1990 med syfte att kartlägga om det ökade omhändertagandet medförde skillnader mellan de båda grupperna avseende graviditetsfrekvens och upplevelse av psykologiskt stöd och erhållen information. Enkät-svaren visade att i årsgrupp 1990 var den spontana graviditetsfrekvensen signifikant högre. Patienterna i den gruppen ansåg sig också i stor utsträckning ha fått ett bättre psykologiskt stöd under utredning och behandling och kände sig mer välinformerade. Projektet har drivits i samarbete mellan kvinnokliniken och forskningsenheten vid Centrallasarettet i Västerås.

Författarna är kuratorer vid kvinnokliniken, Centrallasarettet i Västerås.

frekvens och upplevelse av psykologiskt stöd samt erhållen information.

METOD

Verksamhetsuppläggning 1986/1987

De patienter som hade försökt att få barn under mer än ett år kunde själva kontakta kvinnokliniken eller bli remitterade dit av annan läkare, för att påbörja en fertilitetsutredning. Patienten erbjöds då en läkartid hos någon av gynekologerna på kliniken. Vid det första besöket kom kvinnan oftast ensam. Hon fick då information om utredning och behandling och det gjordes en gynekologisk undersökning. Något generellt psykologiskt stöd under utredning och behandling erbjöds inte. De patienter som av läkaren upptäcktes må psykiskt dåligt senare under utredning remitterades till kurator för samtal. Den medicinska utredningen gick efter en viss plan, men var utdragen tidsmässigt. Spermalaboratoriet låg inte i anslutning till kvinnokliniken.

Verksamhetsuppläggning 1990

För att få starta en barnlöshetsutredning ringde paret själv till fertilitetsmottagningen på kvinnokliniken eller blev remitterade dit av annan läkare. Inom två månader kallades paret för ett samtal hos kurator på fertilitetsmottagningen då de informerades om utredning och behandling, litteratur, patientföreningen IRIS (Infertilas riksförening i Sverige) samt adoption. De förbereddes också på vad det kan innebära psykologiskt att genomgå en utredning. Efter informations-samtalet fick paret ta blodprover hos fertilitetsmottagningens biomedicinska analytiker, som har hand om spermalaboratoriet, tidsbokning och assisterar vid läkarbesök. Mannen fick en tid för spermaprov och kvinnan fick information om temperaturkurva som skulle föras. Läkarbesöket skedde inom 6 månader från det paret hade anmält sig till kvinnokliniken. Vid lä-

Genom åren har utvecklingen gått mot ett ökat omhändertagande av barnlösa par och vi tyckte därför att det var intressant att studera två årsgrupper (1986/87 och 1990) som fått olika psykologiskt stöd. Tidigare undersökningar (1,2) har visat att par med ofrivillig barnlöshet ofta befinner sig i en krissituation, som både påverkar relationen till partnern och till omgivningen. Andra undersökningar har visat att en del av paren blir spontant gravida mellan och efter behandlingar (3). Däremot har inga undersökningar gjorts på om ett ökat omhändertagande kan påverka graviditetsfrekvensen. Syftet med studien var att se om det fanns skillnader mellan de kvinnor som påbörjat fertilitetsutredning 1986/87 jämfört med 1990 med avseende på graviditets-

karbesöket fick paret återigen information om utredning och eventuell behandling. Utredningen fortskred efter ett visst schema och väntetiderna var kortare än 1986/87. Det fanns en kontinuitet på personal. Genom att alla paren träffade kurator i inledningsskedet var det sedan lättare för dem själva att ta kontakt vid behov. Verksamheten 1990 fungerade i stort sett som den gör idag.

Patienturval

I vår studie vände vi oss till samtliga par som påbörjat en fertilitetsutredning 1986/87 respektive 1990 på kvinnokliniken i Västerås. Kriteriet för att ha påbörjat en utredning var att man lämnat temperaturkurva och spermaprov. Av etiska skäl vände vi oss enbart till kvinnorna med hänsyn till att det var de som till största delen deltagit i fertilitetsutredning i gruppen 1986/87 samt att vi förstod att en del par hade separerat och kanske levde i nya förhållanden. Vi valde 1986/87 som en årsgrupp för att den skulle till antalet vara lika stor som 1990-gruppen. De 177 utvalda patienterna besvarade ett enkätformulär som skickades ut per post tillsammans med ett introduktionsbrev. I brevet informerades om syftet med undersökningen samt om sekretessen. En skriftlig påminnelse skickades ut efter 10 dagar respektive 1 månad. De som inte hade svarat kontaktades per telefon.

Bortfall

Den totala svarsfrekvensen var 79%. I gruppen 1986/87 var svarsfrekvensen 72% och i gruppen 1990, 86%. Vid telefonsamtal med dem som inte svarat efter två påminnelser fick vi in ytterligare svar. Bland dem som inte svarade framkom att man inte orkade p g a känsломässiga skäl.

Frågeformulär

Frågeformuläret innehöll 5 olika frågeställningar. Vi frågade efter olika bakgrundsvariabler som ålder, civilstånd, infertilitetsduration samt primär och sekundär fertilitet. En annan frågeställning var hur mycket information som erhållits om utredning, diagnos och behandlingsalternativ. Vi frågade om antalet graviditeter, vilka behandlingar som lett till graviditet och vad graviditeten ledde till. De fick också besvara frågor om hur de löst sin situation om de ej blivit gravida. Till sist fick kvinnorna skatta på en visuell analogskala vilket psykologiskt stöd paren fått.

RESULTAT

Grupperna var likartade med avseende på patientkarakteristika (tabell 1).

Tabell 1. Patientkarakteristika.

	Årsgrupp	
	86/87	90
Antal par	70	68
Kvinnans ålder (medel + range)	27,7 (19-40)	27,9 (20-42)
Barnlös antal år (medel + range)	3,2 (1-10)	2,9 (1-8)
Primär infertilitet* (antal)	49	46
Sekundär infertilitet* (antal)	21	22

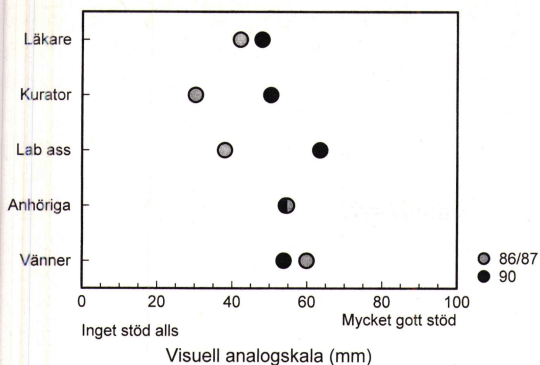
* Med primär infertilitet menas att kvinnan aldrig varit gravid. Sekundär infertilitet innebär att kvinnan tidigare varit gravid och ineffattat barn, missfall och utomkvedshavandeskap.

Det fanns lika många kvinnor i båda grupperna (11 stycken) som hade ett barn innan utredningsstart. När det gäller skilsmässa hade 14% separerat i gruppen 1986/87 jämfört med 28% i 1990-gruppen. Vid separationen var samtliga par utom ett barnlösa.

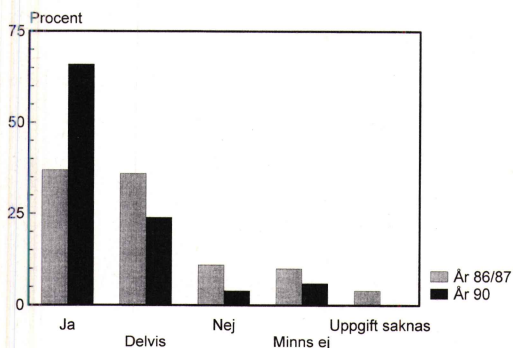
När det gäller graviditetsfrekvens per behandlingsförsök hade den inte ökat signifikant i årsgrupp 1990 jämfört med 1986/87. Däremot var den spontana graviditetsfrekvensen/månad signifikant högre 1990 med 1,6% jämfört med 1,1% 1986/87. Ca 30% i båda grupperna erbjöds inte behandling. Större delen av dem blev spontant gravida innan behandling var aktuell. De flesta av dem som erbjöds behandling genomgick den också. De kvinnor som avböjde angav som skäl bl a separation, dålig information om behandlingsalternativ (speciellt vid nedsatt spermafunktion hos mannen), övervikt, personliga skäl, oro för risker med behandlingen, make ville ej.

1990-gruppen upplevde att de fått ett bättre psykologiskt stöd än 1986/87-gruppen, (speciellt då det gällde lab ass och kurator) (figur 1). Skillnader mellan årsgrupperna framkom om vad man hade saknat i det psykologiska stödet. I gruppen 1986/87 uppgav nästan hälften att de saknade psykologiskt stöd. Då det gällde

I gruppen 1986/87 uppgav nästan hälften att de saknade psykologiskt stöd i 1990-gruppen var det endast några enstaka



Figur 1. Patienternas upplevelse av psykologiskt stöd från olika yrkesgrupper, anhöriga och vänner.



Figur 2. Procentuella andelen patienter som upp-gav att de fått information om utredning.

1990-gruppen var det endast någon enstaka som saknat detta stöd. Det som efterfrågades av 90-gruppen var mer uppsökande kontakt vid misslyckade behandlingsförsök och vid manlig faktor. I 1990-gruppen angav 13 personer att de fått fullgott psykologiskt stöd och inte saknat något.

Det visade sig att nästan dubbelt så många i årsgrupp 1990 som 1986/87 ansåg att de fått information om utredningen. Bara några få i 1990-gruppen saknade information (figur 2).

då det gällde besked om barnlöshetsorsak kunde vi inte se någon skillnad mellan årsgrupperna. På frågan om information om behandlingsalternativ var det 10% i årsgrupp 1990 mot 20% i årsgrupp 1986/87 som ansåg att de inte har fått detta.

I prioriteringsutredningen har barnlöshet varit en kontroversiell fråga

Ett ökat omhändertagande var förenat med en signifikant ökning av spontangraviditeter

Diskussion

I prioriteringsutredningen har barnlöshet varit en kontroversiell fråga och efter diskussioner flyttats från en lägre prioritering upp till prioriteringsgrupp 3. Denna grupp innefattar vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. Med hänsyn till osäkerheten hur ofrivillig barnlöshet ska uppfattas har utredningen prövat olika argumentationsvägar. Det man anger i slutbetänkandet av prioriteringsutredningen är att det inte är rimligt att göra åtskillnad på fall av barnlöshet med och utan påvisad biologisk rubbning. Den sänkta livskvaliteten hos det ofruktsamma paret är också i regel oberoende av om en rubbning kan påvisas eller inte.

Vår undersökning visade att ett ökat omhändertagande var förenat med ett oförändrat antal behandlingsgraviditeter men en signifikant ökning av spontangraviditeter. Att antalet behandlingsgraviditeter inte skiljer sig mellan grupperna, trots att tekniken har förbättrats, kan bero på att materialet är för litet och att många fortfarande är under behandling. Man kan inte utesluta att det förbättrade omhändertagandet har inverkat på den högre spontana graviditetsfrekvensen i 1990-gruppen.

Då det gällde lösningen av barnlöshetssituationen var frågorna för tidigt ställda, då många i 1990-gruppen planerade fortsatta behandlingar. Det visade sig att i 1990-gruppen levde flera par utan barn och man hade ännu inte tagit ställning med avseende på adoption. I gruppen 1986/87 hade 12 par adopterat barn medan tre adopterat i 1990-gruppen. Ingen i någon av grupperna hade sett familjehemsbarn som ett alternativ. Vi kan alltså inte dra några slutsatser om det fanns någon skillnad mellan grupperna då det gäller förmågan att lösa sin barnlöshetssituation.

I 1990-gruppen har endast någon enstaka uttryckt en önskan om mer psykologiskt stöd medan de i gruppen 1986/87 påtalat att de saknat stöd i mycket stor utsträckning. Att 1990-gruppen anser att de är mer välinformerade om utredning och behandling tror vi beror på att informationen alltid ges till paret och vid två tillfällen. Det vi kan se är att upplevelsen av psykologiskt stöd (figur 1) och grad av information (figur 2) går i samma riktning, alltså mer positivt för 90-gruppen. Tendensen visar att en satsning på samtal kan ge detta resultat. Genom att systematiskt satsa på samtal leder det till att

patienten upplever mer psykologiskt stöd samt känner sig bättre informerad, med andra ord ett bättre omhändertagande. Det är tänkbart att det även kan påverka de medicinska resultaten positivt.

Vi är övertygade om att när 1990-gruppen avslutat sina behandlingar kommer den förbättrade informationen och det ökade omhändertagandet ha en positiv effekt både på välbefinnandet och förmågan att lösa sin barnlöshetssituation.

Svårigheten med att jämföra två årsgrupper på det sätt vi gjort är ju givetvis att den tidigare gruppen inte kan minnas lika bra, då det har gått nio år sedan de påbörjade en utredning. Många av dem som började 1986/87 fanns kvar i fertilitetsmottagningens verksamhet när den ändrade inriktning 1989 och det gör att grupperna tidsmässigt går in i varandra. För att klart kunna särskilja två årsgrupper skulle vi haft en grupp från ännu tidigare år, men detta var omöjligt då dessa par ej fanns samlade registrerade.

Denna studie har givit ytterligare belägg för att en barnlöshetssituation påverkar parens relation och att

skilsmässofrekvensen är högre än hos andra (jämförelse mellan resultat i vår studie och SCB 1986). Vi försöker vid informationssamtalet att förbereda paret på att svårigheter i relationen är vanliga under en utredning. Både mannen och kvinnan kommer alltid tillsammans vid detta samtal. Trots detta är det oftast svårt att motivera mannen till ytterligare samtalskontakt även om kvinnan önskar detta. Det är angeläget att parallellt med utredning och behandling kunna erbjuda paren möjlighet till relationssamtal.

REFERENSER

1. *Lalos A*: Psychological and social aspects of infertility. Akademisk avhandling, Umeå universitet. New series No 153-ISSN 0346-6612, 1985.
2. *Möller A*: Psykologiska aspekter på infertilitet. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, 1985, Akademisk avhandling.
3. *Wirtberg I*: His and her childlessness, Department of Psychiatry and Psychology, Stockholm 1992. ISBN 91-628-0695-5.
4. *Karlström P-O*: Direct intraperitoneal insemination-clinical results and comparison of two methods of sperm preparation. Fertility and sterility 56:939, 1991.