

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Ofrivillig barnlöshet

En intervjustudie om kvinnors upplevelser av graviditet och barnmorskans stöd under Covid-19 efter tidigare ofrivillig barnlöshet

Infertility

An interview study on women's experiences of pregnancy and midwife support during Covid-19 after previous infertility

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2021

Författare:

Fanny Blomgren

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestuderande

Josephine Carstorp

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestuderande

Handledare:

Ewa Andersson

Leg. Barnmorska

Docent

Examinator:

Emilija Wilson

Leg. Barnmorska

Biträdande Lektor

Sammanfattning

Bakgrund: Ofrivillig barnlöshet drabbar mellan 10–15 procent av alla par i Sverige. Detta kan upplevas som en livskris som fortsätter påverka individen även efter lyckad graviditet. Under Covid-19 pandemin har åtgärder för minskad smittspridning påverkat mottagandet av gravida inom mödrahälsovården. Det finns begränsat med forskning kring tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnors upplevelse av graviditet, och det saknas helt studier kring deras upplevelse under pandemin.

Syfte: Att undersöka tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnors upplevelser av graviditet och barnmorskans stöd under Covid-19

Metod: Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Tio kvinnor deltog från olika delar av södra- och mellersta Sverige. En innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) utfördes.

Resultat: I analysen framkom tre teman med tillhörande kategorier; “Kvinnans känslor”, “Behov av stöd” samt “Relation med barnmorskan”.

Slutsats: Kvinnorna i studien beskrev påfrestande känslor som ett resultat av tidigare obearbetade upplevelser av infertilitet, ensamhet samt svårigheter att förlika sig med att vara gravid. Pandemin har bidragit med ytterligare påverkan under graviditeten; då kvinnorna beskrev ökad oro samt isolering från sina anhöriga. Tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnor gav uttryck för behov av stöd och ett individanpassat bemötande där de får utrymme att prata med sin barnmorska om sina tidigare upplevelser.

Nyckelord: Ofrivillig barnlöshet, barnmorska, Covid-19, graviditet, stöd

Abstract

Background: Infertility affects between 10–15 percent of all couples in Sweden. This may be perceived as a life crisis that continues to affect the individual even after a successful pregnancy. During the Covid-19 pandemic, measures to reduce the spread of infection has affected the reception of pregnant women in maternal healthcare. There is limited research on previously infertile women's experience of pregnancy and there is a complete lack of studies on their experience during the pandemic.

Aim: To investigate previously infertile women's experience of pregnancy and midwife support during Covid-19

Method: Qualitative method with semi-structured interviews. Ten women participated from different parts of southern and central Sweden. A content analysis according to Graneheim and Lundman (2004) was conducted.

Result: The analysis revealed three themes with associated categories; "the woman's feeling", the need for support" and "the relationship with the midwife"

Conclusion: The women in the study described stressful feelings as a result of previously unprocessed experiences with infertility, loneliness, as well as difficulties in coming to terms with being pregnant. The pandemic further effected the women in the study as they have described more anxiety as well as isolation from their relatives. Previously infertile women expressed a need for support and an individualised treatment where they are given the opportunity to speak with their midwife about their previous experiences.

Keywords: Infertility, midwife, Covid-19, pregnancy, support

Ordlista

ICSI: Intracytoplasmatisk spermieinjektion. En spermie injiceras direkt in i ägget med hjälp av en tunn nål (Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning [Q-IVF], 2020).

IVF: In Vitro Fertilisering. Befruktning utanför moderns kropp. Det befruktade ägget får sedan dela sig och växa några dagar innan det förs in i livmodern. Kallas även provrörsbefruktning (Q-IVF, 2020).

EPDS: Edinburgh Post Depression Scale. EPDS är ett självskattningsformulär för screening av depressiva symtom under de senaste sju dagarna (Region Stockholm, 2020).

Innehållsförteckning

Inledning	6
Bakgrund.....	6
SARS-CoV-2 (COVID-19).....	6
Ofrivillig barnlöshet - definition och orsaker.....	6
Ofrivillig barnlöshet - en livskris	6
Kvinnors upplevelser av infertilitet och fertilitetsbehandling.....	7
Mödrahälsovårdens uppdrag	8
Besök för screening av psykosocial hälsa	8
Barnmorskans roll	9
Gravid under pandemin.....	9
Problemformulering.....	10
Syfte	11
Metod	11
Studiedesign	11
Urval.....	11
Datainsamlingsmetod	12
Dataanalys	13
Tabell 1. Exempel på kondensering	14
Etiska överväganden	15
Resultat	16
Tabell 2. Teman och kategorier.....	16
Kvinnans känslor.....	17
Tillit till sin egen kropp som gravid	17
Kvinnans upplevelse av graviditeten.....	18
Ensamhet under pandemin.....	20
Behov av stöd.....	23
Oro och riskmedvetenhet.....	23
Samtalsstöd.....	25
Relationen med barnmorskan	25
Mötet med barnmorskan.....	25

Barnmorskebesökets ramar.....	27
Samtal om ofrivillig barnlöshet	29
Metoddiskussion	31
Studiedesign	31
Urval.....	31
Urval och källtriangulering.....	32
Datainsamling.....	33
Pilotintervju	35
Dataanalys	35
Förförståelse	36
Överförbarhet.....	36
Resultatdiskussion.....	37
Huvudfynd.....	37
Diskussion	37
Slutsats	45
Klinisk betydelse	45
Förslag till vidare forskning	45
Tack till	46
Referenser	47
Bilagor.....	55
Bilaga 1. Facebook-grupper för publicering av inlägg	55
Tabell 3. Lista över de Facebook-grupper som kontaktades av författarna	55
Bilaga 2. Deltagarinformation.....	56
Bilaga 2.1 Facebookinlägg.....	56
Bilaga 2.2 Information och förfrågan om deltagande i studie.....	57
Bilaga 3 Intervjuguide	59

Inledning

Idén att undersöka effekter av tidigare ofrivillig barnlöshet och graviditet under Covid-19 väcktes i samband med verksamhetsförlagd utbildning inom mödrahälsovården under Covid-19-pandemin. Bemötandet av gravida kvinnor som genomgått fertilitetsbehandling efter tidigare ofrivillig barnlöshet upplevdes som bristfälligt. Denna grupp kvinnor uppfattades vara i behov av utökat barnmorskestöd. Till följd av Covid-19, rädsla för sjukdom och införda restriktioner i form av digitaliserade besök och partnerförbud, upplevde författarna det som svårt att tillgodose dessa behov.

Bakgrund

SARS-CoV-2 (COVID-19)

Den 31 december 2019 rapporterades fall av lunginflammation av okänd orsak i Wuhan City, Kina. Knappt tre månader senare, den 11 mars 2020 meddelade WHO att utbrottet av SARS-CoV-2, Covid-19, kunde karakteriseras som en pandemi (World Health Organization [WHO], 2021a).

Ofrivillig barnlöshet - definition och orsaker

Världshälsoorganisationen [WHO], definierar ofrivillig barnlöshet, infertilitet, som utebliven graviditet trots regelbundna oskyddade samlag under ett års tid (WHO, 2021b). Ofrivillig barnlöshet drabbar i Sverige mellan 10 - 15 procent av alla heterosexuella par (Q-IVF, 2020).

Den fertilitetsutredning som genomförs vid ofrivillig barnlöshet påvisar att infertilitet i en tredjedel av fallen orsakas av kvinnlig faktor, såsom utebliven ägglossning. Manlig faktor, exempelvis nedsatt spermiefunktion, är orsaken bakom infertiliteten hos en tredjedel av de par som utreds. För resterande tredjedel saknas förklaring till infertiliteten, vilket då definieras som oförklarlig barnlöshet (Mayer, 2010; Q-IVF, 2020).

Ofrivillig barnlöshet - en livskris

Ofrivillig barnlöshet påverkar kvinnors liv som helhet, i synnerhet den psykiska hälsan. Att vara ofrivilligt barnlös upplevs av många som en stor stressfaktor (Massarotti et al., 2019; Q-IVF, 2020). Det är vanligt att denna grupp kvinnor upplever känslor av sorg, frustration och osäkerhet (WHO, 2021).

I en systematisk översikt utförd av Chachamovich et al. (2010) framhålls hur infertilitet bidrar till signifikant lägre livskvalitet hos kvinnor. Rapporteringen visar bland annat hur kvinnor upplever emotionell instabilitet och nedsatta sociala förmågor till följd av infertilitet (Chachamovich et al., 2010). Resultatet stämmer väl överens med de fynd Massarotti et al. (2019) presenterar i sin undersökning av livskvalitet hos kvinnor före och efter IVF-behandling.

Kvinnors upplevelser av infertilitet och fertilitetsbehandling

Fertilitetsbehandling anpassas efter bakomliggande orsak till infertiliteten. Behandlingen kan omfatta allt från livsstilsförändringar, till ovalutionsstimulering, IVF och/eller donation av ägg eller spermier (Mayer, 2010; Q-IVF, 2020). I Sverige får ungefär två tredjedelar av de par som fått behandling för sin barnlöshet ett barn (Q-IVF, 2020).

De vanligast förekommande psykiska besvären som rapporterats hos kvinnor som genomgått fertilitetsbehandling är depression och ångest (Massarotti et al., 2019). Att genomgå fertilitetsbehandling är en utmanande process där par följer ett strikt tidsschema av behandlingar, läkarbesök och diverse undersökningar och ingrepp. Drabbade par tvingas planera sina liv efter behandlingsplanen vilket kan medföra känslor av att livet i övrigt står still. Hela tillvaron kretsar istället kring möjligheten att bli gravid (Peters, 2003).

I en kvalitativ studie av Sahin och Gursoy (2021) redogör kvinnor för sina upplevelser av samhällelig stigmatisering i samband med infertilitet. I en annan kvalitativ studie utförd av Peters (2003) beskriver kvinnor som genomgått IVF-behandling att de hemlighållit det faktum att de genomgått fertilitetsbehandling med avsikt att undvika stigma och ifrågasättande från utomstående.

Kvinnor som blivit gravida med hjälp av fertilitetsbehandling, upplever fortsatta psykiska och sociala påfrestningar efter den stress som behandlingen inneburit (Sahin & Gursoy, 2021). Somliga kvinnor beskriver känslor av misslyckande till följd av att de inte lyckats bli gravida på naturlig väg (Peters, 2003). Kvinnor som tidigare genomgått fertilitetsbehandling har svårt att släppa bilden av sig själva som infertila, trots graviditet (Allan & Finnerty, 2007.) Kvinnor som genomgått fertilitetsbehandling kan känna sig oförberedda inför sin graviditet vilket French et al. (2015) belyser i sin studie, om prenatala behov hos par som genomgått fertilitetsbehandling. Trots en stark barnlängtan upplevde kvinnorna i studien graviditeten som ett antiklimax och beskrev en känsla av tomhet och icke infriade förväntningar.

Mödrahälsovårdens uppdrag

Mödrahälsovårdsenheterna inom regionerna har skapat basprogram med direktiv för graviditetsövervakning. Dessa basprogram har vissa regionala skillnader, då det i Sverige saknas nationella riktlinjer (Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG, 2016). Syftet är dock detsamma; att främja hälsa och den naturliga processen samt att tidigt upptäcka avvikelser (Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm, 2020b). Vidare specificeras att övervakningen ska anpassas efter den gravida kvinnan och familjens individuella behov.

Mödrahälsovården erbjuder även föräldrautbildningar för blivande föräldrar. Målet med utbildningen är att förbereda föräldrarna inför förlossningen och föräldraskapet (Barimani et al., 2018). Hur dessa grupper ser ut skiljer sig åt mellan regioner, då det saknas nationella riktlinjer för hur dessa ska utformas (Socialstyrelsen, 2015; Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG, 2016).

I Mödrahälsovårdsenheten i Region Stockholms basprogram (2020b) nämns inte tidigare infertilitet som en risk eller något som behöver beaktas under graviditeten. Dock framhåller Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG (2016) att tidigare komplicerad eller långvarig ofrivillig barnlöshet är något som kräver extra omsorg och uppmärksamhet vid handläggning av graviditeten.

Till följd av Covid-19 har omfattande restriktioner införts för att undvika spridning av viruset. För mödrahälsovårdsenheter har det bland annat inneburit en övergång till digitala mottagningsbesök och införande av generellt besöksförbud på mottagningarna. Sådana restriktioner har medfört att endast den gravida får delta fysiskt vid besöket hos barnmorskan (Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm, 2020a).

Besök för screening av psykosocial hälsa

I Region Stockholm erbjuds ett enskilt besök för den gravida i vecka 16 med fokus på det psykosociala måendet. Som underlag för samtalet används Edinburgh Post Depression Scale (EPDS) för att uppmärksamma behov av stöd. Vid detta besök ingår även screening kring förlossningsrädsla och identifiering av eventuellt behov av amningsstöd. Vid behov kan även annan social problematik diskuteras (Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm, 2020b). Rekommendationer kring besök under graviditeten skiljer sig åt mellan regioner. I Region Skåne erbjuds gravida extra besök vid behov under graviditetsvecka 16–20 vid psykisk

ohälsa eller andra tillstånd som kan behöva extra stödsatser (Region Skåne, 2021).

Liknande rekommendationer finns även i Region Uppsala (Region Uppsala, 2021).

Barnmorskans roll

Att arbeta med reproduktiv hälsa kräver omfattande kompetens. Barnmorskor inom mödravården arbetar dels hälsofrämjande men också direkt vårdande i syfte att kontrollera utvecklingen av graviditeten. Ett sådant arbete kräver förmåga att individanpassa vården och möta den enskilda kvinnan utifrån hennes fysiska, psykiska, sociala samt existentiella behov. I samråd med den gravida kvinnan är barnmorskan också ansvarig för att inkludera den eventuella partnern i graviditeten för att förbereda familjen inför föräldraskapet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019).

Barnmorskans arbete kräver ständig dialog med kvinnan för att skapa tillit, trygghet och delaktighet. En god kommunikation och lyhördhet för kvinnans upplevelser och behov oavsett omständigheter skapar goda förutsättningar för barnmorskan att identifiera riskfaktorer samt bedöma och planera för individuella vårdbehov. I de fall där barnmorskan anser att den gravida kvinnan är i behov av ytterligare vård är barnmorskan skyldig att samarbeta med andra professioner för att främja välmående och hälsa under graviditet (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019).

Specifikt avseende ofrivillig barnlöshet och infertilitet framhåller Svenska Barnmorskeförbundet (2019) att barnmorskor ska kunna informera om behandling vid infertilitet. Vad gäller graviditet efter lyckad fertilitetsbehandling, framgår det inte vad barnmorskan har för specifikt ansvar, mer än att hen är ansvarig för att identifiera eventuellt förekommande psykisk ohälsa och bedöma, ge stöd och planera för fortsatt vård (Svenska Barnmorskeförbundet, 2019).

Gravid under pandemin

Redan tidigt under pandemin publicerades studier som påvisade en ökad risk för svår sjukdom hos gravida kvinnor som insjuknade i Covid-19 (Qiao, 2020). En sammanställning av data utförd av Socialstyrelsen påvisar att gravida kvinnor som insjuknat i viruset under graviditetsveckorna 22 – 36, löper en väsentligt högre risk än andra kvinnor att föda prematurt (<v. 28) (Socialstyrelsen, 2021).

Rädsla för att insjukna i Covid-19 har resulterat i att gravida kvinnor isolerat sig i hemmen under pandemin visar en systematisk översikt av Hessami et al. (2020). I en svensk studie utförd av Naurin et al. (2021) undersöktes hur effekter av Covid-19 pandemin påverkat gravida kvinnor och deras partners. Resultatet påvisar att gravida kvinnor upplevt otrygghet och minskat stöd till följd av klinikers införda partnerförbud. Likaså vittnar gravida om hur viruset bidragit till oro för den egna, partnerns men framförallt för det ofödda barnets hälsa. Forskarna belyser vikten av att inkludera partnern i graviditeten för optimering av gott partnerstöd. Känslan av samhörighet lindrar oro likväl som ångest (Naurin et al., 2021).

I en sammanställning av Wilson och Leese (2013) framkommer det att gravida kvinnor som genomgått fertilitetsbehandling upplever en ökad rädsla för att drabbas av missfall (Wilson & Leese, 2013). Processen fram till en graviditet har varit både lång och påfrestande varpå dessa kvinnor känner oro för hurvida det skulle vara möjligt att bli gravid på nytt (Hjelmstedt, Widström, Wramsby & Collins, 2003). Således upplever dessa kvinnor ofta otrygghet, oro och stress under graviditeten vilket föranleder ett ökat behov av individuell planering och stöd (Hjelmstedt, Widström, Wramsby, Matthiesen & Collins, 2003; Wilson & Leese, 2013). Slutsatser om individanpassning och utökat stöd överensstämmer med de fynd Yilmaz et al. (2020) och Massarotti et al. (2019) presenterar i sina studier. Denna grupp kvinnor har således kunnat beskrivas som särskilt utsatt redan före utbrottet av Covid-19.

Problemformulering

Ofrivillig barnlöshet påverkar kvinnors hälsa och livskvalitet negativt. Processen för att bli gravid innebär fysiska, psykiska, emotionella och sociala påfrestningar för de kvinnor som drabbas (Chachamovich et al., 2010). Majoriteten av ofrivilligt barnlösa par lyckas bli gravida med hjälp av fertilitetsbehandling (Q-IVF, 2020). Forskning med avsikt att undersöka tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnors mående under graviditeten är begränsad, fastän det är klarlagt hur denna anseliga grupp har ett ökat behov av individuell planering och stöd.

Med bakgrund av kunskapsbrist och Covid-19 relaterade restriktioner ämnar denna studie att undersöka hur kvinnor som blivit gravida under Covid-19 pandemin efter en period av ofrivillig barnlöshet upplever stödet från barnmorskor inom mödrahälsovården.

Syfte

“Att undersöka tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnors upplevelser av graviditet och barnmorskans stöd under Covid-19”

Metod

Studiedesign

Studien genomfördes utifrån en kvalitativ ansats med intervjuer. Då syftet med studien var att undersöka kvinnors upplevelser utgjorde en kvalitativ metod ett passande tillvägagångssätt. Intervju som datainsamlingsmetod är lämplig för att undersöka erfarenheter i syfte att förstå upplevelser (Danielson, 2017).

Urval

Studiens urvalsprocess var icke-slumpmässig och urvalet ändamålsenligt. Författarna använde sig av olika grupper på Facebook för att inkludera deltagare (Bilaga 1, tabell 3). Administratörer för diverse Facebook-grupper som riktar sig mot gravida och nyblivna mödrar år 2020/2021 kontaktades för godkännande av inlägget (Bilaga 2.1). Gruppmedlemmar och potentiella deltagare kontaktade författarna via kontaktuppgifter i det publicerade inlägget varvid de erhöll skriftlig information om studiens syfte, frivilligt deltagande, konfidentiell hantering av data samt praktisk information om tillvägagångssätt för webbaserad intervju via Zoom (Bilaga 2.2).

Inklusionskriterier: Studien inkluderar kvinnor som varit gravida med sitt första barn under Covid-19-pandemin efter genomgången fertilitetsbehandling till följd av ofrivillig barnlöshet > 1 år. Inklusion förutsätter inskrivning hos mödrahälsovården och att minst 30 fullgångna graviditetsveckor passerat. Samtliga inkluderade deltagare är myndiga, svensktalande och bosatta i Sverige.

Exklusionskriterier: Kvinnor som lever ensamstående eller i en homosexuell parrelation exkluderades i studien då de behövt fertilitetsbehandling av biologiska skäl som nödvändigtvis inte beror på infertilitet. Därutöver exkluderades deltagare drabbade av sekundär infertilitet samt deltagare som ej behärskade det svenska språket.

Totalt lämnade 23 kvinnor en intresseanmälan för eventuell medverkan. Av dessa 23 kvinnor inkluderades totalt elva deltagare som alla uppfyllde studiens inklusionskriterier. Initialt

exkluderades 12 kvinnor varav fem personer exkluderades då de ej uppfyllde studiens inklusionskriterier och resterande åtta kvinnor exkluderades på grund av begränsad tidsåtgång för utförande av studien. De elva kvinnor som först lämnade godkännande för att delta i studien inkluderades. En deltagare kom att exkluderas efter genomförd intervju på grund av språkförbristning. Resultatet bygger således på tio intervjuer med tio kvinnor.

Sju deltagande kvinnor hade fött sitt första barn före tiden för intervjun, resterande tre deltagande var fortsatt gravida vid tiden för genomförd intervju. Kvinnorna var bosatta i olika regioner i södra och mellersta Sverige, främst storstadsregionerna. De var i skilda åldrar mellan 32 och 42 år, med en medelålder på 35. Samtliga deltagare har genomgått olika former av fertilitetsbehandling, inkluderat hormonbehandling, IVF samt IVF med äggdonation. De uppger sig har varit ofrivilligt barnlösa i mellan 2 till 5 år, med ett medeltal på 3,5 år.

Datainsamlingsmetod

En semistrukturerad intervjumetod användes för insamling av data.

Inför påbörjad datainsamling genomfördes en pilotintervju i syfte att testa den utformade intervjuguiden. Efter utförd pilotintervju adderades en följdfråga i intervjuguiden; hur kvinnan upplever sig påverkas av att partnern inte tilläts medfölja till barnmorskebesöken. Pilotintervjun är inkluderad i resultatet.

Den slutgiltiga intervjuguiden (Bilaga 3) bestod av sex stycken demografiska frågor, 13 stycken öppna frågeställningar med tillhörande åtta stycken följdfrågor som vid behov kunde användas för ytterligare detaljer och djup i berättelsen. Även följdfrågorna var av öppen karaktär. Varje intervju hölls av en författare i rollen som intervjuare och den andra som observant. Författarna har modererat fem intervjuer vardera.

De synkrona intervjuerna genomfördes via webb på grund av den rådande Covid-19 pandemin. Intervjuerna spelades in och pågick i cirka 30 – 60 minuter.

Dataanalys

Data analyserades genom en konventionell innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Intervjuerna spelades in för att sedan transkriberas. Materialet lästes igenom flertalet gånger av författarna var för sig för att få en upplevelse av helheten. Alla moment av innehållsanalysen genomfördes tillsammans. Meningsbärande enheter, relevanta meningar och stycken som tolkades besvara syftet, plockades ut som väsentligt underlag för analys. Genom att först kondensera, sedan koda och slutligen kategorisera det centrala innehållet i de transkriberade intervjuerna, kunde det centrala budskapet identifieras. Utifrån det manifesta innehållet formulerades slutligen teman med tillhörande kategorier utifrån vilka det latent innehåll, resultatet, kunde tolkas (Granheim & Lundman, 2004).

Tabell 1. Exempel på kondensering

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Kategori	Tema
”Utan jag kan ju jämföra mig med andra som har barn och jag tror att jag är lite mer tacksam För att jag fick kämpa så himla länge och flera jag känner, de blev ju gravida nästan direkt Åh där känner jag väl att jag är mer tacksam än vad de är”	Att ha kämpat länge för en graviditet medför en större tacksamhet jämfört med andra som blivit gravida direkt.	Mer tacksam än andra	Kvinnans upplevelse av graviditeten	Kvinnans känslor
hon var väl stressad kanske... eller så hade hon en dålig dag eeh... det kändes mest som; kom in... här tar vi måtten... mår du bra... ja... och så går jag ut igen. Kändes inte som hon hade så mycket tid	Stress och tidsbrist vid mötet med barnmorskan	Tidsbrist	Barnmorskebesökets ramar	Relationen med barnmorskan

Etiska överväganden

Vid studiens utformning har författarna tagit hänsyn till de forskningsetiska principerna, i synnerhet kring kraven på deltagarnas autonomi samt att undvika att deltagarna utsätts för risker i samband med deltagande. Sådana principer beskrivs som centrala inom etiskt godkänd forskning (Medicinska forskningsrådet, 2000; Sykepleiernes Samarbeid i Norden [SNN], 2003; World Medical Association [WMA], 2018).

Principen om autonomi respekteras utifrån frivilligt deltagande (WMA, 2018). Samtliga deltagare kontaktade själva författarna med önskan om att delta. Potentiella deltagare erhöll skriftligt information om frivilligt deltagande och konfidentiell hantering av data (Bilaga 2.2). Samma information upprepades därefter muntligt inför påbörjad intervju och muntligt samtycke inhämtades. Sådana etiska överväganden hindrade utnyttjande av deltagarna (Kjellström, 2017). Konfidentiell hantering av data är förenligt med bestämmelser i personuppgiftslagen (1998) såtillvida att sådan behandling av personuppgifter skyddar deltagarna mot att deras personliga integritet kränks.

Vid val av urvalsmetod har författarna tagit hänsyn till att ofrivillig barnlöshet kan uppfattas som känsligt att tala om. Genom kontakt via administratörer för olika Facebook-grupper, samt att deltagarna själva uppmanades kontakta författarna för vidare information, försökte författarna aktivt underlätta för de kvinnor som ej önskar delta i studien. Detta då gruppen upplevs som särskilt utsatt och ämnet av känslig art (Medicinska forskningsrådet, 2000). Rekryteringsprocessen för inklusion av deltagare var således utformad för att i möjligaste mån undgå att skada eller sära potentiella deltagare (Kjellström, 2017).

Efter avslutad studie planerar författarna att redovisa studiens fynd ute i berörd verksamhet. Ambitionen är att studieresultat leder till ökad förståelse och praktisk nytta. Således uppfylls även godhetsprincipen, som bland annat syftar till att förebygga framtida skada (Medicinska forskningsrådet, 2000; SNN, 2003).

Återföring av resultat till forskningspersonerna säkerställdes genom att författarna mejlade ut den sammanställda rapporten till samtliga deltagare (Sandman & Kjellman, 2018; Helsingforsdeklarationen, 2013).

Utformningen av studien är förenlig med lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003) med bakgrund av att studien utförts med respekt för människovärde och med hänsyn till personlig integritet, frihet och mänskliga rättigheter.

Resultat

Analysen resulterade i tre teman; *Kvinnans känslor*, *Behov av stöd* respektive *Relationen med barnmorskan*. Varje tema presenteras nedan och inleds med en kort presentation, en tematext. Sedan följer utformade kategorier. Dessa kategorier presenteras i form av sammanfattande text som beskriver innehållet och följs sedan av exemplifieringar i form av citat från genomförda intervjuer i syfte att tydliggöra substansen i resultatet. Nedan följer en tabell över utformade teman och kategorier.

Tabell 2. Teman och kategorier

Tema	Kategorier
Kvinnans känslor	<i>Tillit till sin egen kropp som gravid</i> <i>Kvinnans upplevelse av graviditeten</i> <i>Ensamhet under pandemin</i>
Behov av stöd	<i>Oro och riskmedvetenhet</i> <i>Samtalsstöd</i>
Relationen med barnmorskan	<i>Mötet med barnmorskan</i> <i>Barnmorskebesökets ramar</i> <i>Samtal om ofrivillig barnlöshet</i>

Kvinnans känslor

I detta tema beskrivs och belyses den variation av känslor som kvinnorna upplevde under graviditeten och som beskrevs vara ett resultat av ofrivillig barnlöshet, fertilitetsbehandling och pandemin. Känslor av överklighet, ensamhet och självkriticism till följd av ofrivillig barnlöshet och Covid-19 upplevdes som påfrestande känslor.

Tillit till sin egen kropp som gravid

Kvinnorna beskrev hur de under graviditeten tampades med inställning och känslor av att något *måste* gå fel och att de aktivt letade efter tecken i graviditeten som skulle bekräfta dessa känslor. Känslor av att inte vilja ta ut något i förskott eller våga fyllas av förväntan inför barnets ankomst hindrade kvinnorna från att kunna glädjas fullt åt graviditeten. Att det sedan skulle komma ett barn upplevdes inte som självklart.

“Man var ju ändå ganska... alltså, någonstans är man ju ändå inställd på att, alltså det kommer kanske inte bli någonting. Det blir ju en form av... alltså försvarsmekanism... eeh, man vågar inte hoppas på någonting...” (Informant 9)

Kvinnorna framhåller även att de under graviditeten föreställde sig olika milstolpar, i samband med fysiologiska undersökningar, där de intalade sig själva att de skulle kunna börja tro på att graviditeten skulle fortlöpa, men att dessa milstolpar ständigt sköts upp.

“... dels lite det här perspektivet fram till 12 veckor... att missfallsrisken minskar betydligt då eeh... o... och sen liksom på något sätt fram till datumet för RUL eeh... och att det liksom hela tiden var lite sådär framskjutet till någon slags deadline. Eeh... mentalt i alla fall eeh... och att eeh... ja, men bara vi klarar oss hit liksom så kanske jag kan tro på det... eeh... eller bara vi klarar oss liksom på rutinultraljudet och det ser bra ut... aa, men då kanske jag kan börja tro på det. Det var väldigt svårt att börja glädjas åt graviditeten...” (Informant 5)

Kvinnorna beskrev också hur känslor av att graviditeten inte skulle hålla bidrog till en tillämpad försiktighet kring förberedelser inför barnets ankomst, där de varken ville börja prata om eller *boa* och praktiskt förbereda tillvaron inför livet med en bebis.

“... jag vet många som såhär liksom började peppa och köpa grejer och prata om graviditeten men jag hade lite svårt att slappna av och göra dom grejerna, jag tyckte det var lite jobbigt liksom så att... det kom nog såhär sista trimestern eller någonting... så kom det nog mer en känsla av att faktiskt, aa men nu kan vi nog börja prata om såhär att han kommer komma och att det ändå blir ett barn” (Informant 8)

Kvinnans upplevelse av graviditeten

Kvinnorna upplevde en känsla av överklighet under graviditeten. Med bakgrund av att det tagit lång tid att bli gravid upplevde kvinnorna att graviditeten var svår att ta in när den väl var ett faktum. Svårigheter att förlika sig men tanken på att faktiskt vänta barn var närvarande in i tredje trimestern av graviditeten.

“Aa, eeh... de... det kändes som att man hade väntat så länge på någonting som eeh... som många tar för givet, men att det kändes som att eeh... det inte skulle hända oss någonsin egentligen, eeh... och att det då gjorde det kändes väldigt omständligt och svårt att ta in...”
(Informant 5)

Kvinnorna beskrev också hur graviditeten uppfattades som en ogripbar period, en gråzon där de inte längre var ofrivilligt barnlösa - men de hade inte heller något barn.

“I princip en sekund efter att man fick plus på stickan så... så blev man ju orolig liksom... det blev som en mellanperiod liksom... jag var inte ofrivilligt barnlös längre... men jag hade heller inget barn liksom... utan det var något slags vakuum såhär, i något mellanland liksom där man inte visste var man skulle... eeh... aa, men vart man var längre... var man, så att... aa men det blev som en aa... inte identitetskris men det var som man... aa, jag kunde inte längre beklaga mig för att man var ofrivilligt barnlös men jag hade ju heller inget barn så

man, eeh... aa... man visste liksom inte varken ut eller in hur man skulle bete sig under den här perioden liksom...” (Informant 6)

Kvinnorna beskrev hur överklighetskänslor och svårigheter att ta in graviditeten gav upphov till en ängslan inför den framtida anknytningen till ens barn. Att inte tro på att graviditeten var sann medförde tankar kring hur den egna reaktionen skulle bli när barnet väl fötts.

“... alltså man tänker ju mycket i och med att det fortfarande känns överkligt... eller liksom abstrakt... då oroar man sig ju mer, alltså, för anknytningen och hela den biten och hur man kommer reagera när barnet väl är ute...” (Informant 9)

Kvinnorna beskrev känslor av tacksamhet inför sin graviditet. En tacksamhet över att de kunnat bli gravida och en tacksamhet över att få ett barn, även om vägen till graviditeten av flera deltagare beskrivs som en sorg. Kvinnorna talade även om tacksamhet kopplat till glädje. Att inte känna glädje under graviditeten gav upphov till känslor av otacksamhet och skuld. Kvinnorna beskrev hur detta hindrade dem från att bearbeta känslor som uppstått under tiden de varit ofrivilligt barnlösa.

“asså under graviditeten, det var inte bara... asså... det var inte bara att jag var ledsen över att det tagit lång tid, utan jag var otroligt tacksam över att jag ens kunde få... kunde bli gravid var jag först väldigt tacksam över och sen väldigt tacksam över att jag kunde få ett barn...” (Informant 1)

Kvinnorna berättade vidare hur graviditeten inte varit en självklarhet för dem, varför graviditeten också upplevts som något skört och förgängligt vilket bidrog till starkare känslor av tacksamhet hos dem än hos andra par. Dessa känslor medförde att upplevelser under graviditeten, såsom fosterrörelser, uppskattades mer. Även tankar om att fysiska besvär, såsom illamående och graviditetsrelaterad bäckensmärta, var orsakade av graviditeten i sig, och bidrog till känslor av meningsfullhet. Kvinnorna beskrev hur en sådan inställning upplevdes lindra besvären.

“Ja, men man blir ju... det är väl som med allt när man vet att någonting inte... eeh... kanske kommer igen eller när någonting är lite mer skört så uppskattar man ju det på ett annat sätt

tycker jag...då känner man ju... aa, men sig väldigt tacksam och glad för att det går och liksom... det blir ju extra stort på något sätt eeh... dom små sparkar man känner o allting liksom att det finns någon där inne liksom... och att det gick överhuvudtaget!" (Informant 8)

Kvinnorna berättade hur de upplevde det som otacksamt att klaga på fysiska besvär kopplade till sin graviditet. Istället bar kvinnorna under graviditeten på en inställning av att *lite får man tåla*.

"(gråtmild) Alltså... jag har varit glad för varje... varjeee... varje sekund skulle jag säga... (bebis jollar) eller... det kändes som att... även om... även om jag fick... aa men foglossningen till exempel... så... på nåt sätt fick jag en känsla av att jag sk... inte skulle klaga på den (gråtmild) för att då har... jag liksom varit otacksam typ (...informat gråter) Ungefär som att... aa... men lite får man tåla... " (Informant 2)

Ensamhet under pandemin

Kvinnorna upplevde att isolering under graviditeten till följd av Covid-19 pandemin har orsakat psykisk ohälsa och påverkat parrelationen. Kvinnorna beskrev behovet av sociala sammanhang, såsom att träffa kollegor, vänner och familj, och hur isoleringen varit direkt ogynnsam för deras psykiska hälsa.

"Det var inte alls, det var inte alls bra, varken för vårt äktenskap eller för mitt psykiska mående så var det ju katastrofalt att gå in i isolering" (Informant 1)

Kvinnorna uppgav också ett behov av intryck från omvärlden under graviditeten och som blivande föräldrar. Avsaknad av intryck från andra människor skapade en ökad oro. Isolering och inställda föräldrautbildningar som följd uppgavs bidra till känslor av ensamhet.

Kvinnorna beskrev ett behov av att kunna träffa andra personer som genomgått en graviditet eller som är föräldrar för att få bearbeta egna tankar och känslor kring att vara gravid och vänta barn.

“... jag tror jag har varit mer orolig än vad jag hade behövt vara liksom... att man oroar sig för allt i princip o... jag tror att det blir så när man inte får så mycket input från andra människor liksom o... man går här hemma och man kommer liksom inte ut så mycket, alltså... det blir väldigt såhär, dåligt med intryck... det har ju bara varit jag och min sambo liksom. Eeh... så att... aa... jag tror vi har liksom spätt på varandras oro på något sätt”

(Informant 6)

Kvinnorna berättade även hur isolering och brist på socialt umgänge under graviditeten upplevts som tråkigt, ledsamt och ensamt. Kvinnorna uppgav till exempel att de önskat få möjligheten att visa upp magen och prata med andra om graviditeten - men istället har de varit gravida som i inkognito.

“... jag har ju liksom varit hemma, jobbat hemifrån hela tiden... jag har ju liksom inte träffat några kollegor på plats eeh... så jag har ju liksom varit lite gravid i... eeh... lite inkognito typ... o såhär, ingen som ser en, man träffar inte så mycket kompisar eller eeh... man pratar inte så mycket om det på det sättet... det blir ju inte lika närvarande...” (Informant 8)

Isoleringen medförde också vissa fördelar, såsom att inte behöva känna social press, utan att istället vara tillåten att vara hemmavid och ta det lugnt.

"På ett sätt har ju pandemin varit bra på det sättet att det har inte ställts så mycket krav på att man ska vara social eller andra saker liksom.... så den delen har väl varit bra med pandemin... vi har väl varit inlåsta och haft det mysigt också liksom och bara njutit och varit hemma och väntat barn liksom" (Informant 7)

Kvinnorna upplevde att restriktioner i form av infört partnerförbud inom mödrahälsovården bidragit till att deras partners inte varit lika involverade i och under graviditeten som de hade kunnat vara om de hade tillåtits medfölja under barnmorskebesöken. Detta bidrog hos kvinnorna till känslor av ensamhet och påverkade parrelationen likväl som kvinnornas egen inställning till graviditeten.

“... det bidrog ju liksom till den här ensamhetskänslan. Och att han inte var superinvolverad. Nu, nu är han världens bästa pappa, men han var inte involverad under graviditeten och jag tror inte det hade varit så om han hade fått vara med. Det blev liksom väldigt abstrakt för honom. Om jag ville prata om bebisen, då var det “jaja, men hon är inte här än” och det hade kunnat vara bättre” (Informant 1)

Kvinnorna beskrev hur graviditeten var något som paret tillsammans, under lång tid, sett fram emot att dela, men att omständigheterna till följd av restriktioner förhindrade dem att gå som en enhet genom graviditeten.

“Det är ju aldrig roligt att känna att man känner sig ensam i någonting som man egentligen skulle vilja dela med någon. Eeh... och en graviditet är ju oftast någonting som eeh... delas av två personer... och eftersom det har funnits en... en längtan hos oss båda under flera år att få barn eeh... så... hade det varit skönt att kunna få liksom dela de här tankarna och känslorna mycket tidigare än vad jag upplever att jag har kunnat göra... eeh, så att ensamhet är ju i det här fallet något som känns väldigt negativt och det har också eeh... aa men lite som det här fysiska illamåendet mörkade en del av tidigare graviditeten för mig så känns det väl som att den här ensamheten när jag har fått må fysiskt bra, har mörkat en del av de här veckorna från mitten till slutet av graviditeten istället” (Informant 5)

Att som kvinna bära barnet, gå ensam på alla undersökningar och barnmorskebesök samt bli ansvarig för att vidarebefordra information mellan barnmorskan och sin partner upplevdes skapa känslor av utökat ansvar. Kvinnorna beskrev också hur de själva ofta fick ta initiativ till att involvera partnern via exempelvis telefonsamtal eller videosamtal under barnmorskebesöken.

“... så jag tycker att det känns lite som man såhär hoppade tillbaka i tiden och blev såhär ensamt ansvarig för ett barn liksom eeh... även om dom inte menar det och att alla har varit väldigt noga med att påpeka det att aa i början så sa barnmorskan väldigt tydligt att aa du får jättegärna ringa din partner om du vill att han ska vara med o sådär... men det är inte alltid någon som frågar eller som är med i samtalet och sådär, utifrån deras perspektiv, utan

då får man ta ansvar för det själv sen... eller jag upplever att jag fick ta ansvar för det själv...” (Informant 8)

En kvinna beskrev följande känslor i relation till att behöva gå ensam på barnmorskebesöken och ultraljudsundersökningarna under graviditeten.

“... så har det känts nästan ännu mer ensam att det bara lämnats över till MIG (stark betoning), det är ju också nånting som jag ville att vi skulle dela” (Informant 7)

Behov av stöd

I temat framkom det att kvinnorna ansåg sig vara i behov av stöd under graviditeten till följd av tidigare upplevelser av ofrivillig barnlöshet och till följd Covid-19. I temat redogörs för de faktorer som kvinnorna beskrev påverkade deras mående under graviditeten, och som därav gav uttryck för ett utökat behov av individanpassat stöd.

Oro och riskmedvetenhet

Kvinnorna beskrev blandade känslor av glädje och oro vid graviditetsbeskedet. De beskrev en riskmedvetenhet för att drabbas av missfall och uppger att deras oro förstärks utifrån tidigare upplevelser och erfarenheter av ofrivillig barnlöshet och fertilitetsbehandling.

“jag är nog precis lika lycklig som vem som helst annars som också är gravid med sitt barn... just den känslan tror jag inte är annorlunda... det är väl just den känslan hur man känner kring riskerna kanske.... jag är mer medveten om vad riskerna är och vad som kan hända och när det kan hända och hur det kan gå och just de känslorna kring det så.... det kanske är mer jag som har mer oro kanske.... att det inte ska gå bra...” (Informant 3)

Kvinnor som genomgått fertilitetsbehandling med IVF beskrev också en oro för att kroppen skulle stöta bort graviditeten till följd av att embryot placerats i livmodern manuellt - något som kroppen inte varit med på själv.

Tanken på att vid ett eventuellt missfall behöva genomgå ytterligare behandlingar var något kvinnorna uppgav oro inför. De beskrev även att denna oro förtog en del av glädjen under graviditeten.

“att jag är liksom så orolig och tänker att nånting ska gå åt helvete därför att... för mig är det liksom inte bara att om det skulle bli ett missfall eller om nånting skulle hända utan då vet inte jag om det skulle ta tre år till innan jag blev gravid igen eller om det ens skulle gå...”

(Informant 4)

Kvinnorna beskrev känslor av kontrollförlust under graviditeten. Trots att det inte funnits mycket de själva kunnat göra för att påverka utfallet, beskrev de en upptagenhet kring att göra *rätt* under graviditeten; exempelvis genom att följa rekommendationer om kost och motion. Kvinnorna berättade hur denna upptagenhet varit viktig för dem, just eftersom de själva kunnat anpassa sådana livsstilsförändringar i syfte att minska risken för missfall. Samtidigt beskrev kvinnorna hur fixeringen vid att göra *rätt* också upplevdes som en kravfylld skyldighet vilken kunde resultera i ökad oro i stunder där kvinnorna trott sig ha gjort *fel*.

“... och sen blir det väl också lite extra oroligt när jag... jag vet någon gång i början liksom så eeh... tränade jag och så hade jag kanske lite tuff träning o sen så // så fort det händer någonting så blir man ju väldigt sådära... aa nu är det jag som har gjort någonting eller missat någonting” (Informant 8)

Kvinnorna berättade hur de som gravida påverkades av känslor av osäkerhet och oro i samband med utbrottet av Covid-19 pandemin. Detta då det fortfarande saknades forskning för huruvida Covid-19 påverkade gravida kvinnor och foster; under såväl tidig som sen graviditet. Kvinnorna uppgav en rädsla för att smittas av viruset; och att de i möjligaste mån försökt skydda sig med hjälp av munskydd, handsprit och social distans. De beskrev vidare en stor oro för att vistas i folksamlingar.

“Så det har varit väldigt läskigt faktiskt. Det kändes hela tiden som att man var på väg att få det för att det var nån i ens närhet som fick corona. Och sen när man satt på tunnelbanan då var man ju också rädd // men jag var så himla rädd, att jag skulle bli sjuk eller (host) eller att HON bebin i magen att det skulle... att det skulle hända nånting” (Informant 1)

Samtalsstöd

Kvinnorna beskrev ett behov av samtalsstöd under graviditeten till följd av deras erfarenheter som ofrivilligt barnlösa. De framhöll hur infertiliteten präglade och fortsatt prägla deras liv trots graviditet varpå de har behov av att få älja sina känslor och bearbeta sina upplevelser. Vad kvinnorna upplevt i samband med den ofrivilliga barnlösheten och fertilitetsbehandling beskrevs närmast som en livskris som behöver bearbetas med hjälp av samtalsstöd under graviditeten.

“... man kanske hade kunnat erbjuda någon form av samtalsstöd, eller... jag vet inte om jag hade velat haft det... eller aa uppenbarligen har jag ju som sagt ett behov av att prata om det liksom! Så... det kanske hade varit trevligt att erbjuda någon form av... aa, att få prata med någon eller sådär... det är ändå en stor såhär livskris liksom... som man typ har kommit över fast ändå inte” (Informant 6)

Relationen med barnmorskan

I temat framkom det att den gravida kvinnans relation med barnmorskan var viktig för hennes upplevelse av graviditeten. Kvinnorna önskade en nära relation med sin barnmorska för att denna ska förstå dem och deras tidigare erfarenheter av ofrivillig barnlöshet. Genom att visa intresse för dessa upplevelser och erfarenheter, samt att våga ställa obekväma frågor relaterade till ämnet, kunde barnmorskan få ta del av kvinnans känslor och den eventuella psykiska påverkan hennes upplevelser haft. Detta kunde då stärka relationen mellan kvinnan och barnmorskan och på så sätt skapa förståelse och respekt för kvinnans individuella behov.

Mötet med barnmorskan

Att vara snäll, empatisk, engagerad och lyhörd beskrevs som positiva egenskaper hos en barnmorska. De kvinnor som uppgav att deras barnmorska besatt dessa egenskaper, beskrev att det kändes som att barnmorskorna fanns där för deras skull och att hen brydde sig *på riktigt*.

”... men annars var hon otroligt snäll och empatisk... äh och verkligen brydde sig på riktigt. Äh så där kände jag fick... jag fick ändå väldigt bra hjälp av henne på och det kändes bra också” (Informant 1)

Bland kvinnorna fanns dock en medvetenhet om att alla barnmorskor är olika som individer, och därför skiljer sig åt i möten med gravida. Det fanns även en genomgående misstro till att alla barnmorskor är kompetenta i sitt relationsskapande. En oförmåga att skapa en god relation kunde yttra sig i ett allmänt bemötande, snarare än ett individanpassat bemötande med den enskilda kvinnan i fokus.

”hon var lite sådär robotaktig liksom... det känns som att hon behandlade alla på samma sätt liksom... oavsett vem man var och så eeh... att det var inte så stort intresse från hennes håll eeh... kring mig som person utan det var mer som en såhär standardmall man gick igenom liksom” (Informant 6)

Kvinnorna upplevde osäkerhet beträffande vad barnmorskor på mödrahälsovården har för kompetens. Kvinnorna delgav att de inte kände till barnmorskors utbildningsprogram och klargjorde därmed att de inte heller visste vilka kompetenser en barnmorska har. Kvinnorna upplevde därutöver osäkerhet beträffande vilka kunskaper barnmorskor generellt besitter inom ämnet ofrivillig barnlöshet och framhöll att kompetens är viktigt för att kunna bemöta individen utifrån dennes upplevelser.

”Men det kanske man inte får i sin utbildning heller som barnmorska? Man kanske inte får den här... psykologiska biten med... hur bemöter man en kvinna som har haft 6 missfall... jag vet ju inte om den finns med i utbildningsprogrammet?” (Informant 3)

Kvinnorna beskrev återkommande upplevelser av att barnmorskor kommenterat deras olika besvär som normala, vilket inte alltid upplevts som positivt. Kvinnorna hade en förståelse för att barnmorskor bekräftar besvär som normala i syfte att förmedla trygghet och lugn, men

menade samtidigt att sådan normalisering bidrog till känslor av att deras bekymmer inte tas på allvar. En kvinna beskrev hur hon för sin barnmorska berättat om sin oro för missfall och vad normalisering i gensvar fått henne att tänka och känna:

”...ibland behöver man kanske om man uttrycker nånting som man är kanske orolig för eller nånting som är jobbigt att man inte bara får höra typ såhär att det är normalt att känna såhär... eller man behöver höra det också på ett sätt men samtidigt så tycker jag att ähm.... kanske.... ja men en barnmorska som är den som man träffar under graviditeten som kan säga såhär men XXX det där låter såhär som att... det är normal att vara orolig men inte sådär orolig, asså man ska inte behöva liksom må så som du mår” (Informant 4)

En kvinna beskrev ett positivt möte med sin barnmorska. Hon berättade hur barnmorskan fick henne att känna att graviditeten i sig var normal, men med en ständig hänsyn till att dess uppkomst var medicinsk. En sådan förståelse inför graviditeten upplevdes som trygghetsingivande.

“...aa men det här är en normal graviditet liksom och den ska vi behandla som alla andra men vi är båda medvetna om hur den har uppkommit...// och att det också har betydelse för hur man kanske mår under en graviditet // Och en förståelse för då att aa... en del av de tankar och oro som kan uppstå också då naturligtvis berör det som har varit tidigare (nickar instämmande)” (Informant 5)

Barnmorskebesökets ramar

Kvinnorna beskrev upplevelser av att mycket ska hinnas med under kort tid i samband med besöken hos barnmorskan. Tidsbrist hindrade samtal om ofrivillig barnlöshet och medförde att de gravida inte fick sina frågor besvarade. Kvinnorna upplevde således inte att barnmorskorna hade utrymme för att ta hand om och agera på frågor av känslig art. Besöken hos barnmorskan beskrevs som allmänt stressiga.

“Så, det var inte nånting som liksom liksom vi gick in på... det hann, det hann vi inte. // Men jag kände att det var så mycket annat som skulle hinnas med under mötena ähh så... aa jag vet inte hur man skulle kunna hinna få till en sån grej” (Informant 1)

Att ta sig tid att samtala med kvinnorna trots att det fanns en tidsbegränsning upplevdes som mycket positivt. Kvinnorna framhöll hur barnmorskan framstod som engagerad då hen tog sig tid att ställa frågor som gick utanför mötets ramar; exempelvis frågor om hur sommaren varit. Det upplevdes som mycket positivt när barnmorskan gav uttryck för att ha tid att lyssna på kvinnan.

“Aa, hon var fantastisk! Jättebra barnmorska! ah men det kändes alltid som hon hade all tid i världen... de hade hon säkert inte men hon gav det intrycket.” (Informant 2)

Kvinnorna berättade också hur tidsbrist gav upphov till stress hos barnmorskan. Stressen i sig upplevdes försämra mötet och relationen med barnmorskan samt försvåra kommunikationen. Kvinnorna beskriver hur ett möte präglad av stress och tidsbrist skapade oro och nervositet hos dem själva då kvinnorna upplevde att barnmorskan inte hann med det som skulle hinnas med under besöket.

Kvinnorna beskrev upplevelsen av att en checklista eller ett protokoll fanns närvarande vid besöken hos barnmorskan. Standardprotokollet upplevdes i sin helhet som utformat i syfte att kontrollera det fysiska måendet och graviditetens progress, snarare än att ta hänsyn till individuella värden. Kvinnorna upplevde det som att barnmorskan var ålagd att ta upp vissa ämnen, exempelvis förlossningsrädsla, medan den gravida kvinnan kanske egentligen hade ett behov av att tala om något annat, exempelvis sin tidigare fertilitetsbehandling.

“... och sen så hade jag kanske trott att det skulle vara mer eeh... jag vet inte... det var ju ingen som sa någonting om IVF eller barnlöshet eller som hade med det i tankarna så utan man pratade ju mer om förlossningsrädsla o så här ja, det känns som att man har sitt... sitt standardprotokoll och det är det man går igenom...” (Informant 8)

Kvinnorna uppgav även att barnmorskor i sitt arbete blev hindrade av standardprotokollet vilket sedan avspeglade sig i mötet med de gravida. Kvinnorna upplevde att barnmorskorna

hade engagemang och empati för de gravida, men att barnmorskorna istället för att möta behoven hos kvinnorna, behövde fokusera på standardprotokollets punkter. Kvinnorna beskrev dock att deras barnmorskor ibland gjorde avsteg från denna, vilket upplevdes som positivt. Kvinnorna menade att ett sådant förhållningssätt till standardprotokollet visade på barnmorskornas förståelse och engagemang för individen.

“Äh, nä men jag kände alltså apropå det här psykiska att hon kanske ville prata mer om det med mig men att hon var väldigt jäktad av sin checklista som hon behövde gå igenom. // För nu kändes det alltid som att det var utanför checklistan, men att vi gör ett undantag för att det är viktigt. Om vi äh, om vi hade en diskussion om hur jag mådde. Men som sagt det blev alltid lite jäktat liksom. // För jag tror de flesta barnmorskor har den här starka empatiska sidan, men om de inte hinner på grund av tidsbrist, då går det ju liksom inte” (Informant 1)

Samtal om ofrivillig barnlöshet

Övergripande berättade kvinnorna att de enbart tillfrågades om den ofrivilliga barnlösheten i samband med inskrivningsbesöket hos barnmorskan. Frågorna upplevdes som standardiserade och var av saklig karaktär såsom hur länge paret försökt bli gravida och vilken typ av fertilitetsbehandling som genomförts snarare än huruvida infertilitet och fertilitetsbehandling påverkat den enskilda individen och dennes mående.

“... det var typ i förbifarten första besöket... då var det bara såhär aa men du blev gravid med IVF... aa... aa, jag tror det var ungefär den... det är ungefär det vi har pratat om det men det har inte varit någonting mer än det... det har inte riktigt varit med alls faktiskt... jag kanske hade väntat att det skulle vara med på något sätt...” (Informant 8)

Kvinnorna saknade att barnmorskor visade ett intresse för och ställde frågor om den ofrivilliga barnlösheten under graviditeten. De uttryckte en önskan om att barnmorskor stannade upp i besöket och vågade ställa *obekväma* frågor, såsom hur individen upplevt den ofrivilliga barnlösheten i sig men också hur erfarenheter av ofrivillig barnlöshet påverkat upplevelsen av att vara gravid samt det psykiska måendet under graviditeten.

”... om hon hade varit eller kanske ah men frågat mig lite mer obekväma frågor eller sådär så hade vi kanske... ja men då hade jag kanske öppnat upp mig lite mer kanske // det hade liksom kunnat bli... bättre än vad det varit nu...” (Informant 4)

Kvinnorna beskrev vidare hur barnmorskor borde betrakta tidigare ofrivillig barnlöshet som en risk vilken kan komma att påverka kvinnan och hennes psykiska mående i graviditeten. Att barnmorskan lyfte frågan om ofrivillig barnlöshet och intresserade sig för individens upplevelser av förloppet beskrevs av kvinnorna som viktigt i syfte att uppmärksamma ett eventuellt behov av stödsatser.

“... jag tror att det hade jag nog velat att hon hade frågat mer kring liksom... visat mer intresse liksom och eeh... jag har ju ett ganska stort eeh... behov av att prata om det liksom... så att det eeh... aa, bara, även om det kanske inte spelar så stor roll för henne och för graviditeten, men bara fråga // bara visat ett intresse för själva processen man har gått igenom liksom... // Det har ändå varit en stor del av ens liv och liksom... det är någonting som verkligen har präglat en och kommer att göra det resten av livet också liksom. Man eeh... aa, det känns bra att prata om det helt enkelt” (Informant 6)

Kvinnorna beskrev ett behov av att prata om tidigare upplevelser och erfarenheter av ofrivillig barnlöshet. Kvinnorna uppgav en vilja att tala om den ofrivilliga barnlösheten med sin barnmorska på mödrahälsovården redan vid inskrivningsbesöket då tankar och känslor från genomgången fertilitetsbehandling ännu var obearbetade. Därutöver framhöll kvinnorna hur samtal om ofrivillig barnlöshet med fördel kunde vävas in i barnmorskebesöken fortlöpande under graviditeten och att det i många fall skulle räcka att ägna ett fåtal minuter åt ämnet.

“... den ofrivilliga barnlösheten att den tar liksom över hela ens liv... så då känns det så konstigt när man kommer till att man är gravid och så ska man inte prata någonting om det längre, utan att det bara är passerat, eeh... fast det hänger liksom kvar lite och jag tror att... men bara att få ha ett litet utrymme i början, att såhär diskutera den upplevelsen, o hur det

var o hur det... hur det kändes att plussa o såhär, såna frågor som ni ställer nu skulle nog eeh... ha varit jätteskönt att bara få lufta lite sådär... tycker jag!” (Informant 8)

Ett positivt samtal med barnmorskan kännetecknades av lyhördhet för tidigare upplevelser.

“Det har funnits en väldig lyhördhet till att vi har genomgått IVF och att vi har varit ofrivilligt barnlösa eeh... det är någonting som jag upplever är väldigt... att hon har varit mån om att prata om eeh... det kändes som att hon har ganska bra koll på vad det innebär... eeh... och har också lyft mycket kring min oro kring just de här bitarna att det har varit svårt att ta till sig kanske överhuvudtaget att jag är gravid... o... så det tycker jag har fungerat bra känner jag” (Informant 5)

Metoddiskussion

Studiedesign

Då syftet med studien var att undersöka kvinnors upplevelser av ett fenomen, utgjorde en kvalitativ metod ett passande tillvägagångssätt. Således har studiens syfte legat till grund för val av metod (Danielson, 2017).

Redan vid utformningen av en övergripande planering för studiedesign och datainsamlingsmetod upprättades en plan för hur den vetenskapliga kvaliteten kunde säkerställas. Både teoretiska, empiriska och etiska kriterier diskuterades författarna emellan för att kunna upptäcka kvalitetsbrister. En tidig diskussion avseende den vetenskapliga kvaliteten möjliggjorde för författarna att kunna revidera i planeringen för att god kvalitet skulle kunna uppfyllas.

Urval

Inför påbörjad urvalsprocess beslutade författarna i samråd med handledare att inkludera cirka tio kvinnor för deltagande. Valet att inkludera cirka tio deltagare baserades på rekommendationen om att insamlade data från både för få och för många deltagare kan

orsaka problem i analysarbetet och presentationen av resultat (Graneheim et al., 2017; Henricson & Billhult, 2017; Sandelowski, 1995). Dessutom stod en begränsad tid till studiens förfogande varpå det rekommenderas att anpassa studiens utformning efter tidsaspekten för att kunna göra en god analys av data (Henricson & Billhult, 2017).

Frivilligt intresse för medverkan betraktas som en styrka i studien då trovärdigheten ökar till följd av att deltagarna är intresserade av att dela upplevelser, tankar och känslor (Kvale & Brinkman, 2014).

Sammantaget intervjuades elva deltagare varav en deltagare och intervju exkluderades till följd av språkbarriär. Exklusion av denna deltagare genomfördes först efter utförd intervju. Totalt inkluderades således tio kvinnor för deltagande. Samtliga intervjuer har genomförts på svenska. Båda författarna har svenska som modersmål vilket styrker möjligheten att göra en rättfärdig tolkning och analys av insamlade data (Polit & Beck, 2004).

Urval och källtriangulering

Avseende urval, inkluderades ett fåtal deltagare med olika erfarenheter, men där samtliga medverkande kunde ge rika beskrivningar av fenomenet. Ett sådant urval skapar förutsättningar för variationsrika berättelser vilket stärker studiens trovärdighet (Graneheim et al., 2017; Henricson & Billhult, 2017).

Beslut för utformning av inklusionskriterier fattades med hänsyn till källtriangulering. Det vill säga att författarna, för att uppnå en spridning bland deltagarna, utformade inklusionskriterier ämnade för inklusion av kvinnor med olika relation till ofrivillig barnlöshet. Upplevelser av ofrivillig barnlöshet varierar, delvis beroende av faktorer såsom ålder, typ av fertilitetsbehandling, antal år som ofrivilligt barnlös och kontext. Således tillämpades källtriangulering för att stärka studieresultatets trovärdighet, vilket motiveras genom att resultatet är baserat på samtliga deltagares utsagor - trots olikheter i bakgrundsfaktorer (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Författarna har i studien inkluderat gravida kvinnor > 30 graviditetsveckor samt kvinnor som varit gravida och fött barn under Covid-19 pandemin. Således ligger upplevelserna av graviditeten, pandemin och den ofrivilliga barnlösheten nära i tid och minne för samtliga deltagare. Studiens syfte förutsatte att inkluderade deltagare hade tankar, känslor och

upplevelser *nära* i minnet för att kunna återge rika beskrivningar av fenomenet. Således påverkar tidsaspekten som inklusionskriterium studiens pålitlighet och trovärdighet positivt (Graneheim et al, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017).

Valet att inkludera gravida kvinnor > 30 graviditetsveckor fattades utifrån två aspekter; dels att författarna förespråkade spridning hos de inkluderade deltagarna, dels för att de ansågs ha tillräckligt mycket erfarenhet från mödrahälsovården och stödet av sin barnmorska för att kunna uttala sig i ämnet.

Datainsamling

Intervju som datainsamlingsmetod medför en möjlighet att skapa förståelse för deltagarnas upplevelser av ett fenomen (Danielson, 2017). Av den orsaken betraktades *intervju* som en gynnsam metod för datainsamling med hänsyn till studiens syfte.

I en intervjustudie betraktas författaren som medskapare till insamlade data. Detta då författaren i samband med intervjun interagerar med deltagaren som intervjuas. Således kan resultatet av en kvalitativ intervjustudie inte betraktas som oberoende av författaren (Graneheim et al., 2017). För att reducera variation i interaktionen mellan intervjuare och de olika deltagarna, utformades en semistrukturerad intervjuguide med tillhörande följdfrågor. Öppna frågeställningar med tillhörande följdfrågor kunde således anpassas utefter vad som uppdagades i varje enskild intervju. En semistrukturerad intervju kan därför betraktas som gynnsam för samspelet mellan intervjuare och deltagare varav interaktionen hålles likvärdig (Henricson & Billhult, 2017).

Vid samtliga intervjuer var det *en* författare som agerade intervjuare medan den andra agerade passiv deltagare. Ett sådant upplägg grundade sig på att två intervjuare i samma intervju kan upplevas som ett störmoment varpå det kan komma att påverka vilken information deltagaren delger (Danielson, 2017). Den andra författaren som agerat passiv deltagaren, släpptes in först på slutet av en intervju med möjlighet att ställa följdfrågor utifrån vad som sagts under intervjun. Ett sådant tillvägagångssätt tillämpades i syfte att förtydliga eventuella oklarheter som noterats under det passiva deltagandet. Att i slutet av intervjun inkludera den andra författaren, bidrog till mer omfattande innehåll och mer uttrycksfulla beskrivningar av fenomenet, utan att nödvändigtvis vara ett störningsmoment.

Författarna agerade intervjuare under fem intervjuer vardera. Detta betraktas som en svaghet i studien då författarna är olika individer vilket oundvikligen avspeglar sig i interaktionen med deltagarna under intervjuerna. Samtidigt betraktades datainsamlingen som ett lärotillfälle där båda författarna hade en vilja att vara aktiva i lärosyfte. För att i möjligaste mån förhindra olikheter i interaktionen med deltagarna utgick båda författarna från intervjuguiden under intervjuerna. Därutöver övade författarna in rollen som intervjuare inför påbörjad datainsamling. Betydelsen av att deltagaren tillåts prata till punkt diskuterades likväl som lämpliga bekräftande uttryck som kunde användas i intervjun utan att lägga in en värdering. Således tillämpade båda författarna en likartad intervjuteknik vilket reducerar risken för olika interaktion med deltagarna. Att inför datainsamlingen ha provat på att ställa frågor, och komma in i situationen som intervjuare kan betraktas som en styrka då det bidrar till ett mer bekvämt och avslappnat intryck under själva intervjun vilket för deltagaren att känna sig trygg att besvara (Danielson, 2017).

Vid genomförande av intervjustudier betonas vikten av att forskarna är flexibla och följsamma gentemot deltagarna, detta gäller även vid val av miljö för utförandet av intervjuerna (Henricson & Billhult, 2017). Samtliga intervjuer genomfördes digitalt på grund av den rådande Covid-19 pandemin. Inkluderade deltagare tillfrågades därutöver om de föredrog en specifik dag eller tid för genomförandet av intervjun och informerades att författarna anpassade sig därefter. Således upprätthöll författarna ett flexibelt och följsamt förhållningssätt gentemot samtliga deltagare.

Beslutet att genomföra intervjuerna digitalt via Zoom fattades i syfte att undvika smittspridning och med hänsyn till att majoriteten av deltagarna vid tiden för intervjuerna hade spädbarn. Att intervjuerna genomfördes på distans, innebar att varje enskild deltagare själv kunde bestämma kontexten för intervjuens genomförande. Premisser för en optimal intervju förutsätter dock en ostörd, trygghetsingivande miljö med en bra atmosfär. En sådan miljö skapar förutsättningar för att intervjun blir både innehållsrik och djup (Henricson & Billhult, 2017). Å ena sidan kunde deltagarna själva välja att intervjuas i den kontext som passade dem och deras situation bäst, vilket talar för en god intervjumiljö. Flera deltagare valde exempelvis att intervjuas i sitt hem, en trygghetsingivande plats. Å andra sidan är det diskutabelt huruvida det är möjligt att fullt fokusera på intervjufrågorna i ett sammanhang där deltagaren samtidigt är mammaledig och ansvariga för sitt barn och tillgodoseende av dennes

omedelbara behov, som ju ofta är fallet med spädbarn. Således hade kontexten för genomförandet av intervjuerna kunnat vara mer uppstyrd och *lika för alla*, men med hänsyn för pandemin beslutades att synkrona intervjuer via webb var det bästa alternativet.

I en studie som undersökt skillnaden i intervjuer över telefon kontra ansikte-mot-ansikte fann man dock inte någon betydande skillnad i intervjuerna vilket ändå talar för att synkrona intervjuer kan vara ett väl fungerande tillvägagångssätt (Sturges & Hanrahan, 2004).

Pilotintervju

Inför studien utfördes en pilotintervju i syfte att testa både upplägg och planerade frågeställningar. Utifrån genomförd pilotintervju kunde författarna utreda huruvida intervjuguiden var utformad för att besvara studiens syfte. Efter avslutad pilotintervju adderades en följdfråga i intervjuguiden; hur kvinnan upplever sig påverkas av att partnern inte tilläts medfölja till barnmorskebesöken. I övrigt återgavs relevanta data för studiens syfte under pilotintervjun varpå denna intervju också inkluderades för dataanalys och så småningom resultat. En pilotintervju var också en möjlighet att testa den tekniska utrustningen samt gav en möjlighet för författarna att planera tidsaspekten. Således kan en pilotintervju betraktas som en kvalitetssäkring för en väl fungerande datainsamling (Danielson, 2017).

Dataanalys

En studies pålitlighet påverkas av författarnas tolkning av data (Graneheim & Lundman, 2004). Av den orsaken var författarna noggranna med att ständigt reflektera över den egna förståelsen och att ständigt föra aktiv diskussion i samband med tolkning av data. Att vara fler än en person som genomför innehållsanalysen och genom att ständigt jämföra tolkning av data med rådata i form av transkriberade intervjuer, stärks vidare resultatets pålitlighet (Graneheim et al., 2017).

Vidare ökar studiens trovärdighet till följd av presenterade citat i resultatet. Citat underlättar läsarens förmåga att själv bedöma trovärdigheten och äktheten i det formulerade resultatet. Därutöver utgör citat ett sätt för författarna att prioritera deltagarnas röst framför författarnas egna tolkningar vilket stärker trovärdigheten (Graneheim et al., 2017).

Resultatets pålitlighet stärks utifrån redovisning av hur författarna genomfört innehållsanalysen (Tabell 2.) (Graneheim & Lundman, 2004).

Förförståelse

Efter verksamhetsförlagd utbildning inom mödrahälsovården under Covid-19 pandemin upplevde författarna en viss avsaknad av kunskap, samt brister hos barnmorskor att bemöta gravida kvinnor som genomgått fertilitetsbehandling efter ofrivillig barnlöshet. Likaså upplevde författarna brister inom mödrahälsovården till följd av Covid-19 och tillämpade restriktioner. Därutöver har författarna egna, personliga erfarenheter av ofrivillig barnlöshet. Sådana erfarenheter och upplevelser kan komma att påverka sättet frågor ställs på, vilka följdfrågor som ställs samt tolkning och analys av data (Graneheim et al., 2017). Då författarna var ett instrument för analys av data, fanns ett behov av att vara ständigt medveten om den egna förförståelsen.

För att i möjligaste mån förhindra tolkning utifrån egen förförståelse i samband med dataanalys, läste författarna igenom alla transkriberade data på nytt efter färdigställd innehållsanalys. Detta för att i möjligaste mån kunna försäkra att analysen var grundad i data snarare än i författarnas tolkningar. Ett sådant arbetssätt stärker studiens pålitlighet (Graneheim et al., 2017). Trots vidtagna åtgärder, är det inte möjligt att helt renskriva studien från författarnas förförståelse.

Överförbarhet

I resultatdiskussionen presenteras annan forskning som både stödjer och stärker det utformade resultatet i denna studien. Sådana fynd ökar överförbarheten av de presenterade resultaten. Studiens resultat kan således vara överförbart till andra kvinnor som blivit gravida efter ofrivillig barnlöshet. Å andra sidan, kan studieresultatet i sig inte betraktas som direkt överförbart till alla kvinnor i liknande situation. Resultatet från denna studie baseras på tio kvinnors subjektiva upplevelser av ofrivillig barnlöshet och stödet inom mödrahälsovården under Covid-19. *Få* deltagande och subjektiva resultat utgör faktorer som påverkar överförbarheten (Polit & Beck, 2004).

Huruvida studiens resultat vidare är överförbara till en motsvarande grupp kvinnor, men som lever i en annan kontext är fortsatt diskutabelt. Trots att forskning från olika länder uppnått liknande resultat, är det nödvändigt att vara medveten om hur individen påverkas av sin

kontext graviditet (Polit & Beck, 2004). Det kan exempelvis gälla rätten till vård på lika villkor, kulturella skillnader, *barn-normen*, och tillgång till en mödravård och barnmorska under sin graviditet. Likaså har samtliga länder världen över vidtagit olika restriktioner och åtgärder under Covid-19 pandemin vilket också kan komma att påverka överförbarheten. Kvinnorna i den aktuella studien har väntat sitt första barn under covid-19 pandemin. Samtliga upplevelser och erfarenheter de beskrivit under graviditeten är således färgade av denna kontext, något som bör beaktas vid tolkningen av resultaten.

Resultatdiskussion

Huvudfynd

Kvinnorna i studien beskrev påfrestande känslor som ett resultat av tidigare obearbetade upplevelser av ofrivillig barnlöshet, ensamhet under pandemin samt svårigheter att förlika sig med att vara gravid. Primärt framhöll de en känsla av överklighet inför att vänta barn och beskrev vidare en nedsatt tillit till den egna kroppen. Detta medförde en ängslan inför anknytningen till barnet. Likväl beskrev de en stor tacksamhet, till den grad att de upplevde känslor av skuld ifall de uttryckt missnöje eller besvär kopplade till graviditeten.

Kvinnorna uppgav att oro relaterat till graviditeten i sig men också till följd av Covid-19 påverkade dem under graviditeten. Känslorna av oro var intensiva vilket föranlett behov av utökat stöd.

I relation till barnmorskan beskrev kvinnorna vikten av ett personligt bemötande samt positiva egenskaper hos barnmorskan; såsom lyhördhet, empati och förståelse. Därutöver uppgav kvinnorna ett behov av att tala om sina tidigare upplevelser av ofrivillig barnlöshet, men att tidsbristen hindrade dessa samtal.

Diskussion

I vår studie fann vi att kvinnorna kände en nedsatt tilltro till den egna kroppen, vilket bidrog till en tro att komplikationer skulle tillstöta under graviditeten. *Något måste gå fel.*

Våra fynd är i likhet med de fynd French et al. (2015) presenterar i sin kvalitativa studie. French et al (2015) beskriver hur kvinnorna genom att utgå från ett negativt scenario hoppas minska det känslomässiga traumat vid ett eventuellt missfall. Hjelmstedt, Widström, Wramsby och Collins (2003) beskriver i sin longitudinella studie, hur kvinnor som tidigare genomgått IVF-behandling hade svårt att känna tilltro till graviditeten, på grund av en ökad riskmedvetenhet. Liknande resultat återfinns vi även i vår studie, där kvinnorna beskriver sig själva som mer medvetna om de problem som kan uppstå under en graviditet till följd av tidigare upplevelser av ofrivillig barnlöshet.

Kvinnorna i vår studie berättade att de inte vågade tänka positivt kring graviditetens utfall vilket hindrade dem från att fullt ut glädjas åt graviditeten. French et al. (2015) beskriver liknande resultat i sin studie. Forskarna framhåller hur tidigare ofrivilligt barnlösa par, under graviditeten inte vågar lita på att det ska komma ett barn, vilket fördröjer deras förberedelse inför föräldraskapet. Att inte våga göra några praktiska förberedelser inför barnets ankomst är resultat som återfinns i vår studie, där kvinnorna beskrev hur detta bidrog till oro inför anknytningen till barnet. McMahon et al. (1999) påvisar i sin jämförande studie att kvinnor som genomgått IVF-behandling pratar mer sällan med sitt ofödda barn och tenderar att förbereda barnrummet senare än kvinnor som blivit spontant gravida. Younger et al. (2015) publicerade en sammanställning av studier gjorda på par som blivit gravida efter fertilitetsbehandling. Resultatet av denna sammanställning visar att tidigare ofrivilligt barnlösa par har svårare för omställningen från graviditet till föräldraskap. Med bakgrund av forskningsresultat från dessa studier anser vi det viktigt att denna grupp kvinnor erbjuds individanpassat stöd under graviditeten för att möjliggöra en god start i föräldraskapet. Barnmorskan har ett ansvar att fånga upp anknytningsrelaterade riskfaktorer under graviditeten (Mödrhälsövsårdsenheten Region Stockholm, 2020b; Svenska barnmorskeförbundet, 2019). Vid identifierade riskfaktorer av sådan art, kan barnmorskan erbjuda stöd i form av samtal och/eller tidig kontakt med barnhälsovården för uppföljning av anknytningen (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2017). Sådana insatser anser vi kunna hjälpa kvinnan till att våga lita på graviditeten och på så vis erbjuds en trygg omställning till föräldraskapet.

Kvinnorna i vår studie beskrev sig själva som tacksamma över att de blivit gravida. De beskrev också fysiska besvär som en del av graviditeten och att de upplevde sig själva som otacksamma när de beklagade sig över dessa. I en studie på gravida kvinnor som tidigare

genomgått IVF-behandling påvisar Hjelmstedt, Widström, Wramsby och Collins (2003) att denna grupp rapporterar färre besvär kopplade till graviditeten än kontrollgruppen som blivit gravida spontant. McMahon et al. (1999) beskriver hur kvinnor som genomgått IVF har en idealiserad bild av sin graviditet, vilket hindrar dem från att söka vård för sina besvär. Även Ulrich et al. (2004) framhåller i sin intervjustudie att par som tidigare genomgått IVF, upplever sin graviditet som mer positiv än den spontant gravida kontrollgruppen, trots fler och längre sjukhusvistelser. Glädjen över det väntade barnet överskuggar besvären. Författarna beskriver även att de par som blivit gravida till följd av IVF var mindre kommunikativa kring sina tankar, känslor och behov (Ulrich et al., 2004). Med bakgrund av våra resultat och stöd i forskning menar vi att barnmorskor inom mödrahälsovården bör ha kännedom om denna företeelse för att kunna hjälpa och stötta tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnor under graviditeten. En alltför idealiserad bild av graviditeten är även det något som vi anser att barnmorskan bör vara uppmärksam på. Detta då det kan medföra en ovilja att yttra eventuella besvär eller farhågor som dessa kvinnor kan uppleva under graviditeten. Även French et al. (2015) lyfter problemet att kvinnor som tidigare genomgått fertilitetsbehandling har svårt att uttrycka sina känslor på grund av oro att upplevas som otacksam.

Graviditeten innebär en period där oro utgör en normal komponent (Naurin et al., 2021). Kvinnorna i vår studie beskrev att de upplevde sig ha en större oro och riskmedvetenhet jämfört med andra gravida. Studier gjorda av Wilson och Leese (2013) samt French et al. (2015) påvisar i sina respektive studier att denna grupp kvinnor har en ökad oro under graviditeten till följd av ofrivillig barnlöshet. Naurin et al. (2021) poängterar i sin longitudinella studie att Covid-19 pandemin innebär en ökad oro och en ytterligare stressfaktor för gravida kvinnor. I en internationell enkätstudie av Basu et al. (2021), där kvinnor under graviditet och postpartumperioden självrapporterar sitt mående under pandemin, påvisas större förekomst av psykisk ohälsa hos denna grupp än hos andra populationer i liknande undersökningar. I en kanadensisk kohortstudie av Berthelot et al. (2020) undersöktes gravida kvinnors psykiska mående före och under pandemin. Denna studie visar att gravida kvinnor i allmänhet uppvisar fler symtom på depression, ångest och oro under pandemin. Det gäller även de gravida kvinnor som bedömts ha en låg risk för psykisk ohälsa. Hos gravida med anamnes på tidigare psykisk ohälsa, ökar risken ytterligare för försämring till följd av pandemin (Berthelot et al., 2020). Mappa et al. (2020) framhåller i sin observationsstudie betydelsen av att identifiera gravida kvinnor under pandemin som

riskerar att utveckla skadlig stress till följd av sin oro. Detta för att minska risken för komplikationer under graviditeten. Gambadauro et al. (2017) påvisar dock inte något samband i sin longitudinella observationsstudie mellan tidigare genomförd IVF-behandling och depressiva symtom hos kvinnan under graviditeten. Forskarna i denna studie menar istället att denna grupp kvinnor inte har något utökat behov av ytterligare screening för psykisk ohälsa under graviditeten. Gambadauro et al. (2017) har dock inte genomfört sin studie under pandemin, varför kontexten varit annorlunda jämfört studien utförd av Mappa et al. (2020) och våra studieresultat. Vi har inte funnit publicerad forskning som undersöker huruvida pandemin påverkat de kvinnor som blivit gravida genom fertilitetsbehandling. Då det bland dessa kvinnor redan finns en ökad oro kring graviditeten anser vi att riktad screening för psykisk ohälsa, är av stor betydelse för denna grupp, framförallt under en pandemi. Exempelvis beskriver Hjelmstedt et al. (2004) i deras longitudinella studie att det kan finnas behov av extra stöd hos tidigare ofrivilligt barnlösa par, för att på så vis mildra långtidseffekter orsakade av deras tidigare infertilitet.

I en studie av Naurin et al. (2021) beskrivs hur pandemin även påverkat kvinnornas upplevelse av graviditeten. Klinikernas införda partnerförbud minskar kvinnornas möjlighet till partnerstöd under besöken hos barnmorskan. Därutöver har rekommendationer om social distansering resulterat i isolering från omgivningen (Naurin et al., 2021). Kvinnorna i vår studie beskriver likaså hur de under pandemin isolerat sig tillsammans med sin partner, vilket medfört en ökad oro. Kvinnorna uppgav att den ökade oron orsakades till följd av isolering och därmed minskad möjlighet att dela sina tankar och känslor med andra. Naurin et al. (2021) belyser i sin studie att de gravida kvinnor som inte uppvisar en ökad oro under pandemin, var de som fortsatt regelbundet träffade sina vänner. Även Milne et al. (2020) påvisar i sin enkätstudie att gravida har en ökad nedstämdhet till följd av isolering från sina anhöriga. Barimani et al. (2017) menar i sin kvalitativa studie att en nära relation med vänner och anhöriga underlättar övergången till föräldraskapet. Dels genom att närstående kan bidra med egna erfarenheter av föräldraskap men även genom att stötta den blivande föräldern i dennes känslor (Barimani et al. 2017). Rekommendationerna kring social distansering har även resulterat i att föräldrautbildningar via barnmorskemottagningen ställts in (Region Stockholm, u.å.). Barimani et al. (2017) menar att möten med andra (blivande) föräldrar upplevs vara mer givande för paret än den information de erhåller av barnmorskan. Kvinnorna i vår studie beskrev att de kände sig ensamma i sin graviditet under pandemin, vilket stöds av annan publicerad forskning. Denna ensamhet anser vi utgöra en ytterligare

riskfaktor under graviditeten. Det är därför viktigt att barnmorskan uppmärksammar sådana känslor i mötet med kvinnan och utformar vården därefter. Att till exempel se över möjligheten att kunna erbjuda möten mellan föräldrar, om än digitala, kan tänkas lindra ensamheten. Kvinnorna i vår studie beskrev ytterligare känslor av ensamhet relaterat till att barnmorskan inte involverade deras partner vid besöken. Tidigare publicerad forskning av Naurin et al. (2021) belyser hur vårdpersonalens inkludering av partnern under graviditeten bidrar till ett gott partnerstöd. Att den gravida kvinnan och hennes partner delar upplevelserna kring graviditeten lindrar såväl oro som ångest (Naurin et al., 2021). Vi vill med bakgrund av denna forskning samt resultatet av vår egen studie understryka vikten av att partnern aktivt involveras vid besöken hos barnmorskan.

I en studie utförd av Younger et al. (2015) betonas hur barnmorskor behöver ha större förståelse för, och ökad känslighet inför att tidigare upplevelser av ofrivillig barnlöshet påverkar kvinnor och genererar behov av utökat stöd under graviditeten. Forskarna poängterar betydelsen av kunskap, eftersom *förståelse* förutsätter kompetens om hur kvinnor som varit ofrivilligt barnlösa påverkas psykiskt under graviditeten. Att som barnmorska agera förstående i mötet med dessa kvinnor, kan vidare upplevas som bekräftande vilket har en lindrande effekt mot känslor av oro (Younger et al., 2015). Även French et al. (2015) beskriver hur egenskaper i form av empati och genuint intresse för hur upplevelser av ofrivillig barnlöshet påverkar måendet under graviditeten, utgör bland de viktigaste faktorerna för en god vård (French et al., 2015).

Kvinnorna i vår studie beskrev, likt Younger et al. (2015), hur de upplevde en kunskapsbrist hos barnmorskorna avseende ofrivillig barnlöshet och fertilitetsbehandling. Vidare resulterade detta i osäkerhet inför barnmorskans faktiska förståelse för vad kvinnorna genomlevt. I enlighet med studierna av Younger et al. (2015) och French et al. (2015) resultat framgår det också tydligt i vår studie hur ett bemötande med inslag av empati, förståelse, intresse och lyhördhet för den enskilda individens bakgrund, är önskvärt hos tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnor.

French et al. (2015) beskriver i sin kvalitativa studie, att par som tidigare genomgått fertilitetsbehandling, ännu ej hunnit bearbeta sina tidigare upplevelser av behandlingen, när graviditeten konstateras. Detta bidrar till ett upplevt glapp i vårdkedjan. Det framkom att par som tidigare fertilitetbehandlats har erfarenhet av frekventa besök och god relation med vårdpersonal inom infertilitetsvården, men i samband med lyckad graviditet, övertas

vårdansvaret nästintill direkt av mödrahälsovården, trots att den senaste fertilitetsbehandlingen genomfördes för bara några veckor sedan. Fastän att processen för att bli gravid inneburit medicinsk utredning och likaså behandling, betraktas den lyckade graviditeten som *normal* varpå frekventa undersökningar och besök inte längre är motiverat. French et al. (2015) poängterar dock att det inte bör undermineras att parens erfarenheter och upplevelser fortsatt ligger nära i minnet. Känslorna är fortsatt obearbetade. Att graviditeten behandlas som *normal* menar French et al. (2015) resulterar i att parens tidigare historik inte tas i beaktning fastän påfrestande känslor ännu är lika närvarande. I en kvalitativ studie av Redshaw et al. (2007) beskrivs hur gravida, tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnor upplever sig vara fortsatt sårade under graviditeten och att de ännu tampas med att förlika sig med den ångest och sorg de upplevt under perioden som de försökt bli gravida (Redshaw et al., 2007). I en longitudinell studie av Hjelmstedt et al. (2004) beskriver deltagarna att deras negativa känslor kring tidigare IVF-behandling kvarstår flera år efter avslutad behandling. Resultaten från vår studie påvisade det vårdglapp som French et al. (2015) beskriver. Likaså kan resultaten från vår studie stärkas av de fynd som Redshaw et al. (2007) och Hjelmstedt et al. (2004) gjort i sina studier. Kvinnorna i vår studie beskrev exempelvis hur barnmorskor inom mödrahälsovården normaliserade både fysiska och psykiska tillstånd under graviditeten. Normaliseringen upplevdes ibland som förminskande av kvinnornas faktiska känslor, som ju dessutom var ett resultat av ännu obearbetade upplevelser av ofrivillig barnlöshet. Således anser vi att det finns en bristande förståelse hos barnmorskor inom mödrahälsovården för hur tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnor påverkas utifrån deras historik. Att som barnmorska normalisera känslor och behov, snarare än att vara lyhörd för hur kvinnan påverkas av tidigare upplevelser, resulterar i en oförmåga att individanpassa vården.

Enligt Svenska barnmorskeförbundet (2019) är barnmorskan skyldig att möta den enskilda kvinnan utifrån hennes fysiska, psykiska, sociala samt existentiella behov. Visionen om en individanpassad vård, förutsätter vidare att barnmorskan besitter personliga egenskaper som lyhördhet för att uppfatta eventuella riskfaktorer som uttryck för behov av utökat stöd (Svenska barnmorskeförbundet, 2019). Mot bakgrund av vårt resultat och barnmorskans ansvars- och kompetensområde, kan en fråga sig *varför* kvinnorna upplevde brister i barnmorskornas förmåga att individanpassa vården utifrån den enskilda kvinnans behov. Vad kvinnorna saknade i mötet med sin barnmorska, individanpassning, förståelse och intresse, utgör ju faktorer vilka beskrivs som barnmorskans ansvar (Svenska barnmorskeförbundet, 2019). Kvinnorna i vår studie upplevde exempelvis tidsaspekten som ett hinder för

individanpassning. Likaså upplevdes den fysiska checklistan som ett styrdokument och hinder i mötet med barnmorskan. Kvinnorna uppfattade barnmorskorna som empatisk vårdpersonal med vilja att tillgodose kvinnornas behov, men framhöll att tidsbrist inte lämnade utrymme för barnmorskan att kunna vara varken empatisk eller förstående. Istället yttrade det sig som ett ointresse hos barnmorskan och vidare ett icke individanpassat förhållningssätt där rutiner och fysiologiska kontroller prioriterades före vad kvinnan ansåg vara viktigt för sitt eget välmående. Till följd av tidsbrist utelämnades alltså den viktiga aspekten att prata om ofrivillig barnlöshet och fertilitetsbehandlingens relation till måendet under graviditet. Å andra sidan erbjuder exempelvis Region Stockholm ett enskilt besök för den gravida i vecka 16 med fokus på det psykosociala måendet. Besöket är en timme långt och syftar enbart till att identifiera eventuella riskfaktorer som kan tänkas påverka kvinnans psykiska mående (Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm, 2020b). Under pandemin har detta besök inte erbjudits lika frekvent till följd av stor personalbrist (Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm, 2020a). Det finns regionala bestämmelser som avgör huruvida detta besök erbjuds eller inte. Således erbjuds det inte till alla gravida kvinnor i Sverige (Region Skåne, 2021; Region Uppsala, 2021). Vi anser att ett sådant besök kan vara ett bra tillfälle för barnmorskor inom mödrahälsovården att prata om kvinnornas erfarenheter och upplevelser av ofrivillig barnlöshet och hur dessa påverkar dem under graviditeten. Till skillnad från övriga barnmorskekontroller är detta ett besök där tid finns.

En ytterligare möjlighet för barnmorskor att tillgodose denna grupp kvinnors behov, kan vara att involvera andra professioner under kvinnans graviditet. Kvinnorna i vår studie uttrycker ett behov av samtalsstöd men är eniga i frågan om att sådant stöd inte alltid är möjligt för just barnmorskan att erbjuda. Kvinnorna framhåller bland annat ett behov av riktat stöd vilket förutsätter utbredd kunskap om *hur* ofrivillig barnlöshet, fertilitetsutredning och -behandling kan komma att påverka individen och dennes mående. Vi upplever därför att det finns ett utbrett behov av gediget teamarbete, med bland annat inom mödrahälsovården anställda kuratorer, specialiserade inom sådana områden. En sådan implementering anser vi skulle kunna avlasta barnmorskor i deras arbete, samt gynna patientgruppen. Vi vill understryka att barnmorskan fortsatt bör involvera sådana frågor i sitt arbete, men att andra professioner ska finnas lättillgängliga inom samma organisation för att säkerställa kompetensen och underlätta kontakt.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologer [SFOG] (2016), rekommenderar barnmorskor inom mödrahälsovården att ansvara för 80 gravida kvinnor per år. Målsättningen i Region Stockholm är ansvar för 100 gravida per heltidsarbetande barnmorska och år. År 2019 var det genomsnittliga antalet inskrivna per barnmorska i Stockholm 107 gravida kvinnor (Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm, 2020c). Sådana siffror ger uttryck för ett omfattande ansvar och det blir tydligt att barnmorskor inom mödrahälsovården inte har tid att bemöta gravida kvinnor efter behov. Younger et al. (2015) påtalar i sin studie att vid tidsbrist tvingas barnmorskan in i en arbetsmodell där denne fokuserar på vissa moment eller uppgifter vilket leder till att barnmorskan blir reaktiv istället för proaktiv. Ett sådant arbetssätt förhindrar individualiserad vård (Younger et al., 2015).

I en kvalitativ intervjustudie utförd av Warmelink et al. (2016) poängteras just betydelsen av att barnmorskor på eget initiativ uppmärksammar kvinnors tidigare erfarenheter och upplevelser av ofrivillig barnlöshet. I studien framkom det att kvinnorna upplever svårigheter att själva ta upp ämnet för diskussion. Kvinnorna påtalar dock att de önskar få frågor om den ofrivilliga barnlösheten av sin barnmorska. Vidare framhåller kvinnorna att det inte krävs mycket av barnmorskan i mötet för att göra stor skillnad i gengäld, utan menar att fem minuters uppmärksamhet riktad mot deras historik skulle räcka långt för att lindra oro under graviditeten. Warmelink et al. (2016) klargör därmed att det finns både önskemål och behov bland tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnor, att barnmorskor förhåller sig aktivt involverade genom att öppet prata om kvinnornas tankar och känslor fortlöpande under graviditeten (Warmelink et al., 2016). Younger et al. (2015) påvisar i sin studie att då barnmorskor integrerar kvinnornas historia av ofrivillig barnlöshet under graviditeten – förbättras kvinnors psykologiska status (Younger et al., 2015). Kvinnorna i vår studie upplevde likväl att deras upplevelser av tidigare ofrivillig barnlöshet inte efterfrågades av barnmorskan. Kvinnorna beskrev dock hur de önskade bli tillfrågade fortlöpande under graviditeten. Likt resultaten i studien av Warmelink et al. (2016), beskrev kvinnorna i vår studie att de hade ett behov av att prata om sina tidigare upplevelser och att det i många fall hade räckt att barnmorskan ägnade ett fåtal minuter åt ämnet. Således önskar vi med detta resonemang belysa vikten av att barnmorskor visar intresse för och ställer frågor om tidigare ofrivillig barnlöshet.

Slutsats

I denna studie var syftet att undersöka tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnors upplevelser av graviditet och barnmorskans stöd under covid-19. Resultaten av denna undersökning visar att tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnor ger uttryck för behov av stöd och ett individanpassat bemötande där de får utrymme att prata med sin barnmorska om sina tidigare upplevelser som ofrivilligt barnlösa. Resultatet från intervjuerna styrker tidigare forskningsresultat om upplevelser av graviditet efter tidigare ofrivillig barnlöshet och tillför ytterligare evidens om behovet av ytterligare stöd orsakat av de påfrestande känslor som Covid-19 medfört.

Klinisk betydelse

Ofrivillig barnlöshet drabbar mellan 10 - 15 procent av alla heterosexuella par i Sverige. Ungefär två tredjedelar av de par som genomgått fertilitetsbehandling för sin barnlöshet, får tillslut ett barn (Q-IVF, 2020). Ofrivillig barnlöshet är alltså ett vanligt förekommande problem. Barnmorskor verksamma inom mödrahälsovården möter återkommande denna grupp kvinnor. För att kunna erbjuda vård efter behov är det därför viktigt att barnmorskor har en utbredd kunskap och förståelse för vad ofrivillig barnlöshet och fertilitetsbehandling faktiskt innebär. Studiens resultat ämnar bidra till en ökad förståelse för dessa kvinnors känslor och utökade behov av stöd varför resultatet är av samhällelig relevans och klinisk nytta.

Med bakgrund av detta vill vi betona hur barnmorskor genom att våga fråga, genuint visa intresse, förståelse och individanpassning kan underlätta den psykiska bördan under graviditeten hos kvinnor som tidigare erfarit ofrivillig barnlöshet.

Förslag till vidare forskning

Genom denna studie har många frågor aktualiserats som kräver vidare forskning. I ett vidare perspektiv behövs undersökningar för att fastställa hur barnmorskor upplever mötet och handläggning av gravida kvinnor som tidigare varit ofrivilligt barnlösa och genomgått fertilitetsbehandling. Ett sådant forskningsprojekt skulle kunna utforska vad barnmorskor själva anser om sin kunskapsnivå i ämnet och eventuella hinder i mötet med dessa kvinnor som försvårar arbetet. Således kan kunskap utvinnas om vad barnmorskor anser sig *behöva* för att kunna tillämpa en individanpassad vård. I en litteraturöversikt av Allan och Finnerty

(2007) finner forskarna att det saknas forskning om barnmorskans specifika roll i omhändertagandet av en kvinna som genomgått en lyckad IVF-behandling. De belyser vidare behovet av studier inriktade på detta för att kunna skapa evidensbaserade riktlinjer för vården kring dessa.

En framtida studie som utforskar partners upplevelser av graviditet efter ofrivillig barnlöshet skulle också vara av värde för att bringa bättre förståelse för den icke-födande föräldern. Det finns begränsat med forskning som avhandlar hur tidigare ofrivillig barnlöshet påverkar måendet hos den icke-födande föräldern varför detta är en grupp som bör uppmärksammas.

Det skulle även vara intressant med forskning som belyser långtidseffekter av graviditet under pandemin hos tidigare ofrivilligt barnlösa kvinnor. Restriktioner till följd av pandemin och den specifika oro det och barnlösheten medfört, kan tänkas påverka kvinnor även efter barnets födelse.

Tack till

Först och främst, vill vi rikta ett stort tack till er kvinnor som medverkat i studien. Tack! Därutöver vill vi tacka vår handledare, Ewa Andersson, för stöd och vägledning under processen. Tack även till John Fohlin och Anders Carstorp som korrekturläst arbetet. Slutligen, tack till våra opponenter och kurskamrater Layali Kanbar och Sucdi Hirsi för fin input inför publicering av studien.

Referenser

Allan, H. & Finnerty, G. (2007) The practice gap in the care of women following successful infertility treatments: Unasked research questions in midwifery and nursing. *Human Fertility*, 10(2), 99–104. <https://doi.org/10.1080/14647270601050320>

Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K. & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537–546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>

Barimani, M., Forslund Frykedal, K., Rosander, M., & Berlin, A. (2018). Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery* 57. 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.021>

Basu, A., Kim, H., Basaldua, R., Choi, K., Charron, L., Kelsall N., Hernandez-Diaz, S., Wyszynski, D. & Koenen C. (2021) A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*, 16(4), :e0249780. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249780>

Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, É. & Maziade, M. (2020) Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 99, 848–855. <https://doi.org/10.1111/aogs.13925>

Chachamovich, J., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M., Knauth, D. & Passos, E. (2010) Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(2), 101–110. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.481337>

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 143 - 153). Studentlitteratur.

French, L., Sharp, D. & Turner, K. (2015) Antenatal needs of couples following fertility treatment: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 65(638), 570–577. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X686473>

Gambadauro, P., Iliadis, S., Bränn, E. & Skalkidou, A. (2017) Conception by means of in vitro fertilization is not associated with maternal depressive symptoms during pregnancy or postpartum. *Fertility and Sterility*, 108(2), 325–332.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.006>

Graneheim, U., Lindgren, B. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56(2017), 29 - 34.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim U. & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

World Medical Association. (9 juli 2018). *WMA declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 111 - 117). Studentlitteratur.

Hessami, K., Romanelli, C., Chiurazzi, M. & Cozzolino, M. (2020) COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1843155>

Hjelmstedt, A., Widström, A-M., Wramsby, H., Matthiesen, A-S & Collins, A. (2003) Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(2), 152–161. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2003.00040.x>

Hjelmstedt, A., Widström, A-M., Wramsby, H. & Collins, A. (2003) Patterns of emotional responses to pregnancy, experience of pregnancy and attitudes to parenthood among IVF couples: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(3), 153-162. [10.3109/01674820309039669](https://doi.org/10.3109/01674820309039669)

Hjelmstedt, A., Widström, A-M., Wramsby, H. & Collins, A. (2004) Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertil Steril*, 81(5), 1254–1264. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.09.061>

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. (19 april 2017). *Riktlinjer för konsultation från BUP till BMM och BVC*. Vårdgivarguiden. <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/samverkan/riktlinjer-for-konsultationer-bup.pdf>

Intressegruppen för mödrahälsovård inom SFOG. (2016). Mödravård, sexuell och reproduktiv hälsa (Nr 76). <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/sexuell-reproduktiv-halsa.pdf>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57 - 77). Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Mappa, I., Distefano, F. & Rizzo, G. (2020) Effects of coronavirus 19 pandemic on maternal anxiety during pregnancy: a prospective observational study *Journal of Perinatal Medicine*, 48(6), 545–550. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0182>

Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V. & Anserini, P. (2019) Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing *in vitro* fertilization. *Gynecological Endocrinology*, 35(6), 485–489. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575>

Mayer, H. (2010). Tema: Ofrivillig barnlöshet. *Medicinsk Vetenskap* Nr 4.

https://issuu.com/karolinska_institutet/docs/mv_nr_4_2010

McMahon, C., Tennant, C., Ungerer, J. & Saunders, D. (1999) 'Don't count your chickens': A comparative study of the experience of pregnancy after IVF conception, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(4), 345–356.

<https://doi.org/10.1080/02646839908404600>

Medicinska forskningsrådet (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning [Elektronisk resurs] forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. (2., rev. versionen). Stockholm: Medicinska forskningsrådet

Milne, S., Corbett, G., Hehir, M., Lindow, S., Mohan, S., Reagu, S., Farrell, T. & O'Connell, M. (2020). Effects of isolation on mood and relationships in pregnant women during the covid-19 pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 252, 610–611.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.009>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 421 - 436). Studentlitteratur.

Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm. (13 augusti 2020a). *Prioritering vid resursbrist under pandemin med Covid-19*. Hämtad 8 september 2021.

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/aktuellt/covid-19/tillfallig-riktlinje-vid-resursbrist-pa-bmm.pdf>

Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm. (1 mars 2020b). *Basprogram för vård under graviditet och efter förlossning*.

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/basprogram.pdf?IsPdf=true>

Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm. (16 september 2020c). *Årsrapport Barnmorskemottagningarna i Stockholms län 2019*.

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/arsrapport-modrahalsovarden?IsPdf=true>

Naurin, E., Markstedt, E., Stolle, D., Enstro, D., Wallin, A., Andreasson, I., Attebo, B., Eriksson, O., Martinsson, K., Elden, H., Linden, K. & Sengpiel, V. (2021). Pregnant under the pressure of a pandemic: a large-scale longitudinal survey before and during the COVID-19 outbreak. *European Journal of Public Health*, 31(1), 7 – 13. [10.1093/eurpub/ckaa223](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa223)

Personuppgiftslag (SFS 1998:204). Justitiedepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

Peters, K. (2003). In pursuit of motherhood: the IVF experience. *Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession*, 14(3), 258–270.
<https://doi.org/10.5172/conu.14.3.258>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research – Principles and Methods* (7 uppl.). Lippincott Williams & Wilkins.

Redshaw, M., Hockley, C. & Davidson, L. (2007) A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction* 22(1), pages 295–304. <https://doi.org/10.1093/humrep/del344>

Region Stockholm. (23 november 2020). *EPDS - Riktlinjer*. Vårdgivarguiden.
<https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/bmm-bvc-forlossning/bvc/regionala-riktlinjer/metoder/epds-riktlinjer/>

Region Stockholm. (u.å.). *Föräldrautbildning*. Hämtad 15 oktober 2021.
<https://barmorskemottagningar.sll.se/graviditet/foraldrautbildning/>

Region Skåne. (5 maj 2021) Basprogram för graviditet och eftervård i Region Skåne.

Region Uppsala (30 mars 2021) Basprogram för vård och övervakning av graviditet, barmorskemottagning i Uppsala län.

Sahin, B. & Gursoy, E. (2021). The social and psychological consequences of women getting pregnant with fertility treatment: A qualitative study. *Perspect Psychiatric Care*, 57, 463–472. <https://doi.org/10.1111/ppc.12641>

Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179 - 183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>

Sandman, L., & Kjellman, S. (2018). *Etikboken - Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2015). Föräldrastöd inom hälso- och sjukvården.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-12-38.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). *Bilaga till avsnittet om covid-19 under graviditet i delredovisning 3* (5.7-4823/2021). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/socialstyrelsen-bilaga-covid19-riskgrupper-graviditet-delredovisning-tre.pdf>

Sturges J. & Hanrahan K. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative Research* 4(1), 107–118. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1177/1468794104041110>

Svenska barnmorskeförbundet. (januari 2019). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden. (2003). *Etiske retningslinjer for omvårdnadsforskning i norden* (Vård i Norden 4.2003 publ. nr 70 Årgang 23). SNN. https://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2020/05/ssns_etiske_retningslinjer_0-003.pdf

Ulrich, D., Gage, D., Hemmerling, A., Pastor, V. & Kentenich, H. (2004) Couples becoming parents: something special after IVF? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 99–113. <https://doi.org/10.1080/17402520400004599>

Warmelink, C., Adema, W., Pranger, A. & de Cock, P. (2016). Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood: a qualitative study in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(1), 12–20.

<https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1106474>

World Health Organisation (2021a). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic.

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>

World Health Organisation (2021b). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Wilson C. & Leese, B. (2013). Do nurses and midwives have a role in promoting the well-being of patients during their fertility journey? A review of the literature. *Human Fertility*, (1), PMID: 23548090, 2 - 7. <https://doi.org/10.3109/14647273.2013.781687>

Yilmaz, T., Yazici, S. & Benli, T. (2020) Factors associated with infertility distress of infertile women: a cross-sectional study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 41(4):275–281. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1708318>

Younger, M., Hollins-Martin C. & Choucri, L. (2015). Individualised care for women with assisted conception pregnancies and midwifery practice implications: An analysis of the existing research and current practice. *Midwifery*, 31(2), 265–270. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.008>

Qiao, J. (2020). What are the risks of COVID-19 in pregnant women. *The Lancet*. 395(10226), 760-762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2)

Q-IVF. (2020). Fertilitetsbehandlingar i Sverige Årsrapport 2020.

<https://www.medscinet.com/qivf/uploads/hemsida/%C3%85rsrapport%202020%20-%20%C3%A4ndrad%20210220.pdf>

Bilagor

Bilaga 1. Facebook-grupper för publicering av inlägg

De sökord som använts för att finna grupperna var: “Gravid 2020”, “Gravid 2021”, “BF 2020”, “BF 2021” och “Mamma”.

Tabell 3. Lista över de Facebook-grupper som kontaktades av författarna

Namn	Antal medlemmar	Godkänt	Nekat	Ej svar
Stockholmsmammor 2021	631	X		
Gravid BF 2021 - Uppsala	408			X
Gravida/mammagrupp med bf 2021 SKÅNE	834	X		
Gravida med bf 2021	4900	X		
BF – Augusti 2021	1100	X		
Gravid med BF 2021	2900			X
Föräldralediga mammor i Stockholm	786			X
BF November 2021	1400			X
BF Oktober 2021	1600		X	
BF September 2021	1600			X
Gravid och Bebissnack	7700			X
Mammagrupp i Stockholm <3	1600	X		
Mammor i Göteborg	2100	X		
Mammagrupp med BF 2020	11500			X
Mammor Uppsala	1600	X		
Bebishack	28200			X

Bilaga 2. Deltagarinformation

Bilaga 2.1 Facebookinlägg

Hej!

Vi är två barnmorskestudenter vid Karolinska Institutet som för tillfället skriver vår Magisteruppsats. Vi har valt att fokusera på graviditet under Covid-19 pandemin efter en tid av ofrivillig barnlöshet. Ofrivillig barnlöshet är vanligt förekommande varför vi finner ämnet både viktigt och intressant för oss som framtida barnmorskor. Därför söker vi nu dig som är/varit gravid med ditt första barn under pandemin och som genomgått någon typ av fertilitetsbehandling för en intervju.

Du som är intresserad av att delta får gärna kontakta oss via mejl så berättar vi mer. Du som inte varit ofrivilligt barnlös men tycker att ämnet är viktigt får gärna tipsa en vän eller dela inlägget!

Stort tack för att du tog dig tid att läsa! Tveka inte att höra av dig om du har frågor 😊

Allt gott,

Fanny Blomgren

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent, Termin 3, Karolinska Institutet

fanny.blomgren@stud.ki.se

Josephine Carstorp

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent, Termin 3, Karolinska Institutet

josephine.carstorp@stud.ki.se

Bilaga 2.2 Information och förfrågan om deltagande i studie

Som blivande barnmorskor värnar vi om kvinnan och hennes reproduktiva hälsa. Vägen till ett barn kan se olika ut och är inte alltid självklar. Det är därför ytterst viktigt att barnmorskor besitter kunskap om ofrivillig barnlöshet.

Vi ämnar genomföra en kvalitativ intervjustudie där du som deltagare har möjlighet att påverka barnmorskors förståelse för gravida kvinnors behov efter ofrivillig barnlöshet. Syftet med studien är att undersöka gravida kvinnors upplevelser av stöd från mödravårdsbarnmorskan under Covid-19-pandemin, efter en tid av ofrivillig barnlöshet.

Du tillfrågas härmed att delta i studien genom att medverka i en intervju. På grund av den rådande pandemin kommer samtliga intervjuer att ske via Zoom. Samtalet planeras pågå under 30 – 60 minuter och materialet kommer att spelas in. All data kommer hanteras konfidentiellt, det vill säga att du som deltar i studien är anonym samt att det inspelade materialet förvaras skyddat för obehöriga. Inspelat material kommer transkriberas för vidare analys. Inspelningen raderas efter att materialet är transkriberat.

Deltagande i studien är frivilligt och du som deltar kan välja att avbryta din medverkan när som helst under studiens gång utan att uppge anledning.

Studieresultatet kommer publiceras på Karolinska Institutets hemsida och du som deltar erhåller ett fysiskt exemplar av den slutgiltiga rapporten om du så önskar. Författarna kommer slutligen presentera studieresultatet för en mödravårdsklinik i Stockholm.

Ingen ersättning ges vid deltagande.

Om du önskar delta i studien eller har ytterligare frågor är du välkommen att kontakta oss via mailuppgifterna nedan.

Samtycke

Jag har tagit del av ovanstående text. Genom att delta i intervjun godkänner jag mitt deltagande i studien om ofrivillig barnlöshet.

Författare:

Fanny Blomgren

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent, Termin 3, Karolinska Institutet

fanny.blomgren@stud.ki.se

Josephine Carstorp

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent, Termin 3, Karolinska Institutet

josephine.carstorp@stud.ki.se

Handledare:

Ewa Andersson

Leg. Barnmorska

Docent

ewa.andersson@ki.se

Bilaga 3 Intervjuguide

Demografiska frågor

- Ålder
- Bosatt
- Barn sedan tidigare
- Tid som ofrivilligt barnlös
- Typ av fertilitetsbehandling
- Ungefärligt datum för positivt graviditetstest

Intervjufrågor av semistrukturerad karaktär

Generella frågor:

- Vill du berätta om hur du upplevde första tiden efter graviditetstestet? Hur kändes det?
- Hur mådde du under din graviditet?

Covid- 19 pandemin:

- Hur har du upplevt det att vara gravid under Covid-19?
- Hur tror du att pandemin har påverkat din upplevelse av graviditeten?

Ofrivillig barnlöshet:

- Berätta om dina upplevelser av att vara gravid efter att ha varit ofrivilligt barnlös.
- Tror du att din tidigare upplevelse som ofrivilligt barnlös påverkade dig under graviditeten?

Tror du att pandemin har påverkat dig mer utifrån dina erfarenheter som ofrivilligt barnlös?

Barnmorskan:

- Berätta om dina upplevelser av mötet med din barnmorska på mödravården.
- Var barnmorskan viktig för din upplevelse av graviditeten?
- Diskuterade ni (du och din barnmorska) din tidigare ofrivilliga barnlöshet? Hur samtalade ni kring detta?

Eventuell följdfråga om det ej tagits upp: Hade du velat prata om detta?

- Hur upplevde du att vara ensam på besöken? Hur upplevde du att barnmorskan hanterade detta?

Eventuell följdfråga: Hur påverkade det dig?

- Upplevde du att planeringen av besöken hos barnmorskan under graviditeten utgick från dina behov?
- Vill du berätta om en positiv/negativ händelse/samtal med din barnmorska?
- Hur skulle du önska att en barnmorska bemötte dig i relation till dina tidigare upplevelser som ofrivilligt barnlös?

Följdfrågor

Hur menar du?

Kan du utveckla detta?

Vad innebär detta?

Vad kände du?

Vad tänkte du om detta?

Hur påverkade det dig?