

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa HT- 19

Upplevelser av ambivalens i tredje trimestern

- En intervjustudie med gravida och nyblivna mammor

Experience of ambivalence in third trimester

- An interview study with mothers and newly mothers

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2020

Författare:

Hanna Gavander

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Katarina Kornaros

Socionom, PhD

Kia Tengliden

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Examinator:

Ewa Andersson

Leg. Sjuksköterska, Leg. Barnmorska

Biträdande lektor

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till alla deltagare som genom sin medverkan gjort denna uppsats möjlig. Med er hjälp har vi kunnat belysa detta viktiga ämne, som vi hoppas kommer få större utrymme i framtiden.

Ett speciellt tack till vår handledare Katarina Kornaros som hjälpt oss med kloka synpunkter och upplyftande ord under arbetets gång. Rätt kvinna på rätt plats!

Sammanfattning

Bakgrund: Känslor av ambivalens i tidig graviditet kan ses som ett normaltillstånd. När ambivalensen kring graviditeten kvarstår i tredje trimestern så kan det leda till svårigheter med anknytning och stress, både under graviditeten och postpartum. Få studier finns angående kvarstående ambivalens, därav lyfts ämnet i denna studie.

Syfte: Att undersöka gravida och nyblivna mammors upplevelse av ambivalens i tredje trimestern.

Metod: En kvalitativ intervjustudie utfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide. Totala antalet deltagare var sju kvinnor, två gravida och resterande med barn från tre veckor upp till ett år gamla. Det insamlade materialet transkriberades och analyserades med hjälp av tematisk analys.

Resultat: Tre huvudteman med tillhörande subteman skapades efter färdigställd analys: Svårigheter med inre och yttre förändringsprocess, hantering av ambivalens och yttre påverkan.

Slutsats: Upplevelser av psykiska och fysiska förändringsprocesser under graviditeten gav negativ påverkan hos deltagarna. Det framkom att olika strategier användes för att hantera ambivalensen i form av förnekelse, distraktion. En förväntan från samhället och omgivningen gav en ökad känsla av skuld och skam, då de ambivalenta känslorna inte levde upp till den förväntade normen. Stödet kom från olika håll; barnmorska, partner och de med liknande upplevelser. Det var dock hos de professionella som deltagarna kunde ventilera det emotionella på ett djupare plan.

Nyckelord: Ambivalens, barnmorska, graviditet, tredje trimestern, oro

Summary

Background: Feelings of ambivalence in early pregnancy are common during a pregnancy. When ambivalence about pregnancy persists in the third trimester, it can lead to difficulties with attachment and stress, both during pregnancy and postpartum. There are few studies regarding ambivalence that persist into third trimester, this was highlighted in this study.

Aim: To investigate pregnant and new mothers' experience of ambivalence in the third trimester.

Method: A qualitative interview study was conducted using an interview guide with semi-structured questions. The total number of participants were seven women, two pregnant and the rest with children from 3 weeks up to one year. The collected material was transcribed and analyzed by thematic analysis.

Results: Three main themes with associated sub-themes were created after completed analysis: Difficulties with internal and external change process, emotional inadequacy and management of ambivalence.

Conclusion: Experiences of mental and physical changes during pregnancy had a negative impact on the participants. It emerged that different strategies were used to deal with the ambivalence in the form of denial and distraction. An expectation from society and the environment gave an increased feeling of guilt and shame, as the ambivalent feelings did not live up to the expected norm. The support came from various quarters; midwives, partners and those with similar experiences. However, it was with the professionals that the participants could ventilate the emotional on a deeper level.

Keywords: Ambivalence, midwife, pregnancy, third trimester, anxiety

Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	1
1.1	Graviditetens anknytningsfaser	1
1.2	Moderskapsanpassningar - Joan Raphael Leff	1
1.3	Prenatal anpassningssvårighet	2
1.4	Mödrahälsovård och barnmorskans roll	2
1.5	Stöd.....	3
1.6	Graviditetsambivalens	4
2	Problemformulering.....	4
3	Syfte	5
4	Metod	5
4.1	Design.....	5
4.2	Urval	5
4.3	Datainsamling.....	6
4.4	Dataanalys	6
4.5	Etiska överväganden.....	8
5	Resultat	9
5.1	Svårigheter med förändringsprocesser	9
5.1.1	Fysisk utmaning	10
5.1.2	Psykisk utmaning	11
5.2	Yttre påverkan	13
5.2.1	Förväntningar från samhälle och omgivning	13
5.3	Hantering av ambivalens	15
5.3.1	Olika typer av strategier	15
5.3.2	Olika typer av stöd	17
6	Diskussion.....	20
6.1	Metoddiskussion.....	20

6.2	Etikdiskussion.....	23
7	Resultatdiskussion.....	24
7.1	Svårighet med förändringsprocesser	24
7.2	Yttre påverkan	26
7.3	Hantering av ambivalensen	27
8	Vidare forskning	30
9	Kliniska implikationer	30
10	Slutsats	31
11	Referenslista.....	32
12	Bilaga 1	35
13	Bilaga 2	36

1 Bakgrund

1.1 Graviditetens anknytningsfaser

Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2016) beskriver att en betydelsefull relation mellan mamma och foster utvecklas redan under graviditeten och forskning har kommit fram till normala och gynnsamma reaktioner under graviditeten. Att den blivande mamman vill ha kunskap om barnet, känna glädje över bindningen till barnet, önskan att skydda samt oro att förlora barnet, hör till normala tankegångar. En struktur som tagits fram delar in graviditetens psykologi i tre faser. Första är fusionsfasen (första trimestern), sedan differentieringsfasen (andra trimestern) och sist kommer separationsfasen (tredje trimestern). I fusionsfasen kännetecknas graviditeten av en ambivalens som går över i en acceptans. Även hos dem vars graviditet är starkt efterlängtd kan en ambivalens uppstå. Om det inte gått över i tredje trimestern kan professionell hjälp behövas. Under differentieringsfasen skapas ofta fantasier om barnet och hur man kommer bli som mor, ofta i samband med kännbara fosterrörelser. Separationsfasen är oftast kopplat till när barnet skulle kunna överleva på egen hand och kvinnan förbereder sig ofta inför stundande förlossning. Graviditeten försvagar de psykiska.

I en enkätstudie av Zdolska-Wawrzkievicz et al. (2018) beskrivs hur mammans självbild formas av representationen av sig själv som kvinna, och av bilden av hennes egen mamma. Att bli mamma är en övergångsfas, då kvinnan måste omforma sin känsla av identitet för att inkludera sitt barn som en del av sig själv. Studiens resultat tyder på en koppling mellan den blivande moderns anknytning till sin egen mamma och hennes självbild som mamma. Studien visar att det fanns en signifikant korrelation mellan vad en mamma känner för sitt foster under graviditeten och anknytning till barnet efter födseln.

1.2 Moderskapsanpassningar - Joan Raphael Leff

I en longitudinell studie av Bussel et. al. (2009) beskrivs att genom klinisk erfarenhet och kvalitativ forskning kunde Raphael- Leff urskilja betydande psykologiska anpassningar av emotionella, kognitiva och beteendemässiga uttryck för underliggande omedvetna eller medvetna processer relaterade till graviditet samt moderskap. Vissa kvinnor kände sig berikade under graviditeten och postpartumperioden. De kunde hitta sin roll i den förändrade livssituationen och anpassa sin livsstil kring graviditeten. Kvinnor som kände en rädsla för att

moderskapet skulle förändra deras identitet samt livsstil på ett omfattande sätt, hade svårare för att acceptera graviditeten. De flesta kvinnor kunde emellertid interagera positivt med de ambivalenta känslorna, osäkerheter gentemot graviditeten och moderskapet. En liten grupp kvinnor växlade mellan de extrema känslotillstånden. Beroende på vilken av anpassning kvinnan tenderade att påvisa så fann Raphael-Leff att det fanns en sambandsfaktor med förhöjd depressivitet. Minskad känsla av kontroll, oberoende, självförtroende och sociala kontakter var även bidragande faktorer för kvinnor som redan var psykiskt sköra innan graviditeten. Likaså sågs en tendens att dessa kvinnor även påvisade depressiva symtom vid separation från barnet samt svårare att acceptera att någon annan skulle kunna ta lika väl hand om barnet. De kvinnorna med måttlig depressiv nivå under graviditeten och postpartumperioden sågs reflektera över sina ambivalenta känslor och de kunde bearbeta dessa på ett medvetet och realistiskt sätt.

1.3 Prenatal anpassningssvårighet

Ambivalens kan ses hos många gravida men hos kvinnor med psykosociala riskfaktorer eller psykisk sjukdom finns en större utmaning under graviditeten och tas upp i en blandad metoddesign (Kornaros, 2020). Faktorer som ångest och depression är riskfaktorer för att måendet under graviditeten kan påverkas mer negativt. Dessa kvinnor är oftast mindre rustade för att klara av de större omställningarna som en graviditet innebär. Förekomst och prevalens av de vanligaste psykiska diagnoserna (depression, ångest) under graviditet och postpartum skiljer sig inte åt från den population av kvinnor som inte är gravida eller fött barn (Rubertsson, 2016). I en longitudinell enkätstudie av Dubber et al. (2015) och en systematisk litteraturöversikt av Göbel et al. (2018) framkom att prenatal ångest kan ge högre risk för sämre anknytning och samspel mellan mor och barn efter partus och leda till en mindre god relationsutveckling.

1.4 Mödrahälsovård och barnmorskans roll

Under graviditeten har hälsovården ett uppdrag att upptäcka komplikationer hos mammor och det ofödda barnet som kan äventyra deras hälsa. Det har gått från att vara starkt inriktat på somatiskt-medicinskt perspektiv till att också tillämpa ett psykosocialt arbetssätt där problematik kring psykisk ohälsa fått större utrymme. På mödrahälsovården (MHV) bör barnmorskan vara uppmärksam på reaktioner hos kvinnan vid graviditetsbesked, vilket stöd som finns i omgivningen, prenatal anknytning och rädslor (Hildingsson, 2016).

Barnmorskan har till uppgift att främja graviditetens naturliga förlopp, uppmuntra det naturliga skeendet i graviditeten men också identifiera riskfaktorer samt bedöma och planera för individuella vårdbehov. Detta utifrån ett medicinskt och psykologiskt basprogram. Vid varje besök ska det fysiska och psykiska måendet utvärderas av barnmorskan i mötet med den gravida (Vårdgivarguiden, 2020). Barnmorskan ska enligt det psykologiska basprogrammet följa den gravidas psykiska hälsa, se till familjeperspektivet och ge individuellt stödbehov. Det är även viktigt att kunna remittera den gravida vidare till andra professioner (SFOG, 2016). Barnmorskan har som uppgift att aktivt stödja och uppmuntra tron på den gravidas egna förmåga, vilket ger en långvarig och positiv effekt i det fortsatta mötet (Barnmorskeförbundet, 2018).

1.5 Stöd

I en kvalitativ studie av Shahoei et al. (2011) fann man betydelsen av samtal med barnmorskan om graviditeten, den stundande förlossningen och det framtida moderskapet. Om kvinnan uttryckte negativa eller ambivalenta känslor kring graviditeten önskades det att barnmorskan förde ett samtal med kvinnan och identifierade dess orsak. Studien visade också att kvinnor som tidigare haft negativa erfarenheter av graviditet, samt förstföderskor, bör tas i extra beaktande och ges extra stöd. Kvinnorna uttryckte även att om det saknades stöd från mannen samt dennes familj så gav det en ökad rädsla och oro under graviditeten.

Rubertsson (2007) beskriver vikten av att barnmorskan hade rätt kompetens för att tillgodose kvinnans psykologiska och känslomässiga behov. Det önskades att barnmorskan var en god lyssnare och behandlade den gravida som unik individ, inte enbart ett medicinskt fall

I en annan kvalitativ studie framkom att relationen mellan barnmorska och den gravida var betydande och bristande information samt kontinuitet kunde ge en negativ påverkan (Baas et al., 2015). Det fanns en önskan att barnmorskan skulle vara vänligare, mer respektfull och empatisk gentemot de gravida kvinnorna. De ville även att barnmorskorna skulle förbättra sin kommunikativa förmåga genom att lyssna bättre och ta den gravida på allvar. Vissa hade önskat ytterligare samtal kring sina fysiska och psykiska besvär.

Ett annat sätt att få stöd på framgick i en enkätstudie av Baker & Yang (2018). I deras resultat påvisades att majoriteten av respondenterna använde sociala medier för att ställa frågor och få råd relaterade till graviditet och / eller deras roll som förälder. De som kände sig isolerade och ensamma kunde på ett lätthanterligt sätt få kontakt med andra i liknade situation, vilket ledde

till en känsla av emotionellt stöd och bekräftelse. Studien belyser att virtuellt stöd är något som kommer att bli än mer viktigt i framtiden.

1.6 Graviditetsambivalens

När man talar om gravidas ambivalens kan det definieras som olösta eller motsägelsefulla känslor huruvida man vill ha ett barn eller inte. Forskning har visat på att beslut fördröjs när de är svåra, framkallar någon form av negativ påverkan eller där beslutet får stora konsekvenser. I förlängningen har det visat sig att svåra val leder till negativa känslor och undvikande beteenden, vilket påvisades i en explorativ studie av Cutler et al. (2018). Den första graviditeten beskrivs som utmanande, vilket kan ge upphov till en emotionell ambivalens hos kvinnan där en graviditetslängtan finns men samtidigt en känsla av att det ofödda barnet ska medföra hinder för hennes individuella existens. Varje graviditet innebär emotionella, psykologiska och kognitiva förändringar. Hos majoriteten av kvinnor påverkar de emotionella förändringarna under graviditeten deras självbild, miljö och framtida liv. En litteraturöversikt utförd av Bjelica et al. (2018) beskriver att kvinnor ställs inför att hantera rädslor relaterat till graviditet och förlossning samt anpassning till de fysiska samt hormonella förändringarna som sker. Graviditeten kan av en del kvinnor upplevas som en påfallande psykologisk omställning då känslorna kan pendla från nedstämdhet till stor lycka och dessutom en period med betydande ångest, med symtom som särskilt eskalerar i tredje trimestern.

2 Problemformulering

Ambivalens kring graviditet och blivande föräldraskap beskrivs i litteraturen som en normal process, vidare studier gällande upplevelser av kvarvarande ambivalens i tredje trimestern är färre. Barnmorskan har en tydlig kompetensbeskrivning gällande handläggning av denna problematik och det är viktigt att barnmorskan ska känna sig kompetent att utföra samtal med den gravida kring graviditetsambivalens. Få studier finns gällande gravida och nyblivna mammors upplevelser av ambivalens i tredje trimestern och därför vill vi få ökad kunskap om denna målgrupps upplevelser. Vår förhoppning är att uppsatsen kommer en bred publik till gagn och att ämnet lyfts och diskuteras på en högre nivå.

3 Syfte

Syftet med intervjustudien är att undersöka gravida och nyblivna mammors upplevelse av ambivalens i tredje trimestern.

Frågeställningar:

- Fanns det något sätt att hantera ambivalensen?
- Vilken påverkan har ambivalensen haft under graviditeten?
- Har det funnits stöd från barnmorskan på MHV och på vilket sätt?

4 Metod

4.1 Design

En kvalitativ design valdes med tanke på studiens syfte att undersöka upplevelser och erfarenheter kring ambivalens i tredje trimestern (Korstjens & Moser, 2018).

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med hjälp av en intervjuguide. Detta för att få med viktiga områden relaterat till vårt syfte och frågeställningar under intervjuerna. Tematisk analys valdes för att kunna förstå och tolka det insamlade materialet (Polit & Beck, 2008).

4.2 Urval

Bekvämlighetsurval används då forskaren behöver rekrytera potentiella deltagare till studien och att dessa själva identifierar sig och träder fram (Polit & Beck, 2008). Med hjälp av bekvämlighetsurval genomfördes rekrytering via Facebook samt barnmorskemottagningar (BMM). Inklusionskriterier för att delta i studien var både gravida i tredje trimestern och kvinnor som fött barn med ambivalens kring graviditeten. Mammor och gravida, som behärskade det svenska språket väl inkluderades för att undvika språkliga missförstånd under intervjuerna samt underlätta förståelsen för vidare bearbetning av det insamlade materialet. Efter kontakt med verksamhetschefer på fem olika BMM i södra Stockholm erhöles muntligt godkännande att sätta upp vårt informationsbrev (bilaga 1). Då vi önskade att nå fram till fler gravida som var i tredje trimestern letade vi efter grupper på Facebook som hade som gemensam nämnare gravida med beräknad partus år 2020 eller som hade fött barn under samma år. En allmän förfrågan med bifogat informationsbrev (bilaga 1) lades upp i sju grupper där vi godkändes och blev insläppta. Ett varierat antal medlemmar fanns med i de olika grupperna på Facebook, som mest var det 638 kvinnor i en grupp och som minst 54 kvinnor, totala antalet som kunde nås av informationen var 2149 medlemmar. Vi hade inga

uppgifter om hur stort antal besökare som fanns på de utvalda BMM. De potentiella deltagarna som hörde av sig och var villiga att delta i studien hade läst informationsbrevet via Facebook. Det var inga intressenter som kontaktade oss för deltagande i vår studie från barnmorskemottagningarna.

Författarna återkopplade via mail eller Messenger för att se om fortsatt intresse fanns och bokade följaktligen in en tid för intervju. Sammantaget deltog sju kvinnor i denna studie. Åldersspannet på deltagarna var från 23 – 36 år med en medelålder på 26 år. Två av respondenterna var gravida i tredje trimestern, resterande fem deltagare hade barn som var tre veckor upp till ett år. Fem deltagare var bosatta i Stockholmsområdet medan resterande två var bosatta på annan ort i Sverige.

4.3 Datainsamling

Rekrytering pågick under september 2020. Deltagarna erbjöds att utföra intervjun antingen under ett fysiskt möte, telefonledes eller via videosamtal.

En pilotintervju utfördes med syfte att få öva på intervjuteknik samt att utveckla intervjuguiden (Ahrne & Svensson, 2015). Författarna delade upp intervjuerna och utförde tre, respektive fyra intervjuer var som ägde rum telefonledes i författarnas respektive hem. Intervjuerna pågick mellan 35–45 minuter och spelades in via röstupptagning på mobil- och dator med muntligt samtycke från samtliga deltagare. Efter intervjuerna gjordes en kort reflektion per telefon mellan författarna om de utförda intervjuerna för att sedan transkribera materialet. Transkribering utfördes direkt i anknytning till utförd intervju för att säkerhetsställa att det inspelade materialet var av god kvalitet (Polit & Beck, 2008) och raderades därefter för att minimera risken för att obehöriga skulle ta del av materialet. Semistrukturerad intervjuguide (bilaga 2) med öppna frågor användes i studien och följdfrågor ställdes vid behov.

4.4 Dataanalys

Tematisk analys är en metod för att identifiera, analysera och rapportera teman inom data och tematisk analys utifrån (Braun & Clarke, 2006) valdes. De beskriver analysen utifrån sex steg. **Först** bekantande vi oss med det insamlade materialet för att kunna förstå dess bredd och djup. Detta gjordes genom att det inspelade materialet transkriberades och lästes igenom flera gånger för att möjliggöra en djupare förståelse. Då intervjuerna inte utfördes tillsammans så läste vi varandras transskript för att fortsatt kunna bearbeta det insamlade materialet. I

marginalen på transkripten skrev vi anteckningar om det som vi fann vara intressant i materialet i förhållande till studiens syfte och frågeställningar. I det **andra steget** organiserade vi data genom att vi läste igenom vårt material tillsammans och letade efter relevanta aspekter i förhållande till vårt syfte och frågeställningar, kodning. Kodning innebär att man läser igenom materialet och letar efter relevanta aspekter i förhållande till forskningsfrågan samt tillskriver ord, meningar, stycken (koder) som sammanfattar vad det insamlade data handlar om (Braun & Clarke, 2006). Vi sorterade ut det material som var intressanta för vår studie och dessa skrevs ned på post- it lappar som sedan lades ut för att få en mer övergripande blick. De post it lappar med liknande innebörd sattes ihop i grupper och detta låg till grund för vår färdigställda tankekarta, (se resultatdel). Därefter diskuterade och reflekterade vi över de funna grupperingarna och ändringar gjordes. I detta stadie exkluderades inga funna koder för att inte missa eventuella empiriskt material som kunde stärka vårt resultat. Ett tema beskrivs som ett sammanhängande mönster i empirin och som är meningsfullt i relation till forskningsfrågan (Braun & Clarke, 2006). Teman och subteman skapades i det **tredje steget** i analysen, genom att utifrån det kodade materialet hitta teman. Vi flyttade runt de olika kombinationer med nyckelfraser för att hitta kopplingar mellan koder och teman. Koderna bearbetades ytterligare, **fjärde steget**, för få en representativ bild över vår kodning. Här eliminerades de koder som inte hade tillräckligt stöd i studiens insamlade data. Här gick vi igenom våra teman, subteman med de koder vi skapat för att se om de skiljde sig ifrån varandra då varje tema ska vara enhetligt samt att olika teman bör vara skilda från varandra. Under denna process togs bristfälliga teman bort (Braun & Clarke, 2006). Vi kom fram till att ett tema som valts ut; *Stöd* passade in under kvarvarande tema; *hantering av ambivalens*. Vi återgick till att läsa igenom transkriptionerna för att sedan diskutera sinsemellan om justeringar kring teman och subteman. I **femte steget** namngavs de slutgiltiga teman och subteman som vi skapat under analysen. Diskussion fördes även med vår handledare om vår analys. För att få ett bredare och överskådligt perspektiv över det insamlade materialet så läste författarna igenom transkriptionerna och diskuterade om något hade kunnat bidra till ett annat resultat. **Sjätte steget** redovisas under rubriken resultat.

Tabell 1. Kodning

Tema	Sub-tema	Kod	Data
Svårigheter med inre och yttre förändringsprocesser	Psykisk och kroppslig utmaning	Svårt att acceptera kroppslig förändring. Negativ upplevelse	"...hade svårigheter att acceptera det att kroppen inte var min kropp längre...utan att det var nån som liksom bodde i mig som...ah...förändrade...mitt yttre...och de var...en svår...eeh...utmaning...det var svårt..."
Hantering av ambivalens	Strategier för att hantera ambivalens	Göra något annat för att distrahera sig från sina ambivalenta känslor	"då försökte jag bara distrahera mig...jag hade ytoutube på i bakgrunden...jag bara scrollade utan att jag visste egentligen vad det var som jag tittade på...det var skönt så att jag slapp tänka..."

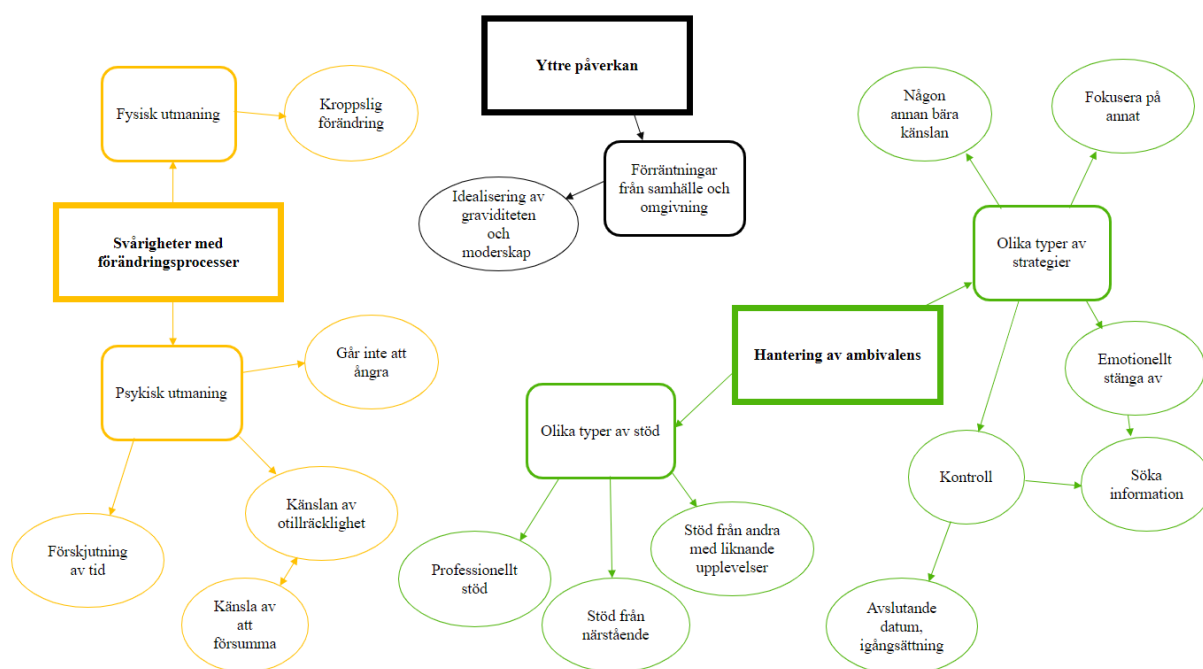
4.5 Etiska överväganden

Forskningsetik är till för att försvara människors grundläggande värde och rättigheter och ska bidra till att skydda personer som medverkar i studien. De som deltar ska mötas med respekt och deras frihet och självbestämmande ska tas på allvar. Deltagarna i studien ska själva kunna välja ifall de vill medverka och hur länge (Kjellström, 2017). Vetenskapsrådet (2020) tar upp fyra allmänna krav för etiska övervägande som vi utgått ifrån, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet uppfylldes genom att deltagarna fick ta del av ett informationsbrev där information om studiens syfte, att vi ville utföra en kvalitativ intervjustudie och vilka vi var som utförde studien samt att kontaktuppgifter med både telefonnummer och e-postadresser fanns med. Även muntlig information gavs om studien till deltagarna inför varje intervju. För att uppfylla

samtyckeskravet gavs information skriftlig via informationsbrevet och muntligt innan start av intervjuerna deltagandet var helt frivilligt och kunde avbrytas när helst personen ville utan att ge negativa konsekvenser eller påföljder för den som deltog i studien. Gällande *nyttjandekravet* användes de inspelade intervjuerna med deltagarna endast till vår uppsats och de uppgifter vi hade om deltagarna spreds inte vidare till någon annan. För att upprätthålla *konfidentialitetskravet* avidentifierades insamlade data så att det inte kunde härledas till en viss person. Vid citering i texten användes respondent ett, två och så vidare för att sekretess upprätthålls (Ahrne & Svensson, 2018). De inspelade intervjuerna skickades inte emellan ansvariga för studien för att minska risken för att materialet skulle hamna hos obehöriga.

5 Resultat

Det framkom tre huvudteman med respektive subteman i den tematiska analysen. Nedan beskrivs våra skapade teman med citat från de olika respondenterna.



Figur 1 Tankekartan Tematisk analys

5.1 Svårigheter med förändringsprocesser

Våra subteman kom att innefatta en inre och en yttre förändringsprocess. Där den fysiska förändringen innebar en kroppslig förändring. Under den mentala förändringsprocessen framkommer att det inte gick att ångra, en förskjutning av tid, känslan av att försumma och emotionell otillräcklighet.

5.1.1 Fysisk utmaning

Det framkom att för flertalet av respondenterna upplevdes den fysiska förändringen under graviditeten som svåra att hantera. De kroppsliga förändringarna var inte något respondenten kunde styra över och en känsla av förlorad kontroll upplevdes. Acceptens kring den kroppsliga förändringen infann sig inte och känslor såsom obehag kom att leda till att det blev svårare att se positivt på de förändringar som skedde. Avsaknad av beredskap inför att hantera de fysiska förändringarna ledde till att de fysiska förändringarna upplevdes som negativa. När det blev för många fysiska förändringar ökade känslan att känna sig obekväm i sin egen kropp.

”...och jag blev väldigt tjock...min upplevelse var att jag var väldigt tjock...och jag mådde väldigt illa av det...hade svårighet att acceptera det att kroppen inte var min kropp längre utan det var nån som bodde i mig som ah...förändrade mitt yttre...och det var...en svår utmaning...det var svårt” respondent 4

Utvecklingen kring graviditeten upplevdes som obehaglig där förhoppning kring att vänta och känna barnet blev som ett intrång på den egna kroppen. De ambivalenta känslorna pendlade mellan att tycka att det var mysigt när fostret gav ifrån sig rörelser, men samtidigt också känslan av att känna irritation när det inte ansågs passa in. Respondenterna hade en slags förväntning och bild över hur det skulle kännas att vara gravid och bära på en graviditet. Men vid fortskridandet av graviditeten motsvarade inte den drömbild som hade målats upp där känslor av glädje i samband med när fostret gav ifrån sig livstecken. Det upplevdes snarare som en fysisk påverkan, som inte kunde kontrolleras eller styras av den gravida och som för en del av respondenterna upplevdes som obehagliga

”...jag kände ingen förhoppning kring att vänta och känna barnet...kände mer att det här är min kropp...tyckte inte om att någon skulle...fladdra runt i min mage samtidigt som när det väl kom så kände jag att det var mysigt men...det var bara mysigt de stunderna när jag var med på noterna” respondent 6

Fysiska förändringar uppfattades också som ett hinder för att kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Att bli sängburen och inte kunna utföra enkla sysslor i hemmet frambringade en

känsla av hopplöshet och utanförskap. Upplevelsen av att livet fortgick och tröstlösheten i den egna situationen ledde till en ond spiral.

Det framkom hos vissa att den fysiska begränsningen ansågs ligga till grund för psykisk påfrestning och bidragande faktor till ambivalenta känslor under graviditeten. Det visade sig att två av respondenterna hade hyperemesis under graviditeten. För dessa upplevdes det som extra känslomässigt krävande att inte kunna göra saker som normalt inte varit påfrestande.

Att inte känna igen sig utifrån den person de varit innan graviditeten uttrycktes av många deltagare som väldigt svårt.

Att inte vara rolig att vara med på grund av att den vanliga glädjen försvunnit och stressen som upplevdes, kändes som en stor förändring. Från att ha varit en glad person till att inte vara det längre.

Önskan om att vara densamma som innan graviditeten gav sig i uttryck i form av att inte acceptera situationen utan att leva kvar i att tänka att ingenting är förändrat. Den självbild som fanns stämde inte överens med de kroppsliga förändringarna

”...ja ambivalensen handlade väl också om att jag inte köpte kläder som var anpassade för gravida kvinnor utan jag köpte kläder som att jag vore densamma kroppsmässigt...”

respondent 4

5.1.2 Psykisk utmaning

I den psykiska utmaningen fanns olika aspekter och det kunde ibland skilja sig åt för först och omfödorskor. Att försumma det barn man redan hade var något som omfödorskor tampades med utöver andra mentala påfrestningar.

Genomgående hos samtliga deltagare var känslan som kunde slå till med full kraft, att det inte gick att ångra. Att beslutet man tagit kanske inte var det rätta. En av livets större förändringar som de nu inte kunde göras ogjort. Ambivalenta känslor fanns under hela graviditeten men blev mer påtagligt under tredje trimestern. Känslan förstärktes när de närmade sig slutet av graviditeten då de kände sig utmattade både fysiskt och psykiskt och orken började ta slut. Det uttrycktes att med facit i handen så skulle de aldrig ha blivit gravida igen och att beslutet kändes fel. Det upplevdes inga ljusglimtar utan det var mest mörka tankar och känslor som dominerade.

”...där på slutet...så kände jag verkligen att nu har jag fått all hjälp jag kunnat, jag har gjort allt som jag kan och ändå så finns de här känslorna av osäkerhet kring det här barnet kvar och nu har jag liksom...det går inte att ändra sig..” respondent 1

Något som uttrycktes av deltagare var att stanna i ett tidigare stadie av graviditeten. När det var en månad kvar kände deltagaren att det var tre och skulle hinna med saker innan förlossning, men så slog tanken till att det endast var en månad kvar. Det fanns också en känsla av att graviditeten tog allt för lång tid, att de inte fanns en anpassning till att vara gravid under nio månader. Så tiden kunde gå för långsamt alternativt hängde inte den gravida med i graviditetsprocessen och blev på något sätt kvar i ett tidigare stadium mentalt än vad det i realiteten befann sig fysiskt i graviditeten.

”...Jag känner absolut att jag inte fick tid och...liksom njuta och mogna i graviditeten...för det var sånt fokus framåt hela tiden” respondent 6

Det framkom en skillnad hos omföderskor och förstföderskor. Även om våra teman kunde ses genomgående hos samtliga respondenter, fanns en aspekt hos dem som redan hade barn. De fick en känsla av att *försumma* barnet de hade då orken inte fanns fysiskt eller psykiskt, i förlängningen försumma båda var en rädsla som de också tampades med. En deltagare fick också styrka av att ha ett barn då kärleken till första barnet gjorde att hon kände att bara hon fick hälften av den kärleken till sitt barn i magen så skulle det vara värt det. En stark motivering för henne att fortsätta kämpa. Samtidigt fanns känslan av att förlora tid med barnet som fanns och att denne skulle ta skada.

”...å de förstod inte jag hur jag skulle orka, för jag orkade ju inte med ett barn..eh..under graviditeten.. å har man två så är det ju ännu mindre tid även om det blir på ett annat sätt men det va ändå liksom..eh.. att det var också jättesvårt att ha ett äldre barn i det här att jag mådde så himla dåligt” respondent 1

Även då barnet var önskat och efterlängtat, framkom det att det ändå var svårt att uppbåda känslor av glädje inför stundande graviditet. Motstridiga känslor kring sin situation var ständigt närvarande och det fördes en inre dialog hos respondenterna kring en logisk och ologisk del i att känna som de kände. Det kunde tillslut leda till att skylla känslorna på det

kommande barnet, trots att de visste att det inte var barnets fel. Samtidigt kunde de också känna att de ville ha barnet i sina liv.

Flera kände att det var svårt då ambivalensen i graviditeten var så påtaglig och de negativa känslorna var övervägande. Något som var svårt för deltagarna var att kunna se framför sig hur det skulle gå att få den emotionella kontakten när barnet var fött, och en rädsla förekom att inte kunna älska sitt barn. En önskan om att kunna känna glädje över graviditeten och sitt blivande moderskap fanns, men svårigheterna låg i att känslan var svår att uppbringa hos flertalet av respondenterna. Ambivalensen under graviditeten var märkbar och gav känslor av tvivel. Majoriteten uppgav att de inte längtade efter sitt barn.

”...tänk om jag och min sambo inte blir glada...tänk om jag föder det här barnet och vi ler inte mot det...vi måste älska det här barnet...tänk om vi inte gör det...” respondent 7

De flesta respondenterna uttryckte att de kunde utföra praktiska göromål men att det hela tiden fanns en känsla av att vara frånvarande på ett känslomässigt plan. De som tidigare hade barn hade förmågan att fysiskt finnas närvarande för att orka sköta omvårdnaden om barnet och hemsysslor men var inte kapabel att finnas tillgänglig så som de önskade, att vara mamma.

5.2 Yttre påverkan

Den yttre påverkan tar upp de förväntningar som genomsyrar vårt samhälle och i slutändan leder till en idealisering av moderskapet.

5.2.1 Förväntningar från samhälle och omgivning

Något som var genomgående hos alla respondenter var de förväntningar som de ställdes inför vad gällande graviditeten. De förmodades känna enbart stor glädje och lycka inför graviditeten och det blivande moderskapet. När dessa känslor inte infann sig och de ambivalenta känslorna var styrande, så kändes det som ett misslyckande och skapade en ytterligare press samt stress hos respondenterna. Den upplevda känslan överensstämde inte med normens och det utsatte respondenterna för utmanande situationer där de fick hitta tillvägagångssätt för att hantera dessa.

”...Jag hade inskrivningsamtalet med en annan barnmorska så vi hade inte träffats...ja, men då sa hon...men grattis...hur mår du? Och så är det enda man får ur sig, ja men det är väl...å till och med då (!) minns jag den där känslan av att jag började nästan svara...jo men det är ganska bra...eller nej, det är det ju inte...att jag var liksom tvungen att resonera med mig själv...”respondent 1

Det fanns också en känsla av att hela samhället bidragit till en idealbild av vilka känslor som var accepterade att ha som gravid. Att inte finna de känslor som förväntas och känslan av att själv inte kommit till det stadiet var något som upprepande kom upp under intervjuerna. Avsaknad av dessa förväntningar skapade skuld- och skamkänslor. Känslan av att inte kunna svara ärligt på frågor angående måendet upplevdes som isolerande och ensamt. Det var svårt att uttrycka sina känslor då de upplevdes att det fanns vissa förväntningar hos omgivningen. I de fall de gjorde det upplevde respondenterna att det blev en besvärande situation där ansvaret låg på dem att släta över och maskera sina känslor för att vara den andre till lags.

”...jag hade inget av det där glowet som de pratade om...det vet jag inte var det tog vägen...så jag tror jättemycket att det är samhället som har benat ut hur man ska må och när man mår annorlunda så finns det någon slags förvirring i det” respondent 2

Att inte finna någon eller något som kunde ge någon form av identifikation eller någon annan att relatera till var en stark aspekt som många upplevde. Sociala mediers påverkan, som gav bilden av att alla andra i samma situation var så lyckliga och som inte visade på några andra alternativ än känsla av lycka. En respondent uttryckte att hon kände press över att vara glad. Hon hänvisade till filmer som endast visade glada gravida och hon upplevde det som mycket svårt att inte kunna identifiera sig med det eller något annat i media som skildrade gravida.

”...jag får inte ha mina egna åsikter...jag ska bara tycka på ett visst sätt för jag är kvinna...jag ska bara embraca min graviditet...jag ska bara älska mitt barn...jag ska inte ifrågasätta abort...jag har rätt men jag ska bli ifrågasatt...och jag blir dömd om jag gör den så blir jag dömd” respondent 7

5.3 Hantering av ambivalens

Flertalet sätt att hantera ambivalensen framkom under intervjuerna. Det kunde handla om förnekelse, söka information, distrahera sig genom att fokusera på annat och de kunde leda till att slutligen en profession fick ”bära känslan”. Stödet var ett sätt att hantera och kunde ges av partner på ett praktiskt plan, hos barnmorska eller i samtal med professionell. En önskan om igångsättningsdatum framkom också.

5.3.1 Olika typer av strategier

Flertalet sätt att hantera ambivalensen framkom under intervjuerna uppgavs olika sätt som respondenterna hanterade ambivalensen. För många kunde det under en tid och vissa stunder vara så övermäktigt att det handlade om att inte orka ta sig an känslorna, att stänga av eller förneka. Även om det hos dessa respondenter fanns tillfällen då de hanterade känslorna på andra sätt, var det ibland det som krävdes när de ambivalenta känslorna först uppstod, för att i ett senare skede orka möta känslorna med andra strategier.

”...de känslorna jag hade under graviditeten...har jag väl absolut...haft strategier för att kunna överleva...det har väl mest handlat om att stänga av...”respondent 4

Att söka information, gå kurser och hitta förståelse för hur det skulle bli när barnet kom var andra strategier. Den upplevda förlusten av kontroll gjorde att det blev viktigt att ligga steget före och försöka förstå vad som skulle kunde hända under graviditeten samt postpartum. Främst bland förstföderskorna fanns en upplevelse om att de inte hade en tillräckliga kunskaper att stå på när det blev gravida. Det ledde till ett näst intill maniskt sökande efter information och önskan om att veta allt för att kunna bilda en uppfattning av vad som väntade under graviditeten samt postpartum. Information som söktes handlade för många om att hitta något som liknade deras situation i ambivalensen. I brist på kunskap och information om graviditetsambivalens kunde deltagare söka efter litteratur om förlossningsdepression för att få någon form av identifiering att det inte var så lätt att bli eller vara mamma.

”...jag och min partner hade listor med böcker vi ville läsa och att vi skulle gå profylaxkurs och såna saker, så jag har lite grann stressat på att vi skulle få allting gjort kanske tidigare än vad vi hade tänkt innan bara för att...jag kände att jag var orolig över allt möjligt än vad jag trodde jag skulle vara...”respondent 3

Att distrahera sig eller fokusera på annat var också sätt att komma bort från sina tankar kring sitt mående och ambivalensen. Det blev viktigt att utföra praktiska saker för att kunna distrahera sig själv från tankarna på ens fysiska och psykiska mående. Att hela tiden ha tv på i bakgrunden eller titta på Youtube beskrev några respondenter som en strategi för att förleda sina egna tankar för en stund. En annan strategi var att följa rutiner.

*”...så jag försökte lämna min dotter på dagis, jag försökte gå ut och äta middag och sen kunde vara helt slut...men det var ändå som att de där sakerna...som var... som jag vet är roliga...de gav inte så mycket...men det gav i alla fall en paus från att vara upptagen med att hela tiden vara en gravid som inte vill ha barn...”*respondent 1

När insikten om att det inte gick att läsa sig till eller söka information om allt skedde det en form av känslomässig kapitulation som gjorde det möjligt att acceptera och söka sig till barnmorskan. Det upplevdes som en lättnad att kunna lägga över ansvaret på någon annan för att de själva skulle kunna lägga dessa känslor åt sidan för tillfället, någon annan fick bära känslan. Den känslomässiga bördan upplevdes inte lika svårt då respondenterna inte längre var ensamma i vetskapen om dessa känslor. Det kunde vara så att deltagaren försökte att inte tänka eller vara i känslan när de inte var hos en profession, utan då endast släppa fram känslorna de stunder de var där. Att luta sig tillbaka och lägga allt i sjukvårdens och barnmorskans händer kändes som en lättnad.

”...varje gång jag fick lite hjälp eller fick komma till min samtalskontakt eller fick lite stöd så..eh..så lättade ju känslan för jag behövde inte bära den själv...” respondent 1

Det framkom även att det var en svårighet att inte få ett avslutande datum på graviditeten. Ett igångsättningsdatum sågs för flertalet respondenter som ytterst viktigt. Detta för att veta att vid detta tillfälle kommer det vara slut på graviditeten, då skulle det vara nog. Det framkom att de inte känt sig hörda i att det ville ha ett avslut, det kändes för många som ett ifrågasättande. När de väl fick ett igångsättningsdatum kändes det för flertalet försent. Det blev en frustration hos deltagarna och den sista tiden en spiral ned av att må sämre och sämre. Det var som en uppladdning för något som de ville göra, ha kontroll över, men de fick inte

hjälp i den kontrollen. I detta fanns inte tanken på att de sedan skulle bli föräldrar utan fokus var att få avslut på den ambivalenta graviditeten.

”...och då sa en läkare som hade bestämt de här datumet på igångsättning, jaha vad är det som...är du rädd för ditt barn? Nej, jag är inte alls rädd för mitt barn, jag är rädd för mig själv...att jag inte ska orka mer...” respondent 1

Under intervjuerna framkom även mindre strategier som kan nämnas. Det kunde vara att låta partnern säga att denne längtade efter barnet då deltagaren inte gjorde det. För den deltagaren tydliggjorde det att det inte bara var hon som skulle finnas för barnet, utan att de fanns andra som gjorde det. Någon skrev brev till sitt ofödda barn och kom då på att ambivalensen i handlade om rädslan för att inte kunna skydda barnet.

5.3.2 Olika typer av stöd

Majoriteten av respondenterna upplevde övervägande stöd hos sin partner. Det stöd som uppskattades mest var att partnern tog hand om det praktiska i hemmet när respondent inte kände att ork fanns. Tydligast var det vardagliga stödet för de som var omföderskor, där partnern dragit ett tungt lass i familjelivet. De har funnits en förståelse för den gravidas situation, även om det inte fullt ut var stödet de behövde emotionellt. Partnern fanns dock där som en känsla av trygghet i den turbulenta situationen genom visad förståelse för deltagarna. För en deltagare var det partnern som blev det viktigaste stödet, då det hos henne inte funnits behov av vidare stöd hos professionell.

”...min man...han är guld värd...han har skött allt...hemmet...han har skött mig...jag har inte kunnat tvätta mitt hår själv...han har tagit hand om allt. Han har försökt att stötta mig och hålla mig sällskap så att jag inte skulle känna mig så ensam...och då har jag inte riktigt velat belasta honom ännu mer med att säga hur jag mådde psykiskt” respondent 5

Vetskapen att det fanns andra som kände ambivalenta känslor kring graviditeten och var i liknade situation gav tröst och stöd. Att få finnas med i ett sammanhang med andra där innersta tankarna kunde ventileras utan känslor av skuld och skam då alla var i samma situation. Det fick respondenterna att känna sig mindre ensamma. En deltagare ville söka sig till kvinnor då hon kände att partnern inte kunde förstå henne fullt ut, utan att det var

kvinnorna som kunde bära barn och vars kroppar fungerade likadant som hennes.

Respondenterna beskrev en positiv aspekt med dagens sociala medier då de lättare kunde hitta grupper eller individer med liknande upplevelser. Bland de respondenter som använde sig av denna metod fann en känsla av gemenskap och stöd.

*”...men jag hittade en sida på facebook med gravida och som varit gravida, som hade haft hyperemesis...det var en fin och stöttande grupp...jag fick mycket stöd från dem...”*respondent 5

Det framkom att barnmorskan på BMM spelade en viktig roll vad gällande stödfunktion. En del respondenter beskrev att barnmorskan var den person som de träffade flest gånger under graviditetsperioden men trots detta ansåg övervägande del av respondenterna att de önskat få mer hjälp och stöd att bearbeta känslorna kring ambivalensen under graviditeten. Det framkom även att barnmorskan var en bro till att låta deltagaren få kontakt med en samtalskontakt. Svårighet uppstod när deltagare önskade mer stöd av samtalskontakt men barnmorskan inte ansåg det eller inte förstod omfattningen av den gravidas upplevelse. Det kunde för flera deltagare handla om att de rätta frågorna inte ställdes, att måendet inte fick ta plats.

”...jag hade önskat att man hade ställt lite mer frågor om hur jag mådde...vad jag kände...att dela de här upplevelserna...” respondent 4

De som kände att de fick stöd från barnmorskan kände sig trygga i relationen och kunde samtal fritt om de upplevda känslorna. Det fanns en tillit till barnmorska redan från första besöket då denne tidigt upptäckte de ambivalenta känslorna. Utrymme för långa samtal utan tidspress samt upplevelsen att någon verkligen lyssnade var något som lyftes som mycket positiva aspekter. Att få bekräftelse på att det fanns förståelse för hur kämpigt situationen var och att någon lyssnade på ett inte dömande sätt, var väldigt viktigt.

*”...skulle jag vilja ta upp någonting så känner jag en trygghet att göra det med henne...och hon har också frågat hur jag mår och hon har frågat om ångest och hon har frågat hur min partner mår...”*respondent 3

Det upplevdes vara svårt att skilja det fysiska måendet mot det psykiska måendet då en tydlighet kring begreppen inte var uttalad hos barnmorskan. Missförstånd inträffade som inte ingav någon trygghet, så respondenten undvek att ta upp vissa samtalsämnen såsom de ambivalenta känslorna. När barnmorskan frågade om måendet så uppfattades frågan enbart gälla det fysiska måendet, inte det psykiska.

”...det kom jag ihåg framförallt att min barnmorska sa, varför har du inte berättat för mig att du mår såhär dåligt och då sa jag...jag förstod inte att du frågade om annat än min kropp”

respondent 7

Något som var återkommande var att få tillgång till ytterligare en samtalskontakt såsom en kurator eller psykolog för att kunna bearbeta sina ambivalenta känslor. Upplevelsen var att barnmorskan kunde kontrollera det psykiska måendet genom att boka in täta möten för samtal. Men känslan var att det inte var tillräckligt då det fanns en önskan om att bli erbjuden en samtalskontakt med kurator eller psykolog för fortsatt bearbetning. Även om respondenterna haft en partner att samtala med och erhållit stöd så blev det mer verkligt att få komma iväg och prata med antingen barnmorskan eller samtalskontakt.

*”...samtidigt som barnmorskan inte kunde göra nåt åt saken rent mer än dubbelkolla, hur mår du nu...så att hon inte släppte mig helt...men samtidigt är hon ju ingen psykolog, så hon kunde ju inte ge någon psykologhjälp...hon kunde i alla fall kolla läget...”*respondent 5

Tidiga insatser från barnmorskan efterfrågades där det fanns önskan om att bli lyssnad på. Många av respondenterna kände att de fick stöd kring fysiska ting runt graviditeten men det psykiska var svårare för barnmorskan att ställa frågor om. Upplevelsen var att de inte fick gehör för sitt psykiska mående utan fokus låg på det fysiska i graviditet.

*”...ja, alltså, psykologisk hjälp redan från början...ehm...speciellt när jag började må så illa där att ...leave me too my own devices..lite sådär utan att fånga upp att hon mår riktigt kasst och uttryckligen säger att hon vill hoppa ut genom ett fönster...”*respondent 2 ”

6 Diskussion

Syfte med studien var att undersöka gravida och nyblivna mammors upplevelse av ambivalens i tredje trimestern. I denna del kommer vi att gå igenom olika aspekter i metodologin, överväganden samt diskussion kring vårt resultat.

6.1 Metoddiskussion

Då syftet var att undersöka upplevelser kring ambivalens i tredje trimestern blev valet kvalitativ studie. Detta för att det gav oss möjlighet till en djupare förståelse för upplevelsorna av ambivalens från olika personer och utifrån deras perspektiv (Ahrne & Svensson, 2018). Hade valet legat på enkätstudie för att samla in data hade inte upplevelsorna kunnat tas tillvara på samma sätt då det är ett mer fyrkantigt verktyg, i vårt val av kvalitativ metod fanns en större flexibilitet och teoretisk frihet (Braun & Clark, 2006; Polit & Beck, 2008).

Då vi delvis ville kunna styra intervjun för att få med de för studien viktiga ämnesområdena men som även gav frihet till respondenterna att svara fritt om sina upplevelser på ett rikt och detaljerat sätt, anser vi att semistrukturerad intervjuer var passande för vår studie (Polit & Beck, 2008). Vi kunde ha valt att göra djupintervjuer men anledningen till att det valdes bort var att det kunde gjort det svårare att svara på syftet, då det är svårare att rikta intervjun till det vi önskade ha svar på.

Vi valde att inkludera gravida och mammor som upplevt ambivalens i tredje trimestern då vi efterfrågade en bredd i deltagarnas bakgrund för ett varierat resultat. Då vi snabbt ville nå ut till många personer samt hade begränsat med tid valde vi bekvämlighetsurval. Urvalsmetoden kan ha medfört att en viss typ av människor valde att vända sig till ansvariga för studien, en passiv urvalsprocess. Vi anser dock att vi fick en god variation av erfarenheter då deltagarna var både första-och andragångsmammor och att det var en bred åldersvariation. Hade vi valt ett riktat val exempelvis gått till en auroramottagning hade vårt syfte eventuellt endast fångat ambivalens till förlossningsrädsla. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) beskriver att om man genom att använda sig av Facebook för datainsamling ses urvalet som ett snöbollsurval. I vårt fall så hade ingen av respondenterna hört talas om studien från någon annan, utan de hade själva sett informationen och sedan tagit kontakt med ansvariga för studien.

Vi har reflekterat över att det inte hörde av sig några intressenter från barnmorskemottagningarna. En förklaring skulle kunna vara att det undvikits att sitta i väntrum längre än nödvändigt med tanke på den rådande pandemin och att vårt informationsblad inte ”stack ut” bland annan information på BMM medan ett inlägg på sociala medier i stängd grupp för gravida, är en mer direkt information som inte går att undgå på samma sätt. Ett möjligt alternativ hade varit att barnmorskorna på BMM kunde ha involverats för att rekrytera deltagare.

Samtliga deltagare valde telefonintervju, en sannolik orsak kan bero på den rådande pandemin. Fördelen med telefonintervjuer var att de flesta deltagarna nyligen fött barn eller hade bebisar och inte behövde lämna hemmet för att bli intervjuade.

Det är svårt att veta om utfallet blivit annorlunda om vi utfört ansikte mot ansikte intervjuer. Enligt Eriksson- Zetterquist och Ahrne (2015) kan telefonintervjuer upplevas mer formella och ska i huvudsak användas när bestämda sakförhållande ska avhandlas. Vi anser att då en pilotinterjvu utfördes, uttömmande svar erhöles från respondenterna och att deltagarna själva valde att bli intervjuade via telefon, styrker det vald intervjumetod.

Hade valet legat på fokusintervjuer kunde utfallet antagligen blivit annorlunda. Dels genom att vissa troligen skulle ha svårighet att dela med sig av sina upplevelser inför andra. Det skulle också kunna påverka respondenterna genom att de hörde andras upplevelser och då kanske omforma sina egna upplevelser efter vad de hört (Dhalin-Ivanoff, 2015). Med enskilda intervjuer tror vi att det är lättare att fånga den enskildes upplevelser utan påverkan från andra samt att innehållet i intervjuerna fick ett djup. Positivt med fokusgrupp torde vara att deltagarna fick känna samhörighet och mindre ensamhet genom andras liknande upplevelser.

En pilotinterjvu utfördes med en deltagare för att utveckla intervjuguiden, kontrollera att den tekniska utrustningen fungerade och som ett tillfälle för författarna att öva sig på intervjuteknik (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015). Vår pilotinterjvu visade att frågorna var adekvata relaterat till studiens syfte och den beräknade tidsåtgången var rimlig. Då en relation mellan intervjuaren och respondenten kan skapas utifrån olika aspekter kan utfallet påverkas av olika faktorer såsom vem som intervjuar och i vilken slags miljö intervjuerna utförs (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015). Vi har reflekterat över om vår datainsamling hade kunnat få ett annat utfall om båda författarna varit närvarande under alla intervjuerna. Då vi är två olika personer med skilda subjektiva uppfattningar och intervjuerna utfördes från två

olika miljöer (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015; (Mårtensson, 2018). Vi har kommit fram till att den insamlade data vi fick fram svarade på studiens syfte även om intervjuerna inte utfördes av samma intervjuare. Viktigast för resultatet ansåg vi vara att analysdelen utfördes gemensamt. Det kan också haft en positiv inverkan på studien att intervjuerna utfördes av en intervjuare, då vi upplevde att deltagarna kunde öppnade upp sig mer då det inte fanns någon ytterligare person i rummet att svara till.

Efter fyra intervjuer kunde en representativitet skönjas då det fanns liknande svarsmönster. Ahrne och Svensson (2015) menar att det är svårt att säga när en mättnad uppnåtts på förhand, men detta blev tydligt då våra sju intervjuer var gjorda, då vi väl kunde svara på syftet med framkomna teman. Vi anser att antalet deltagare kändes rimligt i och med att det insamlade materialet svarade till studiens syfte. Enligt Ahrne & Svensson (2015) så kan en tidsangivelse vara bra att informera deltagaren om. Detta fick våra deltagare information om i vårt informationsbrev.

Tematisk analys valdes för att analysera vår insamlade data. Detta för att det är en flexibel analysmetod och som enligt beskrivning vara en passande metod för oss som inte tidigare har utfört en studie (Braun & Clarke, 2006). Vi tycker att det var en lämplig metod för att analysera vårt insamlade material då det är första gången vi gjort en studie i denna form. Enligt Braun & Clarke (2006) kräver denna analysmetod inte en detaljerad teoretisk och tekniks kunskap om tillvägagångssätt, vilket kan erbjuda en mer tillgänglig form av analys. Detta är något vi har tagit fasta på vad gällande val av analysmetod. En nackdel vad gällande tematisk analys är att vald metod inte anses vara tydligt avgränsad och erkänd men då Braun och Clarke (2006) på ett tydligt sätt beskriver tillvägagångssätt enligt sex steg så anser vi att en tydlig ram för analysen funnits.

Inom kvalitativ forskning används termerna *trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet* som indikator för god vetenskaplig kvalitet (Mårtensson, 2018).

Gällande vår analysdel kan *trovärdigheten* ses genom att tolkningar av den insamlade data inklusive teman och subteman diskuterades med handledare. Detta kan enligt Mårtensson och Fridlund (2017) styrka studiens kvalitet. Det hade varit önskvärt om ytterligare personer som exempelvis studiekamrater hade kunnat ta del av vår tolkning av resultat kontinuerligt under uppsatsperioden. Trovärdigheten styrks också i att vi innan studien påbörjades undersökte vad

som fanns kring ämnet, för att skapa en uppfattning om vad tidigare forskning kommit fram till kring upplevelser av ambivalens i tredje trimestern. Ytterligare giltighet och trovärdighet framkommer då vi använt citat (Ahrne & Svensson, 2015) och beskrivit hur vi analyserat framteman och subteman.

Våra subjektiva uppfattningar har varit vårt instrument i denna studie. Vi anser att vi kan ses som ett verktyg i att fånga upplevelserna och att vi fått fram kärnan i vad respondenterna uttryckt. När det gäller *bekräftelsebarhet* ökar detta genom att analysprocessen är tydligt beskriven och att ställningstaganden som gjorts under processen bestyrks (Mårtensson, 2018). Vi har haft en medvetenhet om att vår subjektivitet och tidigare erfarenheter kan ge en påverkan på analys av insamlad data, vilket ger en ökad trovärdighet till studien (Polit & Beck, 2008). Vad gäller *pålitlighet* kan den styrkas genom att påvisa vår förförståelse (Mårtensson, 2018). Båda författarna har själva varit gravida, är föräldrar och har arbetat med gravida samt studerar till barnmorskor och erhållit teoretiska kunskaper om graviditet och barnafödandet. Innan vi påbörjade studien låg vår förförståelse i att deltagarna skulle ha en historik av psykisk ohälsa, något som inte var tydligt framkommande under intervjuerna. *Överförbarhet* kan beskrivas i vilken utsträckning examensarbetets resultat kan överföras till andra situationer, kontexter eller antaganden. Vi inser att det kan vara svårt att generalisera vårt resultat till en bredare grupp eller population då studien beskriver sju kvinnors erfarenheter. Vi anser dock att vår studie kan ge djup förståelse om graviditetsambivalens i tredje trimestern som är viktiga resultat för just denna målgrupp.

6.2 Etikdiskussion

Att känna ambivalens i tredje trimestern kan uppfattas som ett känsligt ämne att prata om. Vi har haft det i åtanke under uppsatsens gång och för att säkerhetsställa individskyddet har vi utgått från Vetenskapsrådets (2020) fyra grundläggande krav. Vid utformandet av informationsbladet har *informationskravet* tagits hänsyn till genom att det framkom vilka som utförde studien där även kontaktuppgifter stod skrivna, vilket lärosäte framkom i och med att Karolinska Institutets logga fanns med samt att vi skulle göra en kvalitativ intervjustudie. Vi inledde även varje intervju med att muntligen informera om vilka vi är, var vi studerar och att vi studerar till barnmorskor. Eventuella risker för de som deltog i studien har tagits i beaktande då ämnet som uppsatsen tar upp kan upplevas känsligt. Vi har reflekterat över att samtal om deltagarnas upplevelser kring ambivalens i tredje trimestern kunde ge en negativ

påverkan i form av att dessa känslor inte har blivit bearbetade. Därför lyftes detta redan i vårt informationsbrev. Där beskrevs också varför vi önskade att utföra studien och vad vi önskade att studien ska bidra till. Om det framkom i intervjuerna att det fanns mer behov av stöd hade vi en handlingsplan att hänvisa dem till barnmorskan på BMM alternativt vårdcentral. Det fanns ingen deltagare som uttryckte eller efterfrågade behov av stöd efter utförd intervju. Muntlig information gavs till deltagarna om att endast vi som utförde studien samt vår handledare skulle ta del av informationen samt att det insamlade materialet användes enbart till att användas för vår studie. All insamlade data har förvarats i enlighet med *konfidentialitetskravet* då det insamlade materialet avidentifierades och de inspelade intervjuerna raderades. De inspelade ljudfilerna skickades inte till varandra då en risk fanns att obehöriga skulle ta del av materialet. De personuppgifter vi fick från deltagarna togs bort i och med att de inspelade intervjuerna raderades. I uppsatsen har vi skrivit ut större geografiska områden för att ytterligare avpersonifiera uppgifterna så att det inte skulle kunna härledas till deltagarna.

Informationsbrevet uppfyller kriterier för *samtyckeskravet* då det tydligt framkom att det var frivilligt att delta i studien och att deltagaren när som helst kunde avbryta sin medverkan utan några negativa konsekvenser. Då deltagarna i vår studie erhöll både muntlig och skriftlig information till att medverka i studien, erbjöds flera tillfällen till att tacka nej och ångra sin medverkan. Alla sju deltagare valde att medverka i studien och muntligt samtycke erhölls. Vi har i efterhand diskuterat att när deltagarna fick förfrågan om att ge sitt samtycke under en pågående inspelning kunde ha haft en påverkan på deltagarnas medgivande. Men då alla som medverkande uttalade sig positivt till studien anser vi att det inte mynnade till ett etiskt dilemma för vår studie.

7 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka gravida och nyblivna mammors upplevelse av ambivalens i tredje trimestern. Vi har studerat gemensamma mönster i intervjuerna och utformat en tankekarta i likhet med Braun & Clarke (2006). I studien framkom tre centrala teman som kommer att diskuteras vidare.

7.1 Svårighet med förändringsprocesser

Det fanns hos vissa av våra deltagare både en fysisk och psykisk utmaning. Hos dessa kunde det starta med en fysisk utmanande graviditet som ledde till en psykisk utmaning. De var svårt

för dem att veta om de fysiska ledde till ett psykiskt sämre mående, men någonstans förlorade de sig själva och sin självbild. Den upplevda känslan att inte vara sig själv var betungande men det var inte bara en känsla inför sig själv utan även agerandet gentemot andra som påverkades. Liknande resultat framkommer i en studie av Bergbom et al (2017) och (Staneva et al., 2015) där kvinnorna upplevde att den fysiska och mentala begränsningen skapade en känsla av att saker inte stämde, som i förlängningen gav dem en låg självkänsla. Dessa resultat stämmer överens med vår studie där fysisk och psykisk kontroll skapade känslan av att vara fången i sin egen kropp vilket ledde till ökad ångest och depression. De fysiska förändringarna under graviditeten upplevdes som obehagliga och lyckan som de initialt kände över sin graviditet försvann då känslan av obehag tog över. Kvinnorna hade också svårt att acceptera kroppsförändringen under graviditeten då de upplevde att de mentalt inte hunnit ikapp dessa förändringar.

Staneva et al (2015) tar upp att illamående, trötthet, sömnlöshet och irritabilitet sågs som källor till att upplevelsen av att vara gravid försvårades och skapade missnöje. Hos vissa av våra deltagare blev det en trötthet på grund av den psykiska påfrestningen, att gå med ambivalensen. Även de som saknade fysiska symtom kunde således också uppleva att det psykiska påverkade de fysiska och vice versa. I likhet med Bergbom et al (2016) var känslan av att må illa något som svängde mellan glädje och depression. Där kunde illamåendet ses som en bekräftelse av graviditeten och gav då upphov till lycka. De såg en mening i den förändrade kroppen och sinnet. Det skiljde sig från resultaten i vår studie då ingen av våra deltagare som kunde omfamna illamåendet på det sättet. Deltagarna i vår studie såg inte de kroppsliga förändringarna som något positivt utan förändringarna skapade hinder för att kunna acceptera graviditeten.

Deltagarna som inte tidigare hade barn i vår studie hade också en rädsla för att brista i sin kunskap om graviditet och förlossning och sökte därmed mycket information. Det framkom en rädsla över att ta ansvar för den nyföddes vård och själva graviditeten. Detta var något som också togs upp i studien av Staneva et al (2015). I vår studie var det inte problematiskt för omföderna huruvida de kunde ta hand om det praktiska utan där var det osäkerheten huruvida de skulle känna något för barnet. Detta kunde återfinnas hos alla våra deltagare, men hos förstföderskor en begränsad kunskap om sin egen gravida kropp. Hos omföderna var det inte tydligt av den anledningen att de redan genomgått en graviditet. Raphael-Leff beskriver att mödrar som var bekanta med moderjaget eller moderskapsrollen och förmodligen hade

bildat en förståelse för det, inte hade ett bättre fungerade skydd mot ångest och depression. Man kan hävda att det fungerade som en påminnelse om att moderskap innebär mer förluster, såsom energi, personlig tid och resurser (Staneva et al., 2015). Våra deltagare som var omfödorskor hade en tydligare insikt i förändringen gällande graviditeten, men de upplevde fortsatt de fysiska förändringarna som trötthet och illamående som negativt. Detta skapade i förlängningen en känsla av förlust över att inte kunna vara den mamma de ville till de barn de redan hade.

Bergbom (2016) fokuserade i sin studie på upplevelser i tidig graviditet och tar upp att de som blev gravida haft en längtan, men efter att graviditeten bekräftades undrade de om de verkligen ville bli det. I studien uttrycktes en känsla av att något blev förlorat och de kunde inte känna igen sig själva. Tvivel kom huruvida de var redo att bli mödrar. En del kunde känna att det var mer känslomässiga, men också mer harmoniska. Våra deltagare beskrev dock inte någon specifik harmoni. De få ljusglimtarna som framkom kunde inte njutas av då de negativa känslorna var övervägande. I en studie av Bergbom et al. (2016) låg fokus kring känslan av tvivel i tidig graviditet. Vårt resultat påvisade att ambivalensen var kvarstående under hela graviditeten, något som faller utanför normaltillståndet.

7.2 Yttre påverkan

Ett erkännande av graviditeten och förväntan på hur den skulle upplevas vara genomgående hos våra deltagare, både från omgivning och samhället. Även här ses koppling till ett centralt tema i Staneva (2015) där erkännandet låg i att förväntningar på graviditeten inte var uppfyllda och var närvarande i alla studier de undersökte. De psykologiska upplevelserna var i strid med hur kvinnorna ville uppfattas av andra. I detta fanns både direkta och subtila reaktioner från omgivningen vilket de uppfattade som den perfekta graviditeten.

Förväntningarna från omgivningen gjorde det ännu svårare att handskas med ambivalensen hos våra respondenter. Av omgivningen möttes de av glädje inför deras graviditet, men de kunde inte känna det själva. Känslan av det inte fanns något i samhället som liknade deras upplevelser blev ännu mer påtaglig. Detta framkom även i en av Soltanis (2017) huvudteman där det framgick en påtvingad moderskapsroll och det framkom en uppfattning om en fientlig tradition som placerade moderskap i en förhöjd och ouppnåelig perfektion. I en kvalitativ studie av Raymond (2009) lyftes samma problematik. Det verkar troligt att den skuld som

visats av några av deltagarna i studien i förhållande till deras känslor, till viss del berodde på kulturellt tryck på mödrar att ”vårda”.

Det fanns en orealistisk och romantisk förväntan på moderskapet och graviditeten och dessa förväntningar formar också upplevelsena. Resultatet blev känslor av otillräcklighet, nederlag och tillslut en form av isolering (Staneva et al., 2015). Denna isolering kunde vi se hos våra deltagare i form av att känna sig ensam. Inte i att de isolerade sig fysiskt, men att de sökte något som överensstämde med deras upplevelse, men då inte hittade det i vare sig media, litteratur eller samhälle. Inom en kultur som främjar en idealiserad och föreskrivande syn på moderskap, gör vissa kvinnor mer sårbara än andra (Soltani et al., 2017). En hälso- och sjukvård som inte mötte de känslomässiga behovet gav också en känsla av isolering hos deltagarna då de inte kunde diskutera sina känslor (Franks et al., 2017; Raymond, 2009).

Andra aspekter av övergången innebar att balansera sina egna behov med de som det nya barnet kommer att få, vilket var en källa till ambivalens och ångest, som kvinnor tolkade som ohälsosamma själva. Det faktum att denna typ av önskat stöd inte alltid var tillgängligt för kvinnor förvärrade deras tillstånd, drev tillbaka deras behov, isolerade dem ytterligare och hindrade dem från att identifiera källor för hjälp (Staneva, 2015). Att vara dömd till sina tankar och inte få stöd upplevdes av våra deltagare leda till ensamhet. De sökte information som beskrev en annan bild, att det inte är så lätt att ta sin an moderskapsrollen, ett försök till att inte känna sig så ensam. Trots försök kvarstod ändå känslan av att aldrig ha känt sig så ensam som under graviditeten.

7.3 Hantering av ambivalensen

Raymond (2009) beskriver att ett sätt att hantera sina känslor var att skapa kontroll, det blev som en typ av anpassningsprocess, att kommunicera sina emotionella och fysiska behov. För att lyckas med det krävdes att deltagarna gick ifrån förnekelsen till att konfrontera sina känslor. I likhet med ovan nämnd studie visar vår att en beslutsamhet gjorde att en förändring därefter skedde. Stöd och information söktes från andra som varit i liknande situation, eller att de via sociala medier sökte sig till grupper som tog upp ämnet. De sökte en form av validering till sina egna känslor.

Det fanns ett flertal strategier i huruvida deltagarna mötte ambivalensen. Ibland såg de inte själva att det var en strategi, men det fanns en kamp i att försöka bearbeta det ologiska i ambivalensen. Det första som framkom hos många av våra deltagare var att det helt enkelt var för stort och då stänga av, inte orkade kännas vid. Ibrahim et al (2018) fick fram olika teman, där ett sätt att hantera oro i andra och tredje trimestern liknade förnekelse. Det som visade sig var att strategin att undvika känslor var relaterat till hög oro under senare delen av graviditeten. I Staneva (2015) kunde vissa av deltagarna klara den ångestladdade och skambelagda känslan av misstag, genom att just förneka. Det finns en motsägelse i dessa artiklar men vi kan se att våra deltagare var tvungna att tillslut möta ambivalensen på annat sätt än enbart förnekelse.

I en kvalitativ studie av Hildingsson et al (2007) framkom att en mer patientcentrerad vård och individualistiskt tillvägagångssätt där patienten involveras i sin vård skulle öka kvinnors tillfredsställelse. Att behandla kvinnor och partners väl och uppmärksamma vad de anser vara viktigt menar denna studie inte nödvändigtvis kräver ytterligare ekonomiska resurser.

Utifrån de intervjuer vi gjort är det i vissa fall så att de inte behövs mer ekonomiska resurser om relationen mellan barnmorska och den gravida är tillfredställande. Det framkom i våra intervjuer att det ibland handlar till stor del om personkemi mellan barnmorska och den gravida. I det avseendet tror vi att det behövs att man är tydlig i inskrivningen på MVC att det går att byta barnmorska utan att skuldbelägga den gravida. Problematiskt blir det dock att barnmorskan ges 30 min per gravid, något som kan ökas på vid behov, men att ha i åtanke att det troligtvis krävs mer tid om både det fysiologiska och psykiska ska få utrymme. De största hindren för att diskutera psykiska hälsofrågor med kvinnor är den stora arbetsbördan som resulterar i brist på tid samt avsaknad av kontinuitet (Higgins et al., 2018; Hildingsson, 2007). En av våra deltagare hade en barnmorska som på direkten hade avsatt en timmes tider då barnmorskan såg det akuta behovet av stöd och var också ett stöd innan samtalskontakten kopplades in. I nuläget har barnmorskor en pressad arbetssituation och då kan det bli en barriär till att ställa rätt frågor och vara närvarande på det sätt som krävs. Uppmärksamhet måste ägnas barnmorskornas arbetsförhållanden (Hildingsson 2007).

Barnmorskan kunde många gånger ses som någon som tog hand om det fysiologiska där fostret var i fokus. Majoriteten av de gravida i vår studie kände dock inte att de blev sedda och

fick antingen inte frågan om deras mående eller så blev det missförstånd. Den tid som tillbringades hos barnmorskan sågs mer fyrkantigt, medan det känslomässiga mer kom att tas upp hos samtalskontakt eller aurorabarnmorska.

Hur deltagare önskade att barnmorskan var tas upp i Staneva et al. (2015) där de ville bli förstådda, accepterade på ett icke stigmatiserat sätt och barnmorskan skulle inte vara påträngande. Här finns en problematik, för det är kanske just det som barnmorskan behöver vara, lite påträngande. Våga fråga och vara lyhörd för den gravida. I motsats till ovan nämnd studie önskade våra deltagare att fler frågor ställts kring deras mående och i detta såklart inte bli dömda. Det liknar snarare vad som framkommit i Hildingsson (2007) där det viktigaste var att barnmorskan framförallt borde vara kompetent att se till kvinnans psykologiska och känslomässiga behov och inte bara medicinska fall.

Partner var ett viktigt stöd hos flera deltagare. Det kunde variera från att vara den person som en av våra deltagare delade sina djupaste känslor med till att, som en deltagare, inte ha någon relation med pappan alls. Det som hade stöd av partner ansåg att de fick de som de ansåg att partnern kunde bidra med, även om partnern inte var den som kunde uppfylla det känslomässiga stödet i den utsträckning deltagaren hade behov av. Framförallt blev detta extra påtagligt hos våra två omföderskor där fäderna drog ett stort praktiskt ansvar och de uttryckte att partnern gjort allt för dem, ändå var de inte partnern som var kärnstödet i det emotionella. I studier framhävs ofta partnern som det grundläggande stödet och något som anses viktigt för den gravidas mentala tillstånd och enligt vissa studier ligga till grund för kvinnans acceptans (Staneva et al., 2015). Det grundläggande stödet och till viss del det mentala stödet hade partnern en del i. Vi kunde dock inte se att de fick en acceptans kring ambivalensen på grund av partnern då partnern ofta var den som tog ett stort praktiskt ansvar, gällande acceptans kunde partnern inte nå fram, förutom hos en deltagare. Istället var de dem med liknande upplevelser som gav stöd, eller i samtalskontakt där en professionell kunde ta emot och på något sätt som flera beskrev ”bära deras känsla” även om det bara var den stunden som tillbringades där. Raymond (2009) och Franks (2017) tar upp en liknande aspekt, att det var avgörande för kvinnor att ha ett skyddsnät där de kände sig förstådda på ett icke dömande sätt av andra som upplevt liknande känslor. Något som även uttrycktes av våra deltagare.

Avslutningsvis kan behovet av igångsättningsdatum diskuteras. (Wessberg et al., 2017) tar upp upplevelsen av att befinna sig i limbo när partus överstiger tidsmässigt. Det fanns en motsägelsefull känsla av att tiden gick långsamt och snabbt desto längre väntan blev och den negativa känslan förstärktes. Svårigheten låg i att inte känna full kontroll över situationen. Ytterligare negativa känslor kom av att kvinnorna inte blev sedda eller bekräftade av sjukvården (Wessberg et al, 2017).

Denna studie tar endast upp de som överstiger partus utan mental påfrestning och även de utan ambivalens kan ses ha ett behov av kontroll. Om man då ser till ambivalensen dessa kvinnor gått med under nio månader vore det av yttersta vikt att de som önskar igångsättning får gehör i detta, utan kamp och med en trygghet i att de kunde få kontroll på det slutgiltiga som de saknat under så lång tid.

8 Vidare forskning

I denna studie har fokus legat på gravida och mammors upplevelser kring ambivalens i tredje trimestern. Det hade varit intressant att utforma en liknade kvalitativ intervjustudie med barnmorskor på mödrahälsovården kring deras upplevelser och handhavande kring denna problematik. Detta för att få ett tvådimensionellt perspektiv och upplevelser kring detta viktiga ämne. Fler studier samt forskning finns att önska vad gällande rutiner och omhändertagande av gravida med den här slags problematik. Vidare finns behov av forskning för att skapa strukturella riktlinjer kring handhavandet kring stöd för barnmorskor i mötet med gravida med dessa svårigheter. Slutligen önskas studier kring pappornas upplevelser och känslor kring att ge stöd åt sin respektive med ambivalenta känslor kring graviditeten. Detta för att få en överblick på hur barnmorskan skulle kunna ge stöd även till pappor kring denna problematik, då detta även påverkar pappor i stor utsträckning.

9 Kliniska implikationer

Tydligt blir vikten av barnmorskans roll för att fånga graviditetsambivalens. Saknas lyhördhet och ställs inte rätt frågor är det svårt för dessa kvinnor att öppna upp sig i en redan utsatt och skamfylld situation. Då stödet kan komma att betyda mycket för de med ambivalens bör ett mer psykologiskt förhållningssätt lyftas fram. Även om utvecklingen går åt det hållet torde barnmorskan arbeta mer kliniskt med psykologiskt handhavande beträffande ambivalens i tredje trimestern.

10 Slutsats

Graviditetsambivalens innebär psykiska och fysiska förändringsprocesser som kan upplevas negativt. Det finns en förväntan från samhälle och omgivning där de med graviditetsambivalens har svårt att identifiera sig. Hantering av ambivalens kan börja i förnekelse för att sedan mötas på olika sätt. Stödet kunde ses som en del i hanteringen där partnern tog ett stort praktiskt ansvar. Barnmorskan ansågs ofta fysiologiskt orienterad och kunde till viss del ge emotionellt stöd. Att få komma till samtalskontakt var det som kunde hjälpa den gravida att lätta den ambivalenta känslan för en stund. Det fanns en önskan om tydlighet gällande igångsättningsdatum då den sviktande orken och känslan av förlorad kontroll blev alltför påtaglig.

11 Referenslista

- Ahrne, G., Svensson, P. (2015). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (upplaga 2:4 s.8–15). Liber
- Baas, C. I., Erwich, J. J. H. M., Wiegers, T. A., de Cock, T. P., & Hutton, E. K. (2015). Women's Suggestions for Improving Midwifery Care in The Netherlands. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 42(4), 369-378. <https://doi.org/10.1111/birt.12185>
- Baker, B., & Yang, I. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sex Reprod Healthc*, 17, 31-34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.003>
- Barnmorskeförbundet, S. (2018). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Retrieved 20200903 from <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>
- Bergbom, I., Modh, C., Lundgren, I., & Lindwall, L. (2017). First-time pregnant women's experiences of their body in early pregnancy. *Scand J Caring Sci*, 31(3), 579-586. <https://doi.org/10.1111/scs.12372>
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekol Pol*, 89(2), 102-106. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0017>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bussel, J. C. H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2009). Depressive symptomatology in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. *Archives of Women's Mental Health*, 12(3), 155-166. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0061-x>
- Cutler, A., McNamara, B., Qasba, N., Kennedy, H. P., Lundsberg, L., & Garipey, A. (2018). "I Just Don't Know": An Exploration of Women's Ambivalence about a New Pregnancy. *Womens Health Issues*, 28(1), 75-81. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.09.009>
- Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Fokusgruppsdiskussioner. G. Ahrne & Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (upplaga 2:4 s.81–92). Liber
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 187-195. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>
- Eriksson-Zetterqvist, U., Ahrne, G. (2015). Att få kunskap om samhälle genom att fråga folk del 3 intervjuer. G. Ahrne & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (upplaga 2:4 s.34–53). Liber
- Franks, W. L. M., Crozier, K. E., & Penhale, B. L. M. (2017). Women's mental health during pregnancy: A participatory qualitative study. *Women & Birth*, 30(4), e179-e187. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.11.007>

Göbel, A., Stuhmann, L. Y., Harder, S., Schulte-Markwort, M., & Mudra, S. (2018). The association between maternal-fetal bonding and prenatal anxiety: An explanatory analysis and systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 239, 313-327.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.024>

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.

Higgins, A., Downes, C., Monahan, M., Gill, A., Lamb, S. A., & Carroll, M. (2018). Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 27(9-10), 1872-1883. <https://doi.org/10.1111/jocn.14252>

Hildingsson, I. (2007). Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems, and solutions. *Journal of midwifery & women's health*, 52(2), 126.
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.10.023>

Hildingsson, I. (2016). Hälsovård under graviditeten. In (Vol. S. 273-284). *Reproduktiv hälsa : barnmorskans kompetensområde* / [2016].

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. In M. Henricson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod*. Kapitel 3. Studentlitteratur.

Kornaros, K. (2020). Treating postpartum emotional distress by a short- term psychodynamic infant- parent intervention integrated with child health center care [Karolinska institutet]. Karolinska institutet.

Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract*, 24(1), 120-124.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>

Mårtensson, J. F., B. (2018). Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. Kapitel 28. In M. Henricsson (Ed.), *Vetenskaplig teori och metod*. Studentlitteratur.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Raymond, J. E. (2009). 'Creating a safety net': Women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy. *Midwifery*, 25(1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.005>

Rubertsson, C. (2016). *Reproduktiv hälsa : barnmorskans kompetensområde*. Studentlitteratur.

SFOG. (2016). Barnafödande och psykisk sjukdom.
<https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web43658b6c2-849e-47ab-99fa-52e8ac993b7d.pdf>

Shahoei, R., Riji, H. M., & Saeedi, Z. A. (2011). Kurdish pregnant women's feelings: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.05.011>

Soltani, F., Maleki, A., Shobeiri, F., Shamsaei, F., Ahmadi, F., & Roshanaei, G. (2017). The limbo of motherhood: Women's experiences of major challenges to cope with the first pregnancy. *Midwifery*, 55, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.08.009>

Staneva, A. A., Bogossian, F., & Wittkowski, A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, 31(6), 563-573. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.015>

Vetenskapsrådet. (2020). Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vårdgivarguiden. (2020). Basprogram för vård under graviditet och efter förlossning. Mödrahälsovårdsenheten region stockholm. Retrieved 200910 from <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bmm/basprogram.pdf?IsPdf=true>

Wessberg, A., Lundgren, I., & Elden, H. (2017). Being in limbo: Women's lived experiences of pregnancy at 41 weeks of gestation and beyond - A phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1342-4>

Zdolska-Wawrzekiewicz, A., Chrzan-Dętkoś, M., & Bidzan, M. (2018). Maternal attachment style during pregnancy and becoming a mother in Poland. *J Reprod Infant Psychol*, 36(1), 4-14. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1395400>

12 Bilaga 1



Har du motstridiga känslor kring din graviditet och blivande föräldraskap?

Vi heter Kia Tengliden och Hanna Gavander och är barnmorskestuderande på Karolinska institutionen. Vi söker dig som är gravid i **tredje trimestern** (v 28-40) för en intervju till vår D-uppsats.

Vårt syfte med uppsatsen är att utforska upplevelser kring **ambivalens** till **graviditeten** och **det blivande föräldraskapet**. Därför söker vi dig som känner kvarstående ambivalens i tredje trimestern.

Du får närsomhelst avbryta din medverkan och behöver inte känna någon skyldighet att fullfölja intervjun. Personlig information kommer att avidentifieras. Det material som samlas in kommer endast att användas till vår uppsats. Uppsatsen kommer sedan finnas tillgänglig på nätet för allmänheten att ta del av. Om intresse finns så kan du erbjudas att ta del av resultatet av den färdigställda uppsatsen.

- Du är anonym
- Endast ljudupptagning
- Vi hörs vid ett tillfälle, ca 45m
- Vi följer FOHMs rekommendationer

Vi förstår att detta ämne kan vara svårt att prata om, det vi hoppas är att upplevelserna kan hjälpa oss att få kunskap så rätt stöd kan ges till de som upplever ambivalens i senare del av graviditet.

Vi följer Folkhälsomyndighetens rekommendationer gällande Covid -19 och intervjun kan anpassas efter era önskemål vad gällande plats.

Om du önskar delta eller har frågor gällande studien, vänligen ta kontakt med oss

Hanna Gavander, leg Sjuksköterska
Hanna.gavander@stud.ki.se
0704-984507

Kia Tengliden, leg. Sjuksköterska
kia.thorsen.tengliden@stud.ki.se
0703-394199

13 Bilaga 2

Intervjuguide

Inledning:

Presentation av oss samt om studien. Syftet med studien är att undersöka mammors upplevelse av ambivalens i tredje trimestern.

- Samtycker du att medverka till studien samt till ljudinspelning av intervjun?
- Inspelningen kommer att raderas vid färdigställd uppsats. Om du väljer att avsluta tidigare så raderas materialet då.
- Vi kommer eventuellt att ställa vissa frågor även om du känner att du redan besvarat dem.
- Har du några frågor innan vi börjar?

Intervjufrågor

Mående innan och under graviditeten

- Hur kände du när du fick graviditetsbeskedet?

Följdfråga:

Var det planerat?

- Kan du säga något om hur du upplevde ditt mående innan graviditeten?
- Hur skulle du beskriva ditt mående under graviditeten?
- Hur skulle du beskriva ditt mående i slutet av graviditeten?

Följdfrågor:

Kan du berätta mer?

- Har det funnits bra /sämre perioder?
- På vilket sätt har måendet getts uttryck?

Ambivalens

- Kan du berätta om när du började att känna motstridiga känslor (ambivalens) kring graviditeten?
- Skulle du kunna berätta på vilket sätt du upplever ambivalens kring graviditet
- Hur påverkades du av omgivningen? På vilket sätt?
- Har känslorna funnits i början av graviditeten? pågående? Pendlande?

- Känner du att du kan dela med dig om vad du tror ligger bakom dessa känslor?

Följdfråga: Kan du utveckla?

- Hur har du hanterat dessa känslor?

Följdfråga: Har du hittat någon strategi för att hantera känslorna?

Upplevelser av hjälp och stöd

- Har du känt att du fått stöd från din barnmorska på MVC.

Följdfråga: Om ja, på vilket sätt. Om nej, vad hade du önskat?

- Har du fått stöd från andra i din omgivning, familj, vänner, partner?
- Vad hade du önskat för stöd?

Avslutning

- Är det något mer du önskar tillägga, eller har du några frågor.
- Är det ok att vi kontaktar dig om det uppkommer ytterligare frågor