

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2016:42

Den kvinnliga kroppens betydelse för reproduktiv hälsa  
såsom det erfars av kvinnor som fött barn

Jenny Karlsson  
Ingrid Svae



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Uppsatsens titel: Den kvinnliga kroppens betydelse för reproduktiv hälsa – såsom det erfars av kvinnor som fött barn

Författare: Jenny Karlsson & Ingrid Svae

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Barnmorskeutbildningen

Handledare: Lina Palmér

Examinator: Marianne Johansson

# Sammanfattning

Socialstyrelsen har definierat Sexuell och Reproductiv Hälsa utefter WHO:s definition. Sexuell och Reproductiv Hälsa utgör barnmorskans kompetensområde. Till grund för barnmorskans arbete ligger barnmorskans kompetensbeskrivning samt ICM:s etiska kod, vilka är riktlinjer för barnmorskor och bidrar till en hög kvalitet inom yrket.

Kvinnokroppen har såsom objekt fascinerat genom tiderna. Den kvinnliga kroppen har betraktats vara motsatsen till den normativa, vilken är den manliga kroppen. De reproductiva kvinnliga funktionerna har likställts med sjukdom och abnormalitet.

Studier visar att kvinnor generellt har en negativ syn på sin kropp efter graviditet, men forskningen är sparsam. Hur vården bör bemöta dessa kvinnor och fånga upp deras upplevda ohälsa är meningsfullt att söka svar på, likaväl hur upplevelsen av hälsa kan styrkas. Hur kvinnor upplever sina kroppar efter graviditet och vad de upplever som reproductiv hälsa i relation till kroppen är därför viktigt att belysa.

Studien är genomförd med en humanvetenskaplig ansats där kvinnors upplevelser studeras. Detta studeras med ett kvalitativt tillvägagångssätt i form av skrivna berättelser.

Resultatet visar att upplevelsen av reproductiv hälsa påverkas av kroppens funktioner och hur kroppen fungerar gentemot kvinnans egna önskningar och tankar om hur den borde fungera. En reproductivt fungerande kropp ger en upplevelse av kvinnlighet och reproductiv hälsa, medan en kropp med sviktande reproductiva funktioner upplevs okvinnlig och ger upphov till reproductiv ohälsa.

Kvinnan upplever reproductiv hälsa vid en fungerande reproduktion, likaså bekräftas hennes kvinnlighet genom det. Menstruation och preventivmedel upplevs tvetydigt för kvinnan då hon upplever det både som hälsa och ohälsa. Det är av vikt att vårdpersonal bemöter kvinnor under hela hennes livscykel på ett professionellt och etiskt riktigt sätt.

Nyckelord: *Reproductiv hälsa, kvinnokroppen, upplevelse, graviditet, menstruation, preventivmedel, förlossning, kvalitativ innehållsanalys*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
Sexuell och Reproductiv Hälsa och Rättigheter	2
Kön och genus	3
Women and Health	3
Sexuell och reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde	4
Kvinnokroppen ur ett historiskt perspektiv	5
Kvinnokroppen i nutida studier	6
Kvinnors syn på kroppen efter barnafödande	7
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>8</b>
<b>SYFTE</b>	<b>9</b>
<b>METOD</b>	<b>9</b>
Ansats	9
Deltagare och Urval	9
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Etiska överväganden	11
<b>RESULTAT</b>	<b>12</b>
<b>En funktionell kropp ger styrka</b>	<b>12</b>
Att vara privilegierad	13
Känna kraften i sin kropp	14
Kroppen accepteras som en följeslagare	14
<b>Menstruation är tvetydigt för hälsan</b>	<b>15</b>
Menstruation är ett tecken på att kroppen fungerar	16
Menstruation är begränsande	16
<b>Preventivmedel - en prövande balansgång</b>	<b>17</b>
Preventivmedel kan förändra livet	17
Preventivmedel som en källa till ohälsa	18
<b>Otillräcklig som kvinna när de kvinnliga funktionerna sviker</b>	<b>19</b>
En svikande kropp är onormal	20
Kroppen upplevs främmande	21
<b>DISKUSSION</b>	<b>22</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>22</b>
Forskningsansats och metod	22
Skrivna berättelser	22
Giltighet	23
Trovärdighet och Förförståelse	24
Överförbarhet	24
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>25</b>
<b>Slutsats</b>	<b>32</b>
<b>Kliniska implikationer</b>	<b>32</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>34</b>

## INLEDNING

*“Det är inte möjligt, ens bokstavligt, att vända ryggen åt kroppen. Man kan inte ignorera den, lämna den eller frångå dess betydelse för individen. Kroppen är synlig och representerar vem vi är i den sociala värld som tolkar den.”* (Westlund 2007, s 113)

Kvinnors hälsa, och uppfattningen om den, har sin upprinnelse i våra uppfattningar om vad som är normalt för en kvinna, och vad kvinnlighet är, likaså vad begreppet hälsa innebär (Westlund 2007, s 97).

Den kvinnliga kroppen har under alla tider blivit bedömd och granskad, inte bara utifrån andra utan även av kvinnorna själva. I dagens samhälle råder en kroppshets, vilken är tudelad. Dels finns gruppen av människor som strävar efter en perfekt kropp, där träning och kost är centralt och där målbilder styr, dels finns en motpol gentemot detta, vilken strävar efter acceptans gentemot den egna kroppen oavsett hur den ser ut.

Den kvinnliga kroppen objektifieras via sociala medier, en bild på en manlig bröstvärta ses som normalt och är accepterat att visas upp, medan en bild på en kvinnlig bröstvärta ses som en sexuell anspelning och censureras bort.

Under en livscykel kommer kvinnan i kontakt med vården vid flera tillfällen, även om det inte är sjukdom inblandat, såsom vid preventivmedelsrådgivning, graviditet, förlossning och cellprovtagning. Den personalkategori hon då möter är barnmorskan.

Barnmorskan ska kunna förmedla kunskap och vetenskap om de förändringar som sker med kroppen, både fysiskt och psykiskt, under en livstid; vid menarche, under och efter en graviditet, förlossning, menopaus, samt hur det påverkar relationen med partnern.

Att främja den sexuella och reproduktiva hälsan är en grundpelare i barnmorskans profession, vilket denna alltid ska utgå ifrån i sitt arbete.

Kvinnan och hennes kropp är det centrala i arbetet som barnmorska, och för att ha möjlighet att möta och vårda kvinnor så att det stärker deras sexuella och reproduktiva hälsa är det viktigt att ha kunskap om hur kvinnor ser på sig själva och på sina kroppar och dess betydelse för hälsa, likaså vad som åligger barnmorskan utifrån dennes kompetensbeskrivning.

Vår avsikt med denna studie är därför att lyfta fram kvinnokroppens betydelse för reproduktiv hälsa, vilket är till gagn för barnmorskeprofessionen genom att erhålla en tydligare bild av hur kvinnorna uppfattar sina kroppar efter barnafödande.

Kvinnokroppen behöver få ta plats, i media och i vetenskapen, likaså i vardagen. Denna uppsats är ett steg i den riktningen.

# BAKGRUND

## Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter

Världshälsoorganisationens (WHO) vision är att alla människor i alla befolkningsgrupper världen över ska få tillgång till den bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsan och få fullgod information om den. Kvinnor och män ska likvärdigt få njuta av, och skyddas för, sin sexualitet och reproduktiva hälsa (WHO, 2016c).

WHO definierar hälsa som ett tillstånd då det sociala, mentala och fysiska välmåendet är fullständigt tillfredsställt, och inte enbart vid frånvaro av sjukdom. Denna definition ligger också till grund för den reproduktiva hälsan som inriktas på de olika reproduktiva funktionerna under livscykeln. Den reproduktiva hälsan innebär möjlighet till tillfredsställande, ansvarsfullt och säkert sexliv samt ger människor möjlighet att på egen hand bestämma om, när och hur många barn de vill ha (WHO, 2016b).

Ovanstående definition av hälsa ligger också till grund för WHO:s definition av sexuell hälsa. Vad gäller sexuell hälsa krävs en positiv och respektfull syn på sexualitet och sexuella relationer samt att ha möjlighet till att erfara njutbara och säkra sexuella erfarenheter, utan våld, diskriminering och tvång. För att erhålla och upprätthålla sexuell hälsa måste alla individers sexuella rättighet förbli skyddad, respekterad och uppfylld (WHO, 2016a).

I Sverige används begreppen sexuell och reproduktiv var för sig för att förtydliga att sexualitet inte enbart innebär att föda barn. Både reproduktiv och sexuell hälsa påverkar de personliga relationerna samt de sexuella aktiviteter som varje individ har under sin livstid, vilket innebär att detta område inte bara innefattar familjeplanering och personer i fertil ålder (Socialstyrelsen 2016).

Socialstyrelsen definierar hälsa som *“fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada”*. Denna definition bygger på WHO:s definition. Denna begreppsförklaring visar att hälsa kan stå för att inneha ett välbefinnande på ett positivt sätt, men också som motsats till sjukdom. Hälsa används både inom hälso- och sjukvård men kan också ha andra betydelser för gemene man. Hälsa kan i olika sammanhang ha olika betydelse (Socialstyrelsen, 2016).

*“Sexuell hälsa innebär ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet.*

*Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner och inte bara frånvaro av sjukdom.*

*Sexuella rättigheter innefattar rätten för alla människor att bestämma över sin egen kropp och sexualitet.*

*Reproduktiva rättigheter omfattar den enskilda individens rätt att bestämma antalet barn och hur tätt dessa ska komma.”* (Socialstyrelsen 2016, s 11)

Sexuell och reproduktiv hälsa i Sverige är ett målområde som tillhör folkhälsa, och det är Folkhälsomyndigheten som ansvarar för vidareutveckling av området. Folkhälsoinstitutet har sammanställt en rapport avseende målområde 8, nämligen Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter (SRHR). Enligt denna påverkar SRHR *“människors egenvärde, nära relationer och välbefinnande.”* SRHR är ett relativt utforskat område och det krävs studier för att kartlägga vad som främjar hälsan och på vilket sätt (Folkhälsomyndigheten 2010, ss 7-10).

## **Kön och genus**

Människor har i alla tider kategoriserats utifrån män och kvinnor, manligt och kvinnligt. Detta är en grundläggande tanke som tidigare sällan ifrågasatts eller problematiserats. På 1960-talet började dock denna fråga aktualiseras och könsrollsteorin fick förklara ojämställdheten mellan könen. Könsrollsteorin innebar att det finns olika förväntningar och normer i samhället beroende på vilket kön du tillhör. Denna teori ifrågasattes 20 år senare; vad är det som bestämmer rollerna? Det uppmärksammades en skillnad mellan genus och kön. Genus är det som skapas utefter sociala normer och föreställningar och som alltid måste bekräftas. Kön är det biologiska, faktiska kön vi föds med. Att dessa två inte går att särskilja uppmärksammades ytterligare 10 år senare, på 1990-talet. Genus ses dock som något diskursivt, något som formas efter hand, medan kön sammanfogar det kroppsliga med det sociala (Oinas & Ahlbeck-Rehn 2007, ss 13-16).

## **Women and Health**

WHO (2009) har framarbetat en rapport, Women and Health, med syfte att identifiera de områden som behöver förändras, både inom hälsovård och utanför det, för att förbättra hälsan för flickor och kvinnor världen över. Kvinnor har en längre livslängd än män, generellt sett, men i vissa befolkningsområden i världen har kvinnor lika eller kortare livslängd än män på grund av den könsdiskriminering som råder i de områdena. Att kvinnor har en längre livslängd innebär dock inte alltid att deras hälsa är bra. Biologiska processer som att föda barn och vara gravid kan innebära hälsorisker och medföra att kvinnan behöver uppsöka vård i samband med detta. Ojämligheter mellan könen, som arbete, utbildning och inkomst påverkar att kvinnor och flickor i världen inte uppnår fullgod hälsa. Det är stora skillnader vad gäller hälsa för kvinnor beroende på om de lever i ett låg- eller höginkomstland. Kvinnor i höginkomstländer dör sällan före 60 års ålder, i låginkomstländerna dör de i yngre åldrar, främst som tonåringar och yngre vuxna. Under de fertila och reproduktiva åren är hälsan viktig för kvinnorna, men har även en stor betydelse för nästkommande generationers utveckling och hälsa. I utvecklingsländerna är komplikationer i samband med graviditet och barnafödande den största orsaken till att flickor mellan 15 och 19 år dör.

Globalt sett är HIV/AIDS den största dödsorsaken bland kvinnor i reproduktiv ålder, många gånger beror detta på den ojämställdhet som råder mellan könen i vissa kulturer. Där får kvinnorna inte tillräcklig kunskap och har inte förmåga att skydda sig sexuellt. Oskyddat sex och brist på preventivmedel utgör en stor risk för död och handikapp i medel- och låginkomstländer. Detta i sin tur medför att osäkra aborter utförs, oönskade graviditeter uppstår, sexuellt överförbara sjukdomar sprids och komplikationer i samband med graviditet och barnafödande uppstår. Många av de hälsoproblem kvinnor

får i vuxen ålder beror på hur deras barndom sett ut. Genom att förebygga att övergrepp mot barn sker och förebygga försummelse samt genom att säkerställa en stödjande omgivning i den tidiga barndomen kan barnen hjälpas att utvecklas fysiskt, psykiskt och emotionellt (WHO, 2009).

Hälsosystemens brister världen över tar ifrån kvinnorna deras rätt till vård. Kvinnor söker vård i större utsträckning än män, men kvinnorna är ofta fattigare än männen, arbetslösa eller arbetar deltid. För att kunna förbättra kvinnors hälsa världen över bör de länder som har en kostnad införd för vården reducera denna. Kvinnors hälsa är också beroende av hur samhället omkring dem är och hur de behandlas. I de länder eller områden där kvinnor blir diskriminerade eller utsatta för våld inverkar det på deras hälsa negativt (WHO, 2009).

### **Sexuell och reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde**

Till grund för barnmorskans arbete ligger kompetensbeskrivningen som är utarbetad av Socialstyrelsen, ansvaret för denna åligger numer Svenska Barnmorskeförbundet (Barnmorskeförbundet, 2016). I den kompetensbeskrivning som just nu finns tillhanda står det skrivet att barnmorskan arbetar utifrån tre huvudområden;

- Forskning, utveckling och utbildning
- Sexuell och reproduktiv hälsa
- Ledning och organisation.

Vidare står det att barnmorskan ska, i sitt arbete, ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt vilket ligger till grund för arbetet. Arbetet utgår ifrån en värdegrund med humanistisk människosyn. Inom området sexuell och reproduktiv hälsa ingår: rådgivning, information och samtalsstöd; sexuell och reproduktiv hälsa; behandlingar och undersökningar; att främja hälsa och att förebygga ohälsa samt kvalitet och säkerhet (Socialstyrelsen, 2006).

Barnmorskan ska ha förmåga att genom dialog kunna förmedla information om STI, preventivmedel och uppföljning av användandet av detta, om samlevnad och sexualitet sett ur livscykelperspektivet, kring abort, komplikationer i den tidiga graviditeten, om infertilitet samt utredning och behandlingsalternativ, fosterdiagnostik, inkontinens, klimakteriet, screening av livmoderhalscancer och resultatet av detta, undersökning av de egna brösterna, samtalsstöd vid komplikationer som uppstått i samband med graviditet och förlossning, stötta föräldraskapet och förbereda för förlossningen, ge samtalsstöd om kvinnan har förlossningsrädsla, kunna ge kontinuiteten, stödet och tryggheten vid förlossning, att efter förlossning ge samtalsstöd och kunna ge råd och stöd kring amningen (Socialstyrelsen, 2006).

Internationellt arbetar International Confederation of Midwives (ICM) med att utveckla och tillvarata barnmorskans kompetens inom området Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Att utbilda människor till barnmorskor är ett sätt att stärka hälsan hos världens befolkning. Utbildade barnmorskor medför att risker i samband med sexuell och reproduktiv hälsa, såsom risker inom sexuellt beteende, graviditet och förlossning, kan minskas. Detta medför vidare att spädbarn, kvinnor och familjer i världen får en



förbättrad kvalitet på vården. För att utbildningen till barnmorska ska hålla hög kvalitet och vara jämförbar i världens länder finns en etisk kod som fungerar som vägledning genom utbildning, praktisk verksamhet och vid forskning (ICM, 2014). I Sverige är den etiska koden översatt av Svenska Barnmorskeförbundet och är en viktig del i barnmorskeutbildningen (Barnmorskeförbundet, 2016).

*“Denna kod tar hänsyn till kvinnor som personer med fullständiga mänskliga rättigheter. söker rättvisa för alla människor och jämlikhet när det gäller tillgång till hälsovård, baseras på ömsesidig respekt och tillit, samt tar hänsyn till varje människas egna värde*

*Den etiska koden innehåller fyra områden:*

- 1. Barnmorskans professionella relation*
- 2. Barnmorskors verksamhetsområde*
- 3. Barnmorskors professionella ansvar*
- 4. Utveckling av barnmorskans kunskaps- och arbetsområde”*

(Barnmorskeförbundet, 2016)

### **Kvinnokroppen ur ett historiskt perspektiv**

Kvinnokroppen har, såsom objekt, skapat fascination genom tiderna. Kroppen har fungerat som ett maktredskap, som ett sätt att studera kulturella, sociala och medicinska förhållanden i ett samhälle (Oinas & Ahlbeck-Rehn 2007, s 11). Under 1800-talet pågick en hysteriseringsprocess i Sverige, en process som ville göra kvinnokroppen och det kvinnliga sjukligt, detta som del i att kontrollera familjebildningen varför kvinnans reproduktiva förmågor skulle begränsas. Kvinnan betraktades lida av hysteri vilket likställdes med galenskap (Ahlbeck-Rehn 2007, s 49).

Ordet hysteri kommer från det grekiska ordet hystera, vilket betyder livmoder. I antikens Egypten beskylldes en felplicerad livmoder för kvinnors fysiska likväl som psykiska åkommor (Edwards 2009, s 1669). Depressivitet, epilepsiliknande anfall, kvävningsskänslor samt död sågs som symtom på hysteri, vilka alla var konsekvenser av livmoderns position i kroppen (Tasca, Rapetti, Carta & Fadda 2012, s 110). Kvävningsskänslorna var till exempel ett resultat av en alltför torr livmoder som sökte sig upp i kroppen mot halsen och munnen för att återfuktas (Edwards 2009, s 1669). För att återbörda livmodern till sin naturliga plats användes illaluktande, bittra ämnen nära kvinnans mun samt angenämt doftande substanser nära vagina. Detta för att locka livmodern på plats igen. Senare hävdade Platon (428 f.Kr.) och Hippokrates (460 f.Kr.) att botemedlet för dessa kvinnor med hysteria var köttsligt umgänge med män. Orsaken var fortfarande en vandrande, osund, melankolisk livmoder. Hippokrates myntade begreppet hysteri, vilket han ansåg berodde på otillräckligt sexliv. Kvinnans kropp betraktades som fysiologiskt kall och våt som motsats till mannens vilken var varm och torr. Kvinnans kroppsliga attribut gjorde livmodern mer benägen att bli sjuklig, speciellt om den förnekades möjlighet till sexuellt umgänge och reproduktion. Riskgruppen var framför allt oskulder, änkor och ensamma kvinnor. Denna otillfredsställdhet gjorde att

livmodern vandrade i kroppen och orsakade ångest, darrningar, kvävningsskänslor, kramper och förlamning (Tasca et al 2012, ss 110-115).

Under medeltiden förändrades synen på hysterins uppkomst under en tid, och demoner sågs som bakomliggande faktorer, varför kvinnor anklagades för häxeri. Kvinnan betraktades som en misslyckad version av mannen. Under 1600-talet startades sedan en ny behandlingsmetod mot hysteri, nämligen palpation av det kvinnliga könet för att framkalla orgasm. Hysteri sågs ännu som en symbol för det kvinnliga. Att hysterins påstådda åkommor kanske inte hade sitt ursprung från livmodern började diskuteras redan under senare delen av 1600-talet, men fortfarande stod det att läsa om hysteri under senare delen av 1700-talet, som problem relaterade till livmodern (Tasca et al 2012, ss 110-115).

Kvinnokroppen betraktades under hysteriseringsprocessen, på grund av de reproduktiva funktionerna, som instabil, och källan till detta var just livmodern, vilken gjorde kvinnor mentalt försvagade och irrationella. Den kvinnliga kroppen ansågs såsom onormal i och med menstruationsblödningarna, något som den manliga kroppen, sett som den normativa, inte hade. Blödning var något som enbart skedde vid, och hade samband med skada eller sjukdom, varför menstruationsblödningarna betraktades som störningar, något som inte hörde till den normativa kroppen (Ahlbeck-Rehn 2007, s 45).

Menstruationen, i samband med sinnesstämning, dokumenterades i journaler även in på 1900-talet, i samband med vårdvistelser på dåtidens mentalsjukhus, där gynekologiska undersökningar var rutin. Menstruationen blev ansedd som negativ, en källa till kvinnlig instabilitet och sinnessvaghet och en anledning till att kvinnor begick brott (Ahlbeck-Rehn 2007, s 49). Även missfall betraktades som orsaker till att kvinnor utförde kriminella handlingar (Ahlbeck -Rehn 2007, s 54).

Inom feministisk forskning har det riktats kritik mot att kvinnans kropp objektifierats inom vetenskapen, att den fortfarande till viss del betraktas som ett objekt enbart till för reproduktion och manlig njutning. Under en graviditet betraktades kvinnan enbart som bärare av ett barn, och därmed ett nödvändigt ont för reproduktivitetens utveckling. Samtidigt fick kvinnokroppen en status genom att den granskades från ett manligt perspektiv, såsom ett objekt. Kvinnokroppens funktion har, från läkarkåren, likställts med industriproduktion, där menstruationen är ett fruktlöst resultat av en produktiv verksamhet, där produkten, alltså kvinnokroppen, har misslyckats med huvuduppgiften, nämligen att bli gravid. Denna syn har i förlängningen även påverkat kvinnornas egen syn på sin kropps funktioner till det negativa, att kroppen är onormal. (Oinas & Ahlbeck-Rehn 2007, ss 23-25)

### **Kvinnokroppen i nutida studier**

Kvinnans kropp och dess reproduktiva funktioner fortsätter än idag att problematiseras. En studie gjord av Chrisler, Marván, Gorman & Rossini (2014, ss 78-81) där 72 amerikanska kvinnor i åldrarna 18-45 år tillfrågades om tillfredsställelse gentemot den egna kroppen och menstruation, visar att drygt 25 % av kvinnorna skulle föredra att slippa sin menstruation. Studien visade också ett klart samband mellan positiva känslor till kroppen och positiva känslor till menstruationen. Endast 18 % av kvinnorna såg menstruationen som något de ville ha varje månad.

Att det reproduktiva, alltså menstruation, graviditet, barnafödande och amning, är något som stör och komplicerar bilden av kvinnans kropp som ett objekt att åtrå visar studien av Johnston-Robledo, Sheffield, Voigt & Wilcox-Constantine (2008, ss 25-39) där 60 kvinnliga studenter tillfrågades om känslor av skam inför sin kropp och dess reproduktiva funktioner. Även här påvisades sambandet mellan skam för kroppen och skam för menstruation. De kvinnor som upplevde negativa känslor för menstruationen uppgav också liknade känslor gentemot amning. Schooler, Ward, Merriwether & Caruthers (2010, ss 324-334) finner i sin studie där kvinnliga studenter i ålder 17-23 år deltog, ett samband mellan negativa känslor för sin egen kropp och reproduktiva funktioner, också ett vidare samband med dålig självkänsla sexuellt, med ökat risktagande sexuellt som följd, till exempel svårigheter att skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar.

Känslor av missnöjdhet och sämre självförtroende gentemot den egna kroppen är vanligare hos kvinnor än hos män, likaså är det vanligare bland yngre kvinnor, vilket påvisas av studierna av Öberg & Tornstam (1999, ss 629-644) och Mellor, Fuller-Tyszkiewicz, McCabe & Ricciardelli (2010, ss 672-681). Dessa studier visar också att kvinnor tenderar att bli mer nöjda med sin kropp med stigande ålder, samt att kroppen reflekterar vem man är.

### **Kvinnors syn på kroppen efter barnafödande**

I samhället upplever kvinnor att det finns socialt uppbyggda ideal om hur en kvinna ska se ut. Sådana ideal kan vara att ha vackra bröst, hud utan bristningar, smalhet och att genom träning och kost ha kontroll över sin vikt. Vid en graviditet accepterar kvinnan oftast att kroppen blir större och förändras då detta är oundvikligt. Kvinnor upplever att en ökning i kroppsomfång relaterat till den framskridande graviditeten är en accepterad ursäkt. Detta återspeglar sig postpartum då kvinnorna inte längre anser sig ha en ursäkt för att vara "tjocka" när barnet väl är fött, då det är en uppfattning de fått genom sociala ideal (Hodgkinson, Smith & Wittkowski 2014, ss 1-11).

I samma studie framkommer det att kvinnorna upplever att deras kropp under graviditeten hamnat utom kontroll för dem och att de efteråt erfar kroppen som främmande. Kvinnor som oroar sig för vad andra ska tycka om deras viktökning känner sig bekymrade över detta. Studien visar att kvinnorna redan under sin graviditet är påverkade av samhället och att det förväntas från omgivningen att de ska ha kontroll över sin egen kropp postpartum, vilket upplevs skrämmande och framför allt stressande för dem. För att få kroppen att återgå till det normala igen anser kvinnorna att det krävs kontroll och aktivt arbeta med kroppen, vilket av många upplevs som mycket svårare postpartum än vad de tänkt sig innan (Hodgkinson, Smith & Wittkowski 2014, ss 1-11).

I en studie av Olsson, Lundqvist, Faxelid & Nissen (2005, ss 381-387) visar resultatet att kvinnor upplever att kroppen fysiskt förändrats efter barnafödande och att de inte känner sig lika attraktiva längre. Denna förändring kan vara svår att hantera då den ligger utom kontroll och upplevs vara varaktig. En oro över underlivet uttrycks då detta förändrats efter graviditet och förlossning. Minskade bröst efter amning är något kvinnorna upplever och också uttrycker oro och ångslan för. Några kvinnor i studien uttrycker att de kan tänka sig plastikoperation för att åtgärda det på kroppen som de inte

är nöjda med. Alla är dock inte alls missnöjda med sin kropp, utan anser att de efter barnafödandet har fått bättre kroppskänedom. De upplever också att de har lättare att identifiera underlivets muskler och hur de ska använda sig av dem för att på så sätt uppnå en förbättrad sexuell upplevelse. En bättre kroppskänedom ger större acceptans gentemot de kroppsliga förändringarna. Brösten förändras i och med amning. Tidigare har brösten spelat en stor roll sexuellt, men efter barnafödande känner kvinnorna ingen upphetsning av att bli smekta på brösten och det upplevs svårt att kombinera bröstens två funktioner, amning och sex. Enligt kvinnorna delar inte partnern kvinnans negativa syn på sin kropp, utan är nöjda med den och tycker kroppen är fin. Kvinnorna har svårt att förstå partnerns acceptans gentemot deras kropp, men inser ändå att osäkerheten ligger hos kvinnan själv (Olsson et al 2005, ss 381-387).

En studie gjord av Lindblom, Murby, Zotterman, Thorsell & Ahlborg (2012, ss 13-19), där totalt 1980 kvinnor besvarade enkäter angående kvinnors upplevelse av hur underliv och samliv förändrats efter barnafödande, visar att kvinnorna känner en stolthet och vördnad över sina kroppar och över att vara kvinna. De har efter barnafödandet fått en bättre kroppskänedom, de har lärt känna sin kropp och vad den klarar av och känner en ny tillit till sin kropp efter att ha insett dess förmåga att bära och föda ett barn. Detta har även påverkat relationen med partnern till det positiva. Känslan av att ha skapat en familj tillsammans påverkar känslan av tillit och trygghet, samt främjar en öppenhet för varandra. Däremot påtalar kvinnorna flertalet bekymmer som uppstått efter förlossningen, såsom urinläckage, förändrad sensibilitet och ökad smärta och blödningsmängd vid menstruation.

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Den kvinnliga kroppen är något som är tämligen osynligt i både media och forskning, om man bortser från den kvinnliga kroppens upprepade objektifiering.

Tidigare, främst i internationella studier, lyfts det fram att det kan vara problematiskt att vara kvinna eftersom den kvinnliga kroppen mestadels setts som ett objekt. Ett objekt som varit till allmän beskådan och utsatt för ett normativt tänkande till förmån för mannen och därmed marginaliserats. Kvinnans kropp har ansetts som motsatsen till den normala, vilken är mannens. Den kvinnliga kroppens naturliga reproduktiva funktioner har stämplat som sjukliga och något som ska döljas och botas. Denna syn är djupt rotad och även om utvecklingen går framåt finns fortfarande en syn på den kvinnliga kroppen som märklig, konstig och onormal. Kvinnligt beteende skylls fortfarande ofta på kvinnans hormonella instabilitet och på det faktum att hon är just kvinna.

Under en livscykel genomgår kvinnans kropp flera biologiska förändringar, och dessa förändringar tycks påverka kvinnor och därmed upplevelsen av sexuell och reproduktiv hälsa. Eftersom Folkhälsomyndigheten lyfter fram Sexuell och Reproduktiv hälsa som ett viktigt målområde, där det finns begränsad forskning, är det angeläget att lyfta detta.

Barnmorskan är den vårdkategori kvinnan möter vid återupprepade tillfällen under sin livscykel. Barnmorskans kompetensområde är just Sexuell och Reproduktiv Hälsa. Då det tycks vara så att det finns sparsamt med forskning som specifikt berör hur kvinnor

som fött barn upplever sin kvinnliga kropp och vilken betydelse den har för reproduktiv hälsa är det viktigt att studera detta.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av den egna kroppens betydelse för reproduktiv hälsa såsom det erfars av kvinnor som fött barn.

## **METOD**

### **Ansats**

Studien är genomförd med en humanvetenskaplig ansats där kvinnors upplevelser studerades. En humanvetenskaplig ansats innebär att människan studeras som helhet ur ett humanistiskt perspektiv, vilket ger möjlighet att förstå människan genom dess beskrivningar (Watson 1993, ss 45-50). Detta studerades med ett kvalitativt tillvägagångssätt i form av skrivna berättelser, vilka analyserades med hjälp av induktiv innehållsanalys. En induktiv ansats är att föredra då författarna önskade studera kvinnornas subjektiva upplevelser förutsättningslöst (Elo & Kyngäs 2007, s 109).

### **Deltagare och Urval**

Urvalet i studien gjordes som ett strategiskt urval med följande inklusionskriterier;

- kvinnor,
- ålder 25-45 år,
- har fött barn,
- svensktalande

Då urvalet var strategiskt riktat ansågs det inte finnas någon brukbarhet av exklusionskriterier.

Totalt tillfrågades 24 kvinnor varav 21 valde att medverka i studien. De som valde att delta var mellan 28-43 år gamla med en medelålder på 35,6 år. Alla hade fött barn, och hade i genomsnitt 2,14 barn var, samtliga barn var över ett år gamla. Sju av kvinnorna levde i samboförhållanden, övriga 14 var gifta.

Kvinnorna valdes ut enligt inklusionskriterierna från den egna bekantskapskretsen. Deltagarna tillfrågades via personliga skriftliga meddelanden antingen via Facebook, Messenger, sms eller via personlig kontakt. De tilldelades skriftlig information om studien och vad det innebar att delta, samt att deltagandet var frivilligt, att uppgifterna behandlades konfidentiellt och att de när som helst kunde välja att avbryta deltagandet, utan att ange orsak. Samtyckte till att delta i studien gavs genom att den av kvinnan skrivna berättelsen skickades till forskarna.

### **Datainsamling**

Datainsamlingen genomfördes i form av skrivna berättelser från de deltagande kvinnorna. Skrivna berättelser innebär att kvinnorna på egen hand beskriver sina

upplevelser kring sin kropp och dess betydelse för reproduktiv hälsa. Detta är ett, för föreliggande studie, ändamålsenligt tillvägagångssätt då intresset är riktat mot situationer som kvinnorna själva upplevt.

För att bättre förstå kvinnans upplevelser utifrån hennes livsvärld behövs utförligt beskrivna och målande berättelser, beskrivningar och yttranden från kvinnan själv. (Dahlberg et al. 2008, s 171)

Kvinnorna fick besvara tre öppna frågor där de blev ombudda att skriva en berättelse utifrån sina egna upplevelse på ett så beskrivande och detaljrikt sätt som möjligt.

De tre öppna frågorna presenteras nedan:

1. Beskriv, så utförligt som möjligt, hur du ser på din kropp och dess kvinnliga funktioner, såsom menstruation, bröst och möjlighet till barnafödande och hur det påverkar dig i livet. Positivt/negativt, känslor, påverkan utifrån, betydelse för din relation etc.
2. Beskriv, så utförligt som möjligt, en positiv upplevelse som berör din kropp och dess kvinnliga funktioner och där du upplevde HÄLSA (ex. friskhet, sundhet, välbefinnande). Beskriv så variations- och nyansrikt du kan vad som hände och på vilket sätt du upplevde hälsa. Hur kände du?
3. Beskriv, så utförligt som möjligt, en negativ händelse som berör din kropp och dess kvinnliga funktioner och där du upplevde OHÄLSA (ex. sjuklighet, krasslighet). Beskriv så variations- och nyansrikt du kan vad som hände och på vilket sätt du upplevde ohälsa. Hur kände du?

De öppna frågorna, vilka gavs personligen till deltagarna, besvarades skriftligt och svaren skickades sedan anonymt per post i föradresserade kuvert tillbaka till forskarna. En påminnelse om studien skickades ut personligen till samtliga deltagare efter en vecka.

### **Dataanalys**

För att bearbeta materialet användes analysmetoden induktiv innehållsanalys så som det beskrivs av Elo och Kyngäs (2007, ss 109-110). Metoden innebär att den insamlade datan används för att skapa kategorier och teman. Genom att använda en induktiv ansats gick det insamlade materialet först från att vara av specifik karaktär, där fokus hamnade på specifika delar av materialet, för att därefter övergå till mer generell karaktär, där hela materialet ingick. Detaljerade kategorier kunde urskiljas ur de specifika delarna, vilka sedan sammanfogades till en helhet. Helheten formulerades sedan till ett övergripande tema för studien.

Mer specifikt började den induktiva dataanalysen med att samtliga skrivna berättelser lästes igenom och kodades med öppen kodning, det vill säga att anteckningar och sammanfattande ord, meningsinnehåll, om den lästa texten noterades direkt i texten. Det meningsinnehåll som utkristalliserades efter den öppna kodningen skrevs in i ett eget dokument. Genom resonemang och diskussion har relevanta underkategorier bildats av

meningsinnehållet. Allt material lästes sedan igen igenom flera gånger för att se huruvida nya aspekter och infallsvinklar av innehållet kunde hittas. Meningsinnehållet som framkom av data placerades därefter in under de underkategorier de ansågs tillhöra. I nästa steg jämfördes innehållet i de olika underkategorierna för att se att analysen överensstämde med data och underkategorierna. När relevanta underkategorier formulerats fortgick analysen med att abstrahera dessa till större kategorier. Totalt formulerades nio underkategorier och utifrån dessa utvecklades fyra huvudkategorier och ett övergripande tema. Genom att skapa kategorier kan en generell beskrivning av undersökningsområdet formuleras, det vill säga att abstraktion är möjlig (Elo & Kyngäs, 2007, ss 109-110).

### **Etiska överväganden**

“Syftet med etikprövningslagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. Avvägning mellan risker och kunskapsvinster är två faktorer som ska ingå i prövningarna” (Etikprövningsnämnderna 2016). Etikprövningslagen (2003:460) ska tillämpas om forskningen riskerar att på något sätt skada den deltagande, fysiskt eller psykiskt. Då föreliggande studie är på avancerad nivå behövs ingen etisk prövning enligt Borås Högskola, dock ska etiska överväganden utifrån ovanstående lag ändå göras.

I föreliggande studie har kontakt med deltagarna skett enskilt. Det insamlade, anonyma materialet, vilket skickades till författarna i föradresserade kuvert, samlades först på hög och blandades för att sedan öppnas och läsas igenom. Deltagarna har i och med sitt deltagande i studien likväl utsatts för viss risk för brister i anonymitet, detta genom att deltagarna valdes ut i författarnas bekantskapskrets. Författarna kan då härleda viss information till en deltagare genom de skrivna berättelserna, till exempel i frågan om ålder och antal barn, detta även om berättelserna skrevs anonymt. Det var dock av författarna noga informerat till de potentiella deltagarna innan studiens början hur materialet skulle hanteras. Fullständig konfidentialitet gentemot den givna informationen utlovades. Författarna i föreliggande studie anser att risken för att deltagarna skulle utsättas för skada i och med detta är minimal.

## RESULTAT

Resultatet kan beskrivas med fyra kategorier med tillhörande nio underkategorier vilka presenteras nedan;

### En funktionell kropp ger styrka

Att vara privilegierad

Känna kraften i sin kropp

Kroppen accepteras som en följeslagare

### Menstruation är tvetydigt

Menstruation är ett tecken på att kroppen fungerar

Menstruation är begränsande

### Preventivmedel - en prövande balansgång

Preventivmedel kan förändra livet

Preventivmedel som en källa till ohälsa

### Otillräcklig som kvinna när de kvinnliga funktionerna sviker

En svikande kropp är onormal

Kroppen upplevs främmande

Kategorierna abstraherades sedan och bildade ett tema som är övergripande för studien;

Den kvinnliga kroppens betydelse för reproduktiv hälsa innebär en balansgång där kroppens funktioner vägs in och bedöms utifrån kvinnans egna behov och önsknings. Kroppens förmågor och oförmågor sätter gränser för kvinnans upplevda reproduktiva hälsa. Frihet och val är viktigt för den reproduktiva hälsan; om kvinnan tillåts, och har möjlighet att göra fria val i förhållande till sin kropp gynnar det upplevelsen av reproduktiv hälsa.

### En funktionell kropp ger styrka

Att kroppens reproduktiva funktioner fungerar innebär att känna sig stärkt som kvinna, vilket har betydelse för upplevd reproduktiv hälsa. Att kroppen fungerar så som det är tänkt bekräftar dessutom kvinnligheten. Att känna sig stärkt som kvinna innebär en känsla av stolthet, harmoni och ökad självkänsla. Genom att känna sig stolt frambringas positiva känslor över att kroppen klarar av det den upplevs vara till för, nämligen reproduktion. Harmoni innebär ett inre lugn, en tillfredsställelse över att den egna kroppen fungerar såsom kvinnan själv önskar. Stoltheten och harmonin samverkar för en upplevd förstärkt självkänsla för kvinnan.

Barnafödandet ses som den viktigaste kvinnliga funktionen och detta medför en stärkt relation till den egna kroppen. Att ha möjlighet till barnafödande stärker upplevelsen av



den reproduktiva hälsan. Det finns en oro över att en eventuell barnlöshet påverkar kvinnans självkänsla till det sämre och även att känslan av att vara kvinna påverkas negativt av barnlöshet. Barnafödandet är ett kvitto på kvinnligheten, vilken representerar reproduktiv hälsa. Reproduktiviten bidrar också till att främja och fördjupa relationen med partnern genom att kvinnan får en större kontakt med sig själv och sina egna känslor samt får ökat självförtroende. En fördjupad partnerrelation stärker kvinnans upplevelse av kvinnlighet. Att få barn upplevs som en naturlig del i relationen, något som ingår i det naturliga skeendet.

Att ha förmågan att amma sina barn är också förknippat med reproduktiv hälsa och ett stärkande av kvinnligheten, detta genom att kroppen visar sin funktionalitet och klarar av att producera livgivande föda till ett barn.

Denna kategori innefattar följande underkategorier;

Att vara privilegierad

Känna kraften i sin kropp

Kroppen accepteras som en följeslagare

### **Att vara privilegierad**

Att känna sig privilegierad som kvinna betyder att det är en förmån att få genomgå graviditet, förlossning och att få vara mamma, vilket har gett en förståelse för, och en insikt i vad kvinnokroppen är kapabel till. Denna insikt upplevs som fantastisk och härlig, vilket innebär reproduktiv hälsa.

*“Att få vara kvinna och ha den förmågan att föda barn är härligt.”*

Graviditeten medför känslor av lycka, upplevelse av friskhet, stolthet och stark hälsa. Upplevelsen av att vara kvinnlig förstärks och kvinnan bekräftas i sin duglighet genom att den reproduktiva funktionen fungerar. Även den fysiska hälsan bekräftas genom en graviditet.

*“Jag kände mig lycklig, frisk och glad för att få vara kvinna och få uppleva denna känsla över att få vara gravid.”*

Kvinnorna upplever det som en ynnest och en förmån att få vara kvinna och kunna bära ett barn i magen. Det påverkar även det mentala positivt, med känslor som trygghet och harmoni. Att få vara kvinna upplevs som ett privilegium, att det är en förmån att få känna barnet röra sig i magen och att få uppleva en förlossning. En stolthet över att kunna bli gravid beskrivs, likaså en tacksamhet för att kroppen fungerar reproduktivt utan problem. Den kvinnliga kroppen upplevs vara formad för barnafödande. Även om kroppen upplevs stor och obekväm känner kvinnan sig snygg och stolt och likställer dessa känslor med reproduktiv hälsa.

*“Känslan av att bära ett barn inom sig... inget jag skulle vilja vara utan... verkligen ett privilegie vi kvinnor har... väger upp alla smärtor och besvär.”*

## **Känna kraften i sin kropp**

Att få känna kraften som kroppen skapar upplevs som omvälvande. Kvinnorna i studien erfar hur både graviditeten, men framför allt förlossningen, ger en förståelse och en insikt om vad kvinnokroppen faktiskt är kapabel till och vad den klarar av, kroppen upplevs som kraftfull. Hälsa innebär en glädje över att vara kvinna och få uppleva de kvinnliga funktionerna. När kvinnan känner kraften i kroppen upplever hon reproduktiv hälsa.

*“Man kände sig stark - urmoder att lyckas på något sätt!”*

*“Wow! Vilken urkraft vi kvinnor har!”*

Kroppens kraft för att kunna genomgå nio graviditetsmånader med illamående, benkramp, sammandragningar och ont i musklerna, upplevs som en friskhet, att kroppen ändå klarar av det tunga som en graviditet innebär. Att känna kraften i kroppen upplevs som reproduktiv hälsa och att föda ett barn till världen upplevs som fantastiskt. Förlossningen och dess kraft påverkar också relationen till partnern, vilken upplevs få en annan bild av kvinnan efter att ha genomgått en förlossning tillsammans. Partnern beskrivs vara mer kärleksfull och beundrande gentemot kvinnan och hennes kropp, vilket stärker kvinnans känsla av kvinnlighet. Kvinnorna själva upplever den oväntade kraften som en positiv överraskning, en fantastisk känsla.

## **Kroppen accepteras som en följeslagare**

Kroppens kvinnliga funktioner är något kvinnorna upplever accepterade då det är en förutsättning för reproduktivitet, något som följer kvinnan genom livet. Acceptansen innebär att kvinnorna känner sig tillfreds med sina kroppar och kan tycka bra om kroppen även om graviditeter och förlossningar har satt sina spår och kroppen har, fysiskt sett, förändrats. Kroppen har visat att den fungerar, den har varit funktionell och uppfyllt sitt syfte, då kan förändringarna lättare accepteras. Kroppen upplevs som en följeslagare, vilken alltid finns tillhands och är oskiljbar från kvinnan själv. Kroppen förändras med åldern och efter barnafödande är denna förändring något som oftast accepteras.

*“Det är bara att acceptera att kroppen förändras.”*

Kvinnorna är trygga med att kroppen förändras och trivs med sig själva. Barnafödandet ger en positiv bild av kroppen och efter det är det lättare att älska den. Känslan av att det är en förmån och ynnest att få bära ett barn i magen innebär reproduktiv hälsa som övervinner eventuella känslor av att i alla lägen inte vara nöjd med kroppen efter graviditeten.

Graviditet och förlossning påverkar kroppen och bidrar även till andra kroppsliga förändringar, såsom inkontinens, varicer och bristningar. Detta upplevs som jobbigt och negativt, men accepteras ändå som en naturlig följd av att kunna reproducera sig.

Att känna sig trygg i sin relation bidrar också till att känna sig trygg med, och acceptera, sin kropp. En positiv bild av kroppen medför också en sund relation till partnern.

*“Jag trivs bra med min kropp och är nöjd med den. Det tror jag är viktigt i min relation också, dvs. att jag ser positivt på min kropp.”*

Kvinnorna upplevde en känsla av trygghet gentemot sin kropp då relationen med partnern var etablerat. En ny relation skulle påverka acceptansen, och tryggheten gentemot kroppen, negativt, då en osäkerhet skapades. Viktökning efter barnen påverkar självkänslan och upplevs som missnöjdhet. Kvinnorna känner sig fula, klumpiga och inte attraktiva. Detta är något som också upplevs kunna påverka relationen med partnern i och med sänkt självkänsla och tvivel på den egna kroppens duglighet. I förlängningen påverkas även hälsan negativt.

Känslan av acceptans gentemot sin kropp utvecklas i och med stigande ålder. Likaså kvinnornas påverkan av den mediala bilden av kvinnokroppen upplevs minska i och med att kvinnorna blir äldre.

*“Jag upplever att man ständigt utsätts för påverkan utifrån (media) av hur kvinnlighet ska vara, hur kroppsideal ska se ut osv. Upplever att jag med stigande ålder påverkas mindre av det.”*

Att ta hand om sin kropp, att äta bra, att röra på sig och att sova tillräckligt, upplevs bidra till acceptansen gentemot sin kropp. Det upplevs som om kroppen kräver mer med stigande ålder, att ett bra omhändertagande av kroppen innebär hälsa. Små bröst eller att bröstet blivit mindre efter graviditet och amning, upplevs positivt då det underlättar vardagen och ger en större smidighet.

*“Små bröst är bäst.” “... stolt över de små rackarna.”*

Att bröstet har uppfyllt sin reproduktiva funktion, amningen, stärker känslan av acceptans, även om de ändrat form och storlek, och bidrar till en känsla av stolthet över de nuvarande bröstet. Även en känsla av att sakna bröstet efter graviditet och amning beskrivs, men upplevs trots detta som okej och en acceptans finns för bröstet trots att de blivit mindre efteråt.

## **Menstruation är tvetydigt för hälsan**

Att ha menstruation är tvetydigt för hälsan, vilket betyder att menstruationen både är en möjlighet och en begränsning. Möjligheten ligger i att menstruationen är en bekräftelse på den reproduktiva funktionen och ger därmed en upplevelse av positiv hälsa. Begränsningen, ohälsan, innebär att menstruationen på olika sätt stör det vardagliga livet. Menstruationen upplevs sammankopplad till reproduktion och barnafödande, varför menstruationen i stor utsträckning upplevs som en belastning när den perioden i livet är förbi. Dock väljer en del av kvinnorna att ha en accepterande inställning till menstruationen.

Menstruationen upplevs förknippad med reproduktiv hälsa i samband med barnafödande, men i övrigt upplevs den till stor del som ohälsa.

Denna kategori innefattar följande underkategorier;

Menstruation är ett tecken på att kroppen fungerar  
Menstruation är begränsande

### **Menstruation är ett tecken på att kroppen fungerar**

Menstruation är ett tecken på att kroppen fungerar men trots det är den tvetydig. Den är av flera kvinnor välkommen närhelst den kommer, och den upplevs som en förutsättning för reproduktion. Menstruationen är ett kvitto på att kroppen mår bra, fungerar och att kvinnan är fertil.

De kvinnor i studien som upplever reproduktionssvårigheter till följd av sjukdom har upplevt avsaknad av menstruation som psykiskt påfrestande då det är symptom på brister i reproduktionsprocessen och därmed tecken på svårigheter att bli gravid.

*“Mensen är ju inte alltid kul, särskilt inte när den ger mycket smärta, men det tar man ju eftersom den spelar en så stor roll för att kunna bli med barn.”*

Kvinnorna är således tacksamma för en befintlig menstruation som bekräftar att kroppen fungerar som den ska och att kvinnan därmed innehar reproduktiv hälsa. Menstruationen ses som en förutsättning för att kunna bli gravid och anses därför viktig.

*“Mensen kommer när den ska, vore skönt att slippa men är som det är.”*

### **Menstruation är begränsande**

Att ha menstruation upplevs delvis begränsande och innebär då en negativ inverkan på den reproduktiva hälsan. Hormonpåverkan av menstruation påverkar livet och även relationen negativt. Med menstruationen följer fler negativa konsekvenser, såsom svårigheter att prestera på jobbet, perifer svullnad i kroppen, trötthet, känsla av att vara ofräsch och oattraktiv, dåligt humör, nedstämdhet och ökad känslighet liksom migrän och svinningskänslor. Större blödningsmängder upplevs besvärligt och motbjudande, likaså smärtor och PMS-symptom. Menstruationens varande upplevs negativt då kvinnorna är klara med barnafödande.

*”Blödnigen som bindan inte riktigt klarar av - usch - äckligt.”*

*“Jag har fött barn klart... vill helst att menstruationen ska sluta så snart som möjligt - det känns mest av ondo nu.”*

Användandet av vissa hormonella preventivmetoder medför att kvinnorna upplever att de har ingen eller mycket liten blödning, vilket uteslutande uttrycks som skönt och bekvämt.

Trots att menstruationen upplevs som en naturlig del av livet, kan det medföra en viss sjukdomskänsla, vilket medför känslor av ilska och irritation. Detta i sin tur upplevs inskränka livet och på så sätt påverka hälsan negativt. Kraftig migrän i samband med

menstruation förstärker den känslan. Trötthet och en känsla av att under menstruationen känna sig kraftlös relaterat till stora blödningar vilka påverkar kroppens järnvärde sammankopplas med reproduktiv ohälsa och upplevs negativt. Kvinnorna upplever depressionssymptom, känslor av apati och frånvaro av glädje i livet under tiden för menstruation.

*“Att vara kvinna och ha mens ska vara naturligt men jag har tyvärr känt mig sjuk 1 g/månad. Vilket kan göra mig arg.”*

Kvinnorna upplever att de inte känner sig tillfreds med sina kroppar, dess funktioner och de kraftiga PMS-besvärerna samt att detta begränsar dem i det vardagliga livet. Detta i sin tur påverkar parrelationen negativt, speciellt i tiden inför menstruation. Parrelationen upplevs, i samverkan med kroppen, påverka upplevelsen av den reproduktiva hälsan.

*“... 1 vecka i månaden då jag inte är riktigt tillfreds med min kropp och dess funktioner, medan övrig tid fungerar bra och vi har det bra i parrelationen.”*

## **Preventivmedel - en prövande balansgång**

Att hitta ett fungerande preventivmedel är en prövning där kvinnan går en balansgång mellan olika hormonella och icke-hormonella preparat/sätt och hur de påverkar henne fysiskt och psykiskt och därmed också hennes upplevelse av reproduktiv hälsa. Preventivmedel kan hjälpa kvinnan i vardagen och underlätta denna i och med minskad blödningsmängd, minskad menstruationssmärta och förbättrat humör. Det positiva i att ha en fungerande preventiv metod överskuggas stundtals av biverkningar den aktuella metoden ger.

Valet av preventivmedel är en balansgång för kvinnan. Preventivmedel ger en tillgång till god hälsa men det finns också en risk att hälsan påverkas negativt och hämmas.

Det upplevs som en begränsning i valmöjligheterna för de kvinnor som inte vill ha en hormonell metod, vilket beskrivs som negativt för hälsan.

Denna kategori innefattar följande underkategorier;

Preventivmedel kan förändra livet

Preventivmedel medför en känsla av ohälsa

### **Preventivmedel kan förändra livet**

Preventivmedel kan förändra livet vilket har stor betydelse för reproduktiv hälsa. Betydelsen beskrivs främst så som minskade cykliska besvär och i viss mån avsaknad av menstruation, vilket efter den barnafödande perioden ses positivt för det vardagliga livet och därmed för den reproduktiva hälsan. Preventivmedel upplevs kunna skapa en frihet i livet, genom att slippa tänka på kroppens funktioner, att slippa mens och oro för eventuell graviditet samt för att stabilisera humöret. Detta upplevs också främja parrelationen.

*“... skönt att slippa menstruationen.”*

Då hormoner används för att ge minskad blödningsmängd vid menstruation påverkar detta kvinnornas hälsa positivt, genom en frihetskänsla och känsla av sundhet. Kraftiga menstruationssmärter beskrivs påverka både hälsan och det dagliga livet. Genom att tillföra hormonella preparat minskas besvären och kvinnorna har därmed kunnat skapa sig en tillvaro i livet som är hanterbar för dem. Kvinnorna upplever en känsla av normalitet över en längre tidsperiod.

*“... jag fick ett helt nytt liv... vilken frihet!! ... fräsch och attraktiv!”*

*“Kan bli arg att jag inte gjort detta tidigare.”*

Dock upplevs en känsla av avtrubbning, vilket eventuellt kan härröras till hormonella preventivmedel, såsom hormonspiralen. Denna biverkan upplevs dock inte tillräckligt besvärande för att extrahera spiralen, utan accepteras. Fördelarna, att slippa menstruationen, överväger.

Kopparspiral ger lite längre menstruationsperiod men det upplevs vara värt det då kvinnorna inte mår bra av hormoner eller inte vill tillföra hormoner till sin kropp. Att kunna prova ut preventivmedel och ha valfriheten att välja det som upplevs lämpligast, trots begränsningar, beskrivs som reproduktiv hälsa.

### **Preventivmedel som en källa till ohälsa**

P-piller och andra preventivmedel med hormoner upplevs vara problematiska och skapar ohälsa genom biverkningar såsom instabilitet i humöret och hudproblem.

Att påverkas hormonellt gör att flera väljer bort hormonella metoder, medan andra föredrar dessa just för den anledningen, för att stabilisera humör och blödningar. Många av de biverkningar kvinnorna upplever av hormonella preparat medför att de både fysiskt och psykiskt påverkas på ett negativt sätt.

Att känna sig extra känslig, på gränsen till deprimerad och stingslig blir mentalt jobbigt och ohälsa upplevs. Fysiska symtom som t.ex. benskivling eller mellanblödningar är något som kvinnorna också beskriver som en biverkan av hormonerna, vilket också påverkar deras upplevelse av hälsa. Humörsvängningar är en biverkan av de hormonella preparaten som upplevs som negativt, och även efter avslutad användning av preparaten tog det lång tid innan humörsvängningarna försvann.

Att inte få fullgod information angående preventivmedlens eventuella biverkningar eller möjligheten att byta till något lämpligare upplevs skapa onödig ohälsa.

*”Men nu när jag slutat med p-piller... känner jag glädje i mitt liv igen! ... förstörde 17 år av mitt liv.”*

Angående p-piller finns en rädsla för att de påverkar förmågan att bli gravid snabbt efter avslutad användande, samt en rädsla för att ämnena i p-piller skulle kunna påverka hälsan negativt.

Kvinnorna beskriver att de provat flera olika hormonella metoder med varierande hormonnivåer, men att det är svårt att hitta något som passar dem samt att det ger negativa bieffekter såsom instabilitet i humör och ökad acne.

Hälsan påverkas negativt vid utprovande av olika hormonella metoder. Att tillföra hormoner ifrågasätts, likaså om det är rätt att försätta kroppens hormonsystem i obalans eller inte. Även om kvinnorna inte är positivt inställda till p-piller använder de sig av det likafullt då det ändå är det som fungerar bäst för dem just nu av de alternativ som finns att välja på.

*“... är egentligen inte positivt inställd till det men det är det som funkar bäst... av de alternativ som finns...”*

Kvinnor med reproduktionssvårigheter till följd av sjukdom har ofta ett förändrat blödningsmönster. De har då fått preventivmedel i syfte att stabilisera sin menstruationscykel. Önskan om att klara sig utan att tillföra hormon till sin kropp uttrycks, då det ibland inte upplevs som att det finns något val, då det kan vara det enda som hjälper mot rikliga och smärtsamma menstruationer. Hormonerna accepteras då för att få en hanterbar tillvaro i livet då menstruationsbesvären också ökat efter graviditeterna.

Att uppleva att det inte finns något val vad gäller att tillföra hormon ger en känsla av frustration.

*“Det känns frustrerande att inte kunna välja vad du vill tillföra din kropp.”*

*“... svåra menstruationssmärter... egentligen inga val om jag ska vara smärtfri annat än att stoppa i mig hormoner på ett eller annat sätt... skulle finnas andra alternativ.”*

## **Otillräcklig som kvinna när de kvinnliga funktionerna sviker**

När de kvinnliga funktionerna sviker infinner sig en känsla av att inte vara normal i jämförelse med andra kvinnor. Att känna sig otillräcklig som kvinna när de kvinnliga funktionerna sviker ger kvinnorna känslor av skam, ensamhet, sänkt självkänsla och nedstämdhet. En tydlig jämförelse gentemot de kvinnor som har fungerande kvinnliga funktioner; lätt att bli gravida, inga cykliska besvär etc., ökar känslan av negativitet och bidrar således till en reproduktiv ohälsa hos dessa kvinnor.

En skamkänsla uppkommer av upplevelsen att vara en sämre kvinna än de som har en fungerande kropp och att inte känna sig kvinnlig, att inte följa normen. Detta ger en upplevelse av utanförskap och orättvisa och leder till reproduktiv ohälsa.

Denna kategori innefattar följande underkategorier;

En svikande kropp är onormal  
Kroppen upplevs främmande

## En svikande kropp är onormal

En svikande kropp upplevs som onormal genom att den inte följer kvinnans tänkta planer vilket skapar känsla av reproduktiv ohälsa. Kvinnan upplever en känsla av att inte känna sig hel, utan att det saknas en bit för att kvinnligheten ska betraktas som komplett.

*“Att min kropp inte fungerade “rent kvinnligt” gjorde att jag inte kände mig hel.”*

När amningen inte fungerar kan amningsproblem, som till exempel mjölkstockning, utvecklas till en reproduktiv ohälsa för kvinnan. Kvinnorna med amningsproblem upplever en mycket påfrestande amningshets, både från sjukvården och från omgivningen, vilket ger en känsla av otillräcklighet. Närheten som fås via amningen, och amningen i sig, att kunna amma, likställs med reproduktiv hälsa. Närheten är mysig och är sammankopplad med just amningen, därmed uppkommer negativa känslor om det inte fungerar. Att känna sig misslyckad, få dåligt självförtroende och skamkänslor är återkommande beskrivningar hos dessa kvinnor.

*“Jag kände skuld över att jag inte kunde ge min bebis det mest basala den behövde (mat).”*

Känslor av otillräcklighet kommer enligt kvinnorna från omgivningen, vänner och vårdpersonal, genom hur de uttrycker sig gentemot kvinnorna och kommenterar deras situation och handlande i amningssituationen.

De kvinnor som har reproduktionssvårigheter till följd av sjukdom upplever att svårigheten att bli gravid påverkar självkänslan och känslan av att kroppen sviker.

*“... mina kvinnliga funktioner svek mig.”*

*“Efter att ha kämpat så länge med nåt som för de flesta kvinnor är helt naturligt...”*

För att bli gravid krävs hormonbehandlingar och de upplevs både psykiskt och fysiskt påfrestande. Hormonbehandlingarna beskrivs av kvinnorna som något nödvändigt de får genomlida, vilka är besvärliga och ansträngande med de många kontroller som krävs. Behandlingarna gör att kroppen upplevs som främmande av kvinnorna då det känns som en ständig kamp gällande övervikt och ökad behåring, vilket i sig anses okvinnligt, och att kroppen tidvis försätts i klimakteriet. Alla provtagningar, gynekologiska undersökningar och att ha sex på kommando är också påfrestande enligt de här kvinnorna och påverkar känslan av att inte känna sig normal.

*“Jag kände mig otroligt ensam och okvinnlig. Livet kändes orättvist.” “... pissjobbbig tid.”*

Detta påverkar också upplevelsen av reproduktiv hälsa; att inte vara kvinnlig nog, att inte ha en egen ägglossning och att behöva be om hjälp för att bli gravid. Detta påverkar kvinnans självkänsla negativt och upplevs inte bekräfta henne som duglig kvinna.



## **Kroppen upplevs främmande**

Den kvinnliga kroppen upplevs ibland som främmande för kvinnan och det är i situationer där hon inte har kontroll över kroppen som detta sker. Kroppen beskrivs som okontrollerbar, till exempel vid sjukdomstillstånd.

Sådana sjukdomstillstånd kan vara cellförändringar vilket några av kvinnorna har upplevt. Detta har inte gjort att kvinnorna mått fysiskt dåligt, men upplevs som en stor psykisk påfrestning då det skapar stor oro och upplevs obehagligt, skrämmande och jobbigt. Kvinnorna beskriver hur de upplever en känsla av att det ligger utom kontroll, att kroppen är främmande för dem, vilket är frustrerande. Tankar och funderingar kring framtiden, livet och döden uppenbarar sig vilka upplevs tunga att hantera.

*“Kan jag inte skaffa barn?”*

*“Kommer jag utveckla cancer och kanske dö ifrån mitt barn och familj?”*

Havandeskapsförgiftning upplevs som reproduktiv ohälsa, detta i och med att kroppen blir okontrollerbar, att kvinnan inte kan påverka vad som sker i kroppen. Detta leder till en psykisk ohälsa vid sidan av den fysiska, vilket påverkar upplevelsen av den reproduktiva hälsan. När graviditeten inte blir som planerat och när kroppen inte reagerar som kvinnan tänkt sig vid en graviditet, upplevs det negativt. Det ger en känsla av att inte ha kontroll över sin egen kropp.

*“Jag är trött på att det alltid heter att föda barn är friskt och okomplicerat, för så är det inte för alla. Det är viktigt att komma ihåg för man känner sig som en sämre individ.”*

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

### Forskningsansats och metod

Föreliggande uppsats grundar sig på en humanvetenskaplig ansats med skrivna berättelser som grund för analys.

All kvalitativ forskning är kontextbunden och för att öka möjligheten för läsaren att förstå hur resultatet kan överföras är det väsentligt att metoddelen är välformulerad. Därför har metodavsnittet i föreliggande uppsats gjorts så tydlig som möjligt (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s 176).

Innehållsanalys är en lämplig analysmetod när forskarna vill tillhandahålla kunskap, ge nya infallsvinklar på ett område samt ge praktiska råd om hur man kan och bör gå vidare inom det aktuella ämnet (Elo & Kyngäs 2007, ss 108-109). I föreliggande studie valdes innehållsanalys på grund av att det fanns måttlig mängd tidigare material inom ämnet som åsyftades studeras och konkreta vägledningar ansågs behövliga. En nackdel med innehållsanalys är att det kan anses som en alltför förenklad metod för att nå resultat, dock bedömdes metoden vara fullgod för att uppnå föreliggande studies syfte.

Metoden kan användas induktivt eller deduktivt. I föreliggande studie valdes induktiv ansats då det bedömdes som om det inte fanns tillräckligt med kunskap inom ämnet tidigare, samt att det, såsom deduktiv ansats syftar på, inte fanns någon aktuell tes att testa genom studien (Elo & Kyngäs, 2007 ss. 108-109).

### Skrivna berättelser

Skrivna berättelser är att föredra om forskaren inte vill vara involverad i en intervjudialog, eller om forskaren vill säkerställa att denne själv inte skapar ytterligare associationer för deltagaren genom sin närvaro, det vill säga att forskaren inte vill påverka deltagaren och dennes svar på något sätt genom till exempel omedvetet kroppsspråk eller minspel. En nackdel kan dock vara att forskaren inte har någon chans att vidare få utveckla svaren från deltagaren om så önskas (Dahlberg 1997, s 106) (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s 179).

Skrivna berättelser valdes framför intervjuer för att kvinnorna som deltog i studien skulle våga berätta mer inom detta område som kan upplevas som utlämnande. Den egna kroppen kan uppfattas som ett privat område vilken alla inte är bekväma att berätta om, oavsett om de känner forskaren eller inte. För att inte påverka kvinnorna samt för att ge dem chansen att uttrycka sig fritt i förhållande till de öppna frågorna i skrift, valdes denna metod.

Då forskaren inte vet vad deltagaren anser vara det som är viktigt eller av betydelse för dem, är öppna frågor att föredra vid skrivna berättelser. Genom att låta deltagarna besvara öppna frågor kommer deras egna prioriteringar och tankar fram, samt deras eget sätt och känsla för att beskriva svaren på frågorna (Todres & Galvin 2005, s 2-3).

För att få en så målande beskrivning som möjligt, är det en fördel att be deltagarna berätta om något negativt eller kritiskt, då sådana händelser lättare fastnar i minnet och

chansen att få utförligt beskriva berättelser ökar (Dahlberg 1997, s 106)(Dahlberg et al, 2008, s 182).

Till föreliggande studie valdes tre öppna frågor, där det också gavs några exempel på vad som skulle kunna beskrivas som ohälsa alternativt hälsa relaterat till reproduktion. Detta var troligtvis till hjälp för deltagarna då frågorna var relativt omfattande. Samtidigt gav det deltagarna en tydlig association om hur de skulle svara, vilket kan ses som negativt då det eventuellt istället begränsade kvinnorna i sina svar. Detta gjordes för att tydligt förklara för kvinnorna vad som menades med reproduktiv hälsa respektive ohälsa, då det kan upplevas som ett oklart begrepp för gemene man.

Denna metod kan vara en nackdel då det kan, för vissa, vara svårt att uttrycka sig målande och beskrivande i skrift. I föreliggande studie märktes detta på det inkomna materialet då en del kvinnor hade förmåga att beskriva en omfattande och detaljrik berättelse i skrift, medan andra hade mer sparsamt med text.

Fördel med skrivna intervjufrågor är, enligt Kvale och Brinkmann (2014, s 190), att texten är direkt klar för analys och att forskaren inte påverkar texten. En annan fördel är att det kan för deltagarna vara lättare att ta upp känsliga ämnen i en skriven text än i en regelrätt intervju. Nackdelarna är att de detaljerade beskrivningarna och detaljerna kan missas. Enligt Dahlberg et al (2008, ss 178-179) finns det dock ingen forskning, där deltagare ingår, där inte forskarna på något sätt påverkar den insamlade datan. Det finns alltid en tänkt mottagare av kvinnornas berättelser, utifrån kvinnans synsätt, och forskarna har på något sätt påverkat kvinnorna genom att kontakten är tagen. Dock blir forskarens påverkan mindre när berättelserna skrivs ner av kvinnorna själva, utan närvaro av forskarna. I materialet till föreliggande studie har flera av kvinnorna utförligt beskrivit personliga tankar och erfarenheter medan andra har varit mer försiktiga med det personliga. En intervju med dessa kvinnor hade eventuellt resulterat i bättre beskrivningar från fler, då forskarna hade kunnat fånga upp och frågat mer ingående kring det som berättades, samt gett möjlighet att ställa relevanta följdfrågor.

### **Giltighet**

Giltighet i föreliggande studie, det vill säga hurvida studiens resultat kan anses giltigt och representera det som är specifikt just för den studerade gruppen upplevs tillfredsställande utifrån studiens syfte (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, ss 197-199). Kvinnorna som deltog i studien hade erfarenheter och upplevelser av den studerade företeelsen vilket är en förutsättning för att genomföra studien. De deltagande kvinnorna i föreliggande studie var mellan åldrarna 28 och 43 år, vilket ger en god spridning på ålder bland deltagarna. De hade också en geografisk spridning och kom från olika socioekonomiska skikt i samhället. Att kvinnorna skulle ha fött barn var ett av inklusionskriterierna och genomsnittet för antalet barn de hade var 2,14, men varierade från ett barn till tre barn. Denna variation bland deltagarna stärker studiens validitet. Genom de skrivna berättelserna framkom att kvinnorna hade skilda erfarenheter vilket stärker studiens validitet. Berättelserna var till stor del innehållsrikt beskrivna, enstaka av dem var mindre innehållsrika, dock anser författarna att materialet var fullgott för studien.

## **Trovärdighet och Förförståelse**

Författarnas objektivitet i studien kan ifrågasättas, då författarna själva är kvinnor och har liknande erfarenheter som deltagarna i studien. Att hålla tillbaka den egna förförståelsen i ämnet så den inte tar överhand och skuggar deltagarnas berättelser är en svår balansgång. Författarna måste behålla en öppenhet gentemot den studerade företeelsen och samtidigt tygla den egna förförståelsen (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s 135). I föreliggande studie har författarna försökt hålla undan sin egen förförståelse, dock är det oundvikligt att analysen av de skrivna berättelserna sker helt och hållet objektivt. Under analysprocessen och då texten har abstraherats har givetvis en viss förförståelse från författarna spelat in vilket då även påverkar studiens trovärdighet. Trovärdigheten i studiens analysförfarande och resultat anses av författarna ändå godkänd då författarna under hela arbetets gång har reflekterat över sin egen påverkan på materialet. En svaghet i trovärdigheten är att författarna är noviser på området och har på så sätt lättare att begå misstag i analysförfarandet. Den påverkan förförståelsen och trovärdigheten har haft på studiens resultat anses dock försumbart och studiens giltighet bedöms godtagbar. (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, ss 197-199).

## **Överförbarhet**

Huruvida resultatet i studien är överförbart på andra grupper i samhället är, enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012, s 198) mer upp till läsaren än till författaren. Den senare kan endast skapa förutsättningar och ge förslag till överförbarhet. För att läsaren till fullo ska ha möjlighet att bedöma överförbarhet är det av största vikt att studiens gång är noggrant beskriven. Resultatet av föreliggande studie går framförallt att överföra på kvinnor i barnafödande ålder, då detta var den individgrupp som åsyftades för studien. Huruvida resultatet även går att applicera på kvinnor som inte fött barn är osäkert. Många av de aspekter, tankar och situationer som framkom i föreliggande studie kan möjligen utgöra ett problem även för kvinnor generellt då det handlar om den kvinnliga kroppen och dess funktioner, inte specifikt barnafödande, då till exempel menstruation, preventivmedel och svikande funktioner. Detta är dock författarnas egna tankar och kan inte generaliseras vidare, varför en överförbarhet mot andra grupper än den specifikt åsyftade i föreliggande studie ej är att betraktas som möjlig.

Dahlberg et al (2008, s 176) beskriver hur en vald datainsamlingsmetod kan revideras efterhand och kompletteras med annan metod. I föreliggande studie hade det varit av värde att ha möjlighet att fördjupa materialet med hjälp av fortsatta djupintervjuer hos de kvinnor vars berättelser det upplevdes som att det fanns mer att hämta material från. I och med den utlovade konfidentialiteten gentemot deltagarna samt begränsad tid avsatt för studien var detta dock inte möjligt. Trots att detta inte gjordes är det material som ligger till grund för analysen rikt beskrivande berättelser vilka har bedömts som tillräckliga i form av variationer av berättelser. Detta har potential att öka validiteten och överförbarheten i studien.

Kvinnorna i föreliggande studie har låg påverkan från forskarna i sina svar, vilket kan ses som en styrka, att de själva i lugn och ro har fått skriva ner sina tankar. Deltagarna

fick två veckor på sig att lämna in de skrivna berättelserna, vilket också kan vara till gagn eftersom kvinnorna då kan gå tillbaka till sin skrivna text och lägga till eller ändra i sin text. En svaghet i detta förfarande kan vara att berättelsen "glömdes bort" och att texten sedan fick författas skyndsamt efter påminnelse från forskarna, vilket kan påverka studiens validitet. Samtliga deltagare i föreliggande studie fick en påminnelse om studien cirka en vecka efter att de fått frågorna i handen. Huruvida detta påverkade de inlämnade skrivna berättelserna är svårt att verifiera.

## Resultatdiskussion

Föreliggande studie fokuserar på kvinnors upplevelse av sin kropps betydelse för reproduktiv hälsa. Resultatet visar att upplevelsen av reproduktiv hälsa påverkas av kroppens funktioner och hur kroppen fungerar gentemot kvinnans egna önsningar och tankar om hur den egna kroppen borde fungera. En reproduktivt fungerande kropp ger en upplevelse av kvinnlighet och reproduktiv hälsa, medan en kropp med sviktande reproduktiva funktioner upplevs okvinnlig och ger upphov till reproduktiv ohälsa. Samtidigt visar resultatet att kontrollerad frånvaro av viss reproduktiv funktion, såsom menstruation, ger ökad upplevelse av reproduktiv hälsa och kvinnlighet, vilket kan ses tvetydigt.

Reproduktiv hälsa är, enligt Socialstyrelsens (2016, s 11) definition, "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner och inte bara frånvaro av sjukdom." I föreliggande studie framkommer att den fysiska kroppen spelar en framträdande roll i upplevelsen av reproduktiv hälsa. En möjlig förklaring till detta är att fysiskt välbefinnande intimt samspelar med såväl psykiskt som socialt välbefinnande. De kvinnor i föreliggande studie som upplever närvaro av sjukdom erfar att frånvaro av den skulle ge upplevelse av reproduktiv hälsa. Enligt definitionen innebär det då att dessa kvinnor inte uppfyller kraven för reproduktiv hälsa då det inte kunde definieras som hälsa enbart vid avsaknad av sjukdom. Detta tyder på att definitionen på reproduktiv hälsa är problematisk och inte så enkelt låter sig nedskrivas då upplevelsen av hälsa och den egna kroppens betydelse alltid är subjektiv. Upplevelsen, och därmed den enskilda kvinnans verklighet och vad som är reproduktiv hälsa för henne, är kvinnans att äga och låter sig inte så enkelt definieras.

Att kunna reproducera sig är en grundläggande drift hos oss människor. En fungerande kvinnlig reproduktion upplevs i föreliggande studie vara ett kvitto på kvinnlighet, styrka och friskhet och ger därmed en upplevelse av reproduktiv hälsa. Frånvaro av reproduktionsfunktioner upplevs följaktligen såsom reproduktiv ohälsa.

Den kvinnliga kroppens betydelse för reproduktiv hälsa är enligt studiens resultat en känsla av att kroppen fungerar vilket medför ökad självkänsla och stolthet över den egna kroppen. I de fall kroppens funktioner inte fungerade fullt ut eller upplevdes besvärliga beskrev kvinnorna en ohälsa. Kroppen har således en framträdande roll i kvinnornas uppfattning om vad som är hälsa. De kroppsliga funktionerna påverkar dessa kvinnors känslor både positivt och negativt och påverkar således hela kvinnans liv. Under en kvinnas livscykel får hon följaktligen försöka balansera de kroppsliga funktionerna med ett fungerande vardagsliv.

Kvinnorna i föreliggande studie upplever ökad känsla av kvinnlighet när kroppens funktioner fungerar som förväntat. Likaså upplevs en okvinnlighet när funktionerna sviktar eller inte fungerar alls. Här återkommer frågan som berörs inledningsvis kring kvinnlighet återigen i dagen, om sambandet mellan kön och genus. Det biologiska könet, och dess funktioner, styr i detta fall genus, känslan av kvinnlighet, vilket är socialt konstruerat. Ett ofullständigt fungerande biologiskt kön minskar därmed upplevelsen av genus. Det har länge pågått en diskussion om skillnaderna och sambandet mellan just kön och genus. De Beauvoir (1949, s 325) formulerade citatet; *“Du föds inte till kvinna, du blir det.”* Enligt det citatet skapas kvinnligheten av yttre faktorer, såsom samhällets värderingar och syn på kvinnor och män, snarare än av det egna könet, vilket i detta fall skulle vara mindre viktigt. Genom att fullfölja omgivningens förväntningar upplevs kvinnlighet och hälsa, likaså upplevs ohälsa när förväntningarna inte följs. Kvinnlighet lärs ut till kvinnor genom, och i relation till, mäns ideal av hur en kvinna bör vara. Kön och genus är sammankopplade, men enligt de Beauvoir ofta felaktigt betraktade av gemene man att vara samma sak (de Beauvoir 1949, ss 325-330). I västvärlden används fortfarande till stor del färgerna blått och rosa för att tidigt genusbestämna det nyfödda barnet, det biologiska könet konstateras och genus formas utefter det.

Goodman (2015, ss 729-730) skriver i sin artikel om hur kvinnligheten i alla tider har formats efter den manliga bilden, att kvinnan i alla tider har varit underkuvad och underställd det patriarkala systemet. Dock anser han att bilden av kvinnan som självständig har ökat i och med industrialiseringen som innebar att kvinnorna fick större möjlighet att själva bestämma över sin reproduktivitet genom bättre tillgång till preventivmedel och möjlighet till abort. Resultatet av föreliggande studie visar att kvinnorna får sin kvinnlighet bekräftad genom att deras partner, i dessa fall enbart män, visar sitt gillande gentemot den kvinnliga kroppen och hur kvinnan på så sätt upplever reproduktiv hälsa, alltså är kvinnligheten här socialt konstruerad och beroende av att bekräftas som duglig av andra. Bekräftas kvinnan fortfarande genom mannens ideal? Resultatet i föreliggande studie pekar åt det hållet. Goodman (2015, ss 729-730) påtalar att det är genom andras antaganden och förväntningar som kvinnan, det vill säga det biologiska könet, blir kvinnlig, alltså genus. Kvinnan har förväntningar på sig, från mannen, att vara vacker, att framhäva det onaturliga, såsom borttagande av kroppsbe håring och användande av dieter, botox, skönhetskirurgi. Kvinnorna i föreliggande studie påtalar, tvärt emot Goodman (2015, ss 729-730), också att de är nöjda med sina kroppar och att de upplever det som att partnern accepterar att kroppen förändras efter graviditet samt att det bidrar till upplevelsen av reproduktiv hälsa. Detta styrker tanken om kvinnans tvetydighet gentemot sin kropps funktioner. En stärkt upplevelse av reproduktiv hälsa genom det biologiska könets funktioner, och därigenom stärkt självkänsla, styrker också relationen till partnern. Frågan som uppkommer här är ju då hur djupt är synen på den kvinnliga kroppen rotad? Är det så att även kvinnorna har accepterat mannens ideal som sitt eget och att det inte längre reflekteras över varifrån idealen kommer?

Ett kvinnligt kön betraktas biologiskt, kroppsligt och kan objektifieras, medan kvinnligt genus styrs av kultur, vilja och subjektifieras därmed. “1970-talets feminister definierade "genus" som de mentala och beteendemässiga skillnaderna mellan kvinnor

och män; "kön" var begränsat till genetiska, hormonella och organiska särdrag" (Heinämaa 1998, s 35). Heinämaa (1998, s 39) har i sin artikel försökt förklara begreppen kön och genus, och vad som egentligen styr det ena eller det andra. Hennes huvudsakliga slutsats är att kön allena inte är nog för en dikotomi, det vill säga att mänskligheten inte kan delas upp i två separata kategorier grundat enbart på det biologiska könet, utan genus måste spela in. Frågan hon ställer är om det ens då är möjligt att dela upp i två kategorier, manligt/kvinnligt, eller om det, vilket hon förespråkar, bör finns fler alternativ. Kön- och genusdiskussionen är en komplex fråga utan några exakta svar. Vad skapar en kvinna? Vad skapar kvinnlighet?

Enligt Heinämaa (1998, ss 35-38) påverkas således en kvinnas upplevelse av kvinnlighet främst inte av det biologiska könet utan av genus, vilket i sin tur påverkas av kvinnans eget tänkande och av den kulturen hon lever i. Ett kvinnligt genus föds du inte till, det formas man till. Resultatet av föreliggande studie blir här intressant; Kvinnlighet och kvinnligt biologiskt kön samverkar under hela kvinnans livscykel och är inte åtskilda. För att bekräftas i kvinnligheten krävs ett kvinnligt biologiskt kön med fungerande kvinnliga funktioner samhörande med könet, utifrån socialt konstruerade regler. Ett biologiskt kön med svikande kvinnliga, förväntade, funktioner ger upphov till en upplevelse av minskad kvinnlighet och en känsla av att bli förminskad som kvinna, likaså styrker det biologiska könets fungerande funktioner känslan av kvinnlighet. Samtidigt visar resultatet i föreliggande studie att en, av kvinnan själv, kontrollerad avsaknad eller frånvaro av det biologiska könets funktioner, likaväl stärker upplevelsen av kvinnligheten, att det förstärker genus. Här bekräftas kön och genus som problematiskt att definiera och konkretisera samt bekräftar att upplevelsen av reproduktiv hälsa är något som kvinnan själv äger och preciserar, inte något som går att logiskt enkelt definiera.

Föreliggande studie visar även att menstruationen kan vara problematisk och tvetydig för kvinnorna relaterat till upplevelsen av reproduktiv hälsa. Menstruationen är en betydelsefull del i livet och mensens varande eller icke varande är komplext för kvinnorna. Menstruationen accepteras på grund av reproduktionen, men upplevs av många mest vara till besvär. Flera kvinnor upplever en ökad känsla av kvinnlighet och fräschör vid frånvaro av menstruation, till exempel vid användning av hormonella preventivmedel. Samtidigt som menstruationerna ses som ett kvitto på att kroppen fungerar ses den också som störande för den reproduktiva hälsan. Menstruationen skapar alltså upplevelser både av ohälsa och hälsa relaterat till reproduktion.

Besvär med PMS, prestationssvårigheter, smärtor, sjukdomskänslor och stora blödningar påverkar upplevelsen av den reproduktiva hälsan negativt och medför att det för många skulle upplevas som angenämt att slippa menstruationen när den barnafödande perioden väl är över. Under den fertila perioden och då kvinnorna planerar att bli gravida ses menstruationen som viktig då den bekräftar förmågan att kunna bli gravid samtidigt som den betraktas som ett misslyckande av det reproduktiva då den kommer som bekräftelse på utebliven befruktning. För de kvinnorna med reproduktionssvårigheter på grund av sjukdom blir avsaknaden av menstruation en påtaglig faktor för reproduktiv ohälsa. Eftersom menstruationen är ett fenomen som inte kan utelämnas i kvinnans liv, får hon välja att acceptera och uthärda symptom som upplevs negativa. Det kan återigen konstateras att många kvinnor således upplever

menstruationen som tvetydig. Kvinnan får brottas med dessa känslor hela sitt fertila liv och påverkas av det i sin vardag. Detta är intressant att ta upp då menstruationen både ses som något ytterst nödvändigt för att reproducera sig och därmed ett mått på hur väl den kvinnliga kroppen fungerar men även att mensens upplevelse som besvärande och äcklig. Det blir således en upplevelse av kollision för kvinnan vilket innebär att kvinnan tvingas acceptera något som både ger henne upplevelse av reproduktiv hälsa samtidigt som det ger henne känsla av ohälsa. Detta styrks även av en studie av Brantelid, Nilvér & Alehagen (2014, ss 600-616) där 12 kvinnor mellan 18 och 48 år blev intervjuade om sina tankar kring menstruationen. Menstruationen upplevdes som en del av livet, hälsan och den kvinnliga identiteten. Den upplevdes som en gemenskapsbildande faktor kvinnor emellan. Kvinnorna relaterade menstruationen med reproduktiv hälsa och såg den som ett tecken på att kroppen, och fertiliteten, fungerade. Plötslig frånvaro av menstruationen upplevdes som oro. Samtidigt upplevde kvinnorna en känsla av ohälsa i närvaro av menstruationen, dels visade detta sig i en känsla av att inte vara ren, dels smärtor och PMS-besvär. Med åldern fick kvinnorna en mer accepterande syn på menstruationen, vilket också kvinnorna i föreliggande studie upplevde. Menstruationen blev en naturlig del av kvinnligheten och styrkte densamma.

Såsom studien av Chrisler et al (2015, ss 78-81) beskriver har de kvinnor med en positiv uppfattning om den egna kroppen även en mer positiv inställning till menstruation. Detta visar att kvinnans egen kroppsuppfattning kan spela stor roll för hennes välmående. Föreliggande studie visar att kvinnans välmående och därmed upplevelsen av reproduktiv hälsa är något hon kan själv påverka genom att vid behov välja ett, för henne, lämpligt preventivmedel.

Preventivmedel och dess verkningar är dock något som problematiseras i föreliggande studie. Det beskrivs både som det bästa som finns och det allra värsta, ett nödvändigt ont. Kvinnorna beskriver humörsvängningar som en biverkan av hormonella preparat, vilket påverkar den reproduktiva hälsan negativt. Även depressionssymtom och lätt till gråt framkommer, vilket påverkade upplevelsen av den reproduktiva hälsan på ett negativt sätt. Detta är vanligt rapporterade biverkningar vilket styrks av en studie av Gingnell, Engman, Frick, Moby, Wikström, Fredrikson, Sundström-Poromaa (2012, ss 1133-1144). I deras studie jämförs en grupp kvinnor med kombinerad hormonell tablettbehandling med en placebo-grupp, där resultatet visar att kvinnor med kombinerad hormonell tablettbehandling uppvisar symtom på nedstämdhet, humörsvängningar och trötthet vilket kvinnorna i placebogrupperna inte upplever.

Påverkan på humöret beskrivs i föreliggande studie inverka både på det fysiska och psykiska måendet, vilket medför att deras dagliga liv påverkas. Att ha nära till gråt och känna sig lättirriterad medför en mental påfrestning, som med tiden även blir svår att acceptera av omgivningen. De som har besvär med kraftig menssmärta accepterar de biverkningar de får i samband med användning av hormonell metod då det ändå är det alternativ som passar dem bäst då det reducerar smärtan. Generellt accepteras biverkningarna av valt preventivmedel då det av kvinnorna inte upplevs finnas adekvata alternativ.

Samtliga biverkningar påverkar kvinnorna på så vis att de upplever reproduktiv ohälsa. De anser också att det finns för lite att välja på när det gäller preventivmedel. Detta visar på ojämlikheten idag vad gäller preventivmedel. I dagsläget finns hormonella



preparat endast för kvinnor, och inga likvärdiga för män. Det är således kvinnorna som utsätter sig för en potentiell ohälsa genom att ta makten över sin reproduktivitet.

Att kvinnan har den möjligheten, att själv bestämma över sin kropp och reproduktivitet är en framgång för den internationella utvecklingen inom jämlikhet. Enligt WHO:s definition för reproduktiv hälsa ska alla ha rätt att bestämma hur många barn de vill ha och när de vill ha det (WHO, 2016b). Kvinnor ges möjlighet att reglera detta genom att använda sig av de olika preventivmedel som finns på marknaden idag. Dock kvarstår faktum att det samtidigt innebär en reproduktiv ohälsa för kvinnan att konsumera preventivmedel, vilket också framgår i föreliggande studie genom att kvinnorna uttrycker tveksamhet för att använda preventivmedel då de vet om riskerna det innebär. Att kvinnor blir låsta i sitt val för att kontrollera sin reproduktivitet, eller att "ta det onda med det goda" tyder på att det krävs mer resurser och ekonomiska medel för att utveckla preventivmedelsindustrin.

Denna problematik lyfter fram vikten av att den barnmorska kvinnan träffar verkligen förklarar de alternativa preventivmedels-metoder som finns, samt hur deras verkan och eventuella biverkningar är. Det ingår i barnmorskans kompetensområde att ge kvinnan råd om preventivmedel och dess verkan. Genom att barnmorskan ger information om eventuella biverkningar och fördelar gällande preventivmedel kan denne hjälpa till att förebygga reproduktiv ohälsa (Socialstyrelsen, 2006).

Enligt Läkemedelsverket (2014) är just en negativ påverkan på humör och libido den vanligaste biverkningen som kvinnor uppger vad gäller hormonella metoder. Dock är det viktigt att se på om det är andra orsaker som påverkar kvinnans förändring av humör eller depression, kanske är det inte de hormonella preventivmedlen enkom som är orsaken till besvären? Det bör nämnas att det i motsats till detta också finns de kvinnor som, av kombinerade hormonella metoder, upplever förbättrat humör, vilket tyder på att det är betydelsefullt att låta kvinnor berätta om sin upplevelse av hälsa i relation till preventivmedel. Kvinnans upplevelse bör tas på allvar och vårdandet bör formas därefter.

Kan det vara så att kvinnorna i föreliggande studie påverkas av hela sin livssituation och att det därmed är svårt att avgöra om det verkligen är hormoner som påverkar den reproduktiva hälsan negativt? Troligen både ja och nej, vilket är ett ytterligare bevis på att det är viktigt att låta kvinnans berättelse forma vården, att kvinnans subjektiva upplevelse måste vara det centrala. Att vara småbarnsförälder är i sig något som kan medföra att kvinnan känner sig både mentalt och fysiskt trött, vilket därmed kan inverka på hennes humör. Idag ställer många kvinnor orimliga krav på sig själva vad gäller träning, inredning, karriär och barnuppfostran vilket ökar risken för negativ stress och därmed upplevelsen av ohälsa. Genom att noga samtala med kvinnorna om deras aktuella livssituation och identifiera orsaker vilka kan inverka på sinnesstämning, kan barnmorskan hjälpa dem att förbättra sin upplevda hälsa.

Det är viktigt att prata med kvinnan om detta vid preventivmedelsrådgivningen, likaså gå igenom de olika metoder av preventivmedel som finns och guida kvinnan i hennes val att hitta det som passar bäst för just henne beroende på var i livscykel hon befinner sig och vad som passar just hennes kropp bäst. Detta kan bidra till en förbättrad upplevd hälsa för kvinnan.

Kvinnorna i föreliggande studie accepterar negativa följder av preventivmedel, likaså accepteras konsekvenser av en fungerande reproduktivitet, såsom kroppsliga förändringar efter en graviditet. Barnafödande tycks möjliggöra för kvinnor att känna sig nöjda med sina kroppar även om ett missnöje kan skymtas. De kroppsliga förändringar som uppstår efter barnafödandet kan medföra att kvinnan inte är helt nöjd med sin kropp men ändå känner en acceptans till den. Enligt en studie av Walker & Wilging (2000, ss 229-236) kan det ta det upp till ett år efter partus för kvinnor att återigen känna sig som de gjorde innan graviditeten. Att ha kvar överflödiga kilon från graviditeten kan påverka att de känner sig deprimerade den första tiden postpartum samt att kvinnorna under den perioden inte är lika nöjda med sin kropp som innan de blev gravida.

Kvinnorna i föreliggande studie har alla barn äldre än ett år, vilket eventuellt kan förklara varför acceptansen gentemot den egna kroppen upplevdes större än i ovanstående studie. I en studie av Jordan, Capdevila & Johnsson (2005, ss 29-31) framkommer att de deltagande kvinnorna inte kan tänka sig ett liv utan sina barn och att barnen är det viktigaste i deras liv. Även om barnen kommer i främsta rummet så var möjligheten att ha tid över till sig själv och att göra något på egen hand något kvinnorna önskade. Hur kroppen ser ut och vad deras kroppsvikt är anses inte spela någon större roll i sammanhanget, då andra faktorer ansågs vara mer viktiga, såsom familjen och stödet från partnern. Kvinnorna uttrycker att den egna kroppen inte är som innan graviditeten och att de inte är nöjda med hur de känner sig eller ser ut, men känslan av lycka överväger detta. Detta kan förklara och stärka det som kvinnorna i föreliggande studie uppger, nämligen att kroppens förändring är något som kvinnan får acceptera. Familjen och barnen sätts i främsta rummet. Betyder det då att kvinnans egen hälsa får stå tillbaka? Kvinnan ser sig själv som mindre viktig i förhållande till barn och familj och gör då ett aktivt val genom att marginalisera sin egen kropp och dess funktioner vare sig de fungerar eller är sviktande.

När kroppen inte fungerar såsom det av kvinnan är tänkt, upplevs en känsla av misslyckande och skuld. Detta visar sig vid amningssvårigheter, svårigheter att bli gravid, cellförändringar eller vid havandeskapsförgiftning.

Vid situationer med svikande kroppsliga funktioner, såsom amningssvårigheter, upplever kvinnorna i föreliggande studie att det skapas känslor av misslyckande och skuld, till stor del i samband med vårdkontakt och påverkas således av hur personalen bemöter kvinnan. Palmér (2015, ss 48-49) beskriver amningen som en existentiell utmaning för kvinnan. Hon ska förstå barnet och dess behov och samtidigt möta och förstå sina egna tankar och behov. Om kroppen inte fungerar som förväntat utan upplevs svika kvinnan, uppstår tvivel, osäkerhet och en känsla av misslyckande, vilket leder till reproduktiv ohälsa. Kvinnan kan då uppleva svårigheter med att identifiera sig i sin nya roll som mamma. Moderskapet och kvinnligheten ställs på sin spets. Förväntningarna, både från henne själv, barnet och omgivningen, upplevs övermäktiga. Övergången till moderskapet är en omtumlade fas i livet och kvinnorna behöver stöd i den processen, både från familj och från professionella vårdare. Hur amningen upplevs av kvinnan och hur konsekvenserna av amningen blir, påverkas betydligt av vilken typ av vård kvinnan erhåller. Varje kvinna måste ses individuellt och stärkas utifrån sina egna unika amningsbehov/möjligheter.

Kvinnorna i föreliggande studie upplever ett bristande stöd från sjukvårdspersonalen i samband med amning. Palmér (2015 s. 56) påtalar i sin avhandling vikten av att alltid stödja kvinnan i hennes situation; oavsett om kvinnan i fråga vill amma eller ej ska hon stärkas i sin roll som mamma och uppmuntras till försoning med sin kropp. Gleeson, Flowers & Fenwick (2014, ss 219-227) beskriver i sin studie hur de deltagande kvinnorna vill att barnmorskorna de möter i amningssituationer ska vara; lyssnande, iakttagande, förklarande, demonstrerande och uppmuntrande. Det är viktigt att barnmorskorna sitter ner med kvinnorna och tydligt visar att kvinnan är det centrala i vårdandet, att det finns tid avsatt för just henne.

Kvinnor med sviktande kroppsliga funktioner upplever en ohälsa i och med en känsla av okvinnlighet, utanförskap och orättvisa. Johansson (2010, s 222) beskriver hur kvinnligheten ofta är förknippad med förmågan till reproduktion. Det är viktigt att personalen som möter dessa kvinnor uppträder med etisk professionalitet och stödjer och stärker kvinnorna på ett adekvat sätt. Trygghet och gemenskap kan bidra till att kvinnan kan acceptera sin situation och försonas med sin, ur hennes synvinkel, felande kropp (Palmér 2015, s 36). En grundläggande kunskap för vårdaren är, enligt Johansson (2010, s 231), att kunna möta en lidande människa, ge denna tid och utrymme för sitt lidande och att erbjuda gemenskap. Detta påvisas också i föreliggande studie där kvinnorna med sviktande kroppsliga funktioner uttrycker ett behov av stöd från vården och hur betydelsefullt det har varit då det har förekommit på ett fullgott sätt. Även Berg & Lundgren (2010, s 241) påtalar vikten av att möta ett lidande med en öppenhet för att kvinnan i fråga ska få känna sig sedd och bekräftad.

En studie av Tan, Hahn, Benson, Janssen, Dietz, Kimmig, Hesse-Hussain, Mann, Schedlowski, Arck & Elsenbruch (2008, ss 2064-2071) där kvinnor med reproduktionssvårigheter till följd av sjukdom deltog, påvisar att majoriteten av kvinnorna är oroliga för eventuella reproduktionsbesvär till följd av sina fysiska besvär. Kvinnorna skattar lägre livskvalitet än kvinnor utan sjukdomen, och den känslomässiga stressen beskrivs högre. Likaså skattar kvinnorna sin önskan efter barn högre än kvinnorna utan sjukdomen, och tiden som går utan att kvinnan blir gravid påverkar hennes livskvalitet till det sämre. Detta framkommer också i föreliggande studie där kvinnorna med reproduktionssvårigheter till följd av sjukdom berättar om den påfrestande kampen för att få en fungerande reproduktion och hur det således påverkar hennes upplevelse av reproduktiv hälsa. Att inte känna sig normal och att ständigt jämföra sig med andra, reproduktivt fungerande kvinnor, påverkar hela kvinnans livssituation till det negativa.

Johansson (2010, s 231) påtalar vikten av vårdrelationen som grund för att kunna stärka tilliten till den egna förmågan att manövrera sin livssituation. I föreliggande studie framkom det att kvinnorna hade önskat en mer stödjande roll från vårdpersonalen då de kroppsliga funktionerna inte fungerade fullt ut. De upplevde att personalen i flera fall hade varit dömande och att de känt sig förminskade efter mötet. Berg & Lundgren (2010, s 240) påtalar vikten av att stödja det unika hos varje kvinna för att på så sätt stärka kvinnans egna inre resurser. Vårdrelationen behöver bygga på ett förtroende där vårdaren ska vara en kunskapsmässigt väl förankrad och respektfull följeslagare till kvinnan.

## **Slutsats**

Den kvinnliga kroppens funktioner har betydelse för upplevelsen av reproduktiv hälsa genom att kvinnan känner en ökad kvinnlighet och känner sig styrkt som kvinna när funktionerna fungerar såsom hon själv önskar.

I de fall där kroppens reproduktiva funktioner sviker eller inte fungerar fullt ut, innebär det en upplevelse av reproduktiv ohälsa. Kvinnans fysiska och mentala status påverkar upplevelsen av reproduktiv hälsa, likaså omgivningen och vilka normer som anses gällande i samhället.

Kroppen och dess funktioner är alltid med kvinnan som en följeslagare, och påverkar henne i hennes livsvärld oavsett om kroppen fungerar som förväntat eller inte, varför det är angeläget att hjälpa kvinnan på bästa möjliga sätt för att hon ska få uppleva reproduktiv hälsa. Reproductiv hälsa låter sig inte alltid definieras så lätt eftersom det alltid är en subjektiv upplevelse av den egna kroppen och dess betydelse.

Föreliggande studie visar att det finns behov av ytterligare studier inom området för att bättre förstå kvinnors tankar och känslor om och för sina kroppar, och för att på så sätt finna lämpliga verktyg för att hjälpa kvinnor där oförmågor och svikande funktioner påverkar upplevelsen av reproduktiv hälsa och verkar begränsande i kvinnans livsvärld.

## **Kliniska implikationer**

Resultatet i föreliggande studie visar att det finns flera områden som behöver förbättras som ett led i att hjälpa kvinnor uppleva förbättrad reproduktiv hälsa. Områden där kvinnorna upplever reproduktiv ohälsa handlar om menstruation, preventivmedel och kroppslig oförmåga så som amningssvårigheter, infertilitet samt bemötande från vårdpersonal.

Berörd vårdpersonal måste, på ett professionellt och etiskt sätt, stödja och stärka kvinnorna där de kroppsliga funktionerna sviker och reproduktiv ohälsa upplevs. Det måste finnas strategier för att möta upp dessa kvinnor innan ohälsan blir dem övermäktig, både ur ett livsvärlds-, hållbar utveckling och ett socioekonomiskt perspektiv.

Gällande preventivmedel önskar kvinnorna i föreliggande studie bättre information angående vilka preventivmedel som finns att tillgå samt dess eventuella biverkningar. Detta är viktigt att få ut i verksamheten då såpass många upplever detta område som problematiskt och en källa till reproduktiv ohälsa, samtidigt som det också kan bidra till upplevelse av reproduktiv hälsa.

Det är också nödvändigt att vårdpersonal pratar mer om menstruation och vilka eventuella besvär kvinnan kan ha i samband med detta och fundera över hur dessa kvinnor som upplever reproduktiv ohälsa kan hjälpas på bästa sätt för att istället uppleva reproduktiv hälsa.

Situationer då kroppen inte fungerar såsom kvinnan själv önskar, både då det handlar om sviktande reproduktiva funktioner och om sjukdomar som påverkar det reproduktiva systemet, upplever kvinnorna som källor till ohälsa.

Vården har generellt sett ett omfattande arbete framför sig i att kunna möta, hjälpa och stärka dessa kvinnor så att de, sett ur ett livscykelperspektiv, får uppleva reproduktiv hälsa.

Resultatet av föreliggande studie visar att reproduktiv ohälsa bör vara ett prioriterat område, samt att det finns stort behov av ytterligare studier inom området Sexuell och Reproduktiv Hälsa.

## REFERENSER

Ahlbeck-Rehn, J. & Oinas, E. (2007). Blod, fläsk och performativitet - kropp och hälsa i feministisk forskning. Ahlbeck-Rehn, J. & Oinas, E. (red.) *Kvinnor, kropp och hälsa*. Pozkal: Studentlitteratur, ss. 11-44.

Ahlbeck-Rehn, J. (2007). Irrationalitet och fara - kring menstruationens medicinska diskurs vid 1900-talets början. Ahlbeck-Rehn, J. & Oinas, E. (red.) *Kvinnor, kropp och hälsa*. Pozkal: Studentlitteratur, ss. 45-64.

Barnmorskeförbundet (2016). Den internationella etiska koden för barnmorskor. <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf> [2016-11-22]

Barnmorskeförbundet (2016). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Berg, M. & Lundgren, I. (2010). Att vårda vid barnafödande är att stödja och stärka. Berg, M. & Lundgren, I. (red) *Att stödja och stärka - Vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur, ss. 237-241.

Brantelid, I.E., Nilvér, H. & Alehagen, S. (2014). Menstruation During a Lifespan: A Qualitative Study of Women's Experiences. *Health Care for Women International*. 35:6, 600-616, DOI: 10.1080/07399332.2013.868465

Chrisler, J C., Marván, M L., Gorman, J A & Rossini, M (2014). Body appreciation and attitudes towards menstruation. *Body Image*, 12 (2015) ss. 78-81.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

De Beauvoir, S. (1949) *Det andra könet*. Stockholm; Norstedts.

Edwards, M. (2009). Hysteria. *The Lancet*. Volym 374. Issue 9702. Nov 14. s 1669 [http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1016/S0140-6736\(09\)61979-6](http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1016/S0140-6736(09)61979-6)

Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), ss. 107-115.

Folkhälsomyndigheten (2010). *Målområde 8- Sexualitet och reproduktiv hälsa- Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12538/R2011-02-Sexualitet-och-reproduktiv-halsa.pdf> [2016-10-11]

Gingnell, M., Engman, J., Frick, A., Moby, L., Wikström, J., Fredrikson, M. & Sundström-Poromaa, I. (2012). Oral contraceptive use changes brain activity and mood in women with previous negative affect on the pill - A double-blinded, placebo-controlled randomized trial of a levonorgestrel-containing combined oral contraceptive. *Psychoneuroendocrinology*. Volume 38, Issue 7, Pages 1133-1144. doi.org/10.1016/j.psyeneuen.2012.11.006

Gleeson, D., Flowers, K. & Fenwick, J. (2014). Midwives' Time and Presence: A Key Factor in Facilitating Breastfeeding Support for New Mothers. *International Journal of Childbirth*. Volume 4, Issue 4. Ss. 219- 227. doi; 10.1891/2156-5287.4.4.219

Goodman, B. (2015). Simone de Beauvoir: A woman's place in nursing? *Nurse Education Today*. 35 (2015) ss.729-730.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.04.001>

Heinämaa, S. (1998). Kvinna - natur, produkt, stil? En omprövning av den feministiska vetenskapsfilosofins grunder. Ss. 33-48.  
<http://ub016045.ub.gu.se/ojs/index.php/tgv/article/viewFile/2129/1891>

Hodgkinson, E., Smith, D & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:330. doi: 10.1186/1471-2393-14-330

Inspektionen för vård och omsorg. (2015). Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2014.  
<http://access.edita.se/optimaker//interface//stream/mabstream.asp?filetype=1&orderlistmainid=18423&printfileid=18423&filex=28198595568762> [2016-10-11]

Instagram (2016) <http://www.instagram.com>

International Confederation of Midwives. (2014). International Code of Ethics for Midwives.  
[http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf) [2016-10-11]

Johansson, M. (2010). Vårdande vid infertilitetsproblem. Berg, M. & Lundgren, I. (red) *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande*. Studentlitteratur: Lund, Kap 11, ss. 221- 235.

Johnston- Robledo. I., Sheffield. K, Voigt. J & Wilcox-Constantine. J. (2008). Reproductive shame: Self-objectification and young women's attitudes towards their reproductive functioning. *Women & Health*, 46:1, ss. 25-39.

Jordan, K., Capdevila, R., Johnson, S.(2005). Baby or beauty: a Q study into post pregnancy body image. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 23:1, february 2005, ss. 19-31.  
<http://dx.doi.org/10.1080/02646830512331330965>

Kvale S & Brinkmann S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund.

Lindblom, B., Murby, L., Zotterman, C., Thorsell, P & Ahlberg, T. (2012). Kvinnors upplevelse av hur underliv och samliv förändrats efter barnafödande. *Vård i Norden*, 3/2012. No 105. Vol. 32. No. 1, ss. 13-19.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 187-201.

Läkemedelsverket (2014). Information från läkemedelsverket - Antikonception-behandlingsrekommendation.  
[https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/2014/Information fran Lakemedelsverket nr 2 2014.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/publikationer/information-fran-lakemedelsverket/2014/Information%20fr%C3%A5n%20Lakemedelsverket%20nr%202%202014.pdf)  
[2016-10-11]

Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M.P. & Ricciardelli, L.A. (2010). Body Image and Self-esteem across age and gender: a short-term longitudinal study. *Sex Roles*, 2010:63, ss. 672-681.

Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci*, 19, ss. 381-387.

Palmér, L. (2015) Dis. Amning och Existens - Moderskap, sårbarhet och ömsesidigt beroende vid inledande amning. Linnaeus University Dissertations. No 220/2015. ISBN: 978-91-87925-46-7.

Schooler, D., Ward, M.L., Merriwether, A & Caruthers, A.S. (2010). Cycles of shame: Mestrual shame, body shame and sexual decision-making. *The Journal of Sex Research*, 42:4, ss. 324-334.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.  
[http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)

Socialstyrelsen (2006). Kompetensbeskrivning för barnmorska.  
[http://sahlgrenska.gu.se/digitalAssets/1540/1540251\\_kompetensbeskrivning.pdf](http://sahlgrenska.gu.se/digitalAssets/1540/1540251_kompetensbeskrivning.pdf) [2016-09-15]

Socialstyrelsen (2014). Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19564/2014-10-26.pdf>  
[2016-10-11] s. 11.

Socialstyrelsen (2016). Termbanken.



<http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=64> [2016-11-17]

Tan, S., Hahn, S., Benson, S., Janssen, O.E., Dietz, T., Kimmig, R., Hesse-Hussain, J., Mann, K., Schedlowski, M., Arck, P.C. & Elsenbruch, S. (2008). Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*. Vol.23, No.9 pp 2064-2071. doi: 10.1093/humrep/den227

Tasca, C., Rapetti, M., Carta, M.G. & Fadda, B. (2012). Women and hysteria in the history of mental health. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2012, 8, ss. 110-119.

Todres, L & Galvin, K. (2005). Pursuing Both Breadth and Depth in Qualitative Research: Illustrated by a Study of the Experience of Intimate Caring for a Loved One With Alzheimer's Disease. *International Journal of Qualitative Methods*. 4 (2), ss. 1-11.

Walker, L & Wilging, S. (2000). Rediscovering the "M" in "MHC": Maternal Health Promotion After Childbirth. *JOGNN*, 2000 May-Jun; 29(3):229-36.

Watson, J. (1993) *En teori för omvårdnad – Omvårdnad och humanvetenskap*. Studentlitteratur: Lund.

Westlund, J. (2007).. Hur får en kvinnokropp se ut? Om kön och kroppslighet i spåren av bröstcancer. Ahlbeck-Rehn, J. & Oinas, E. (red.) *Kvinnor, kropp och hälsa*. Pozkal: Studentlitteratur. ss. 93-118.

World Health Organization (2009). Woman and health. Today's evidence and Tomorrow's agenda.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44168/1/9789241563857\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44168/1/9789241563857_eng.pdf) [2016-11-22]

World Health Organization (2016a). Defining sexual health.

[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/) [2016-11-17]

World Health Organization (2016b). Reproductive health.

[http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/) [2016-11-17]

World Health Organization (2016c). Sexual and reproductive health.

[http://www.who.int/reproductivehealth/about\\_us/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/en/) [2016-10-11]

Öberg, P & Tornstam, L. (1999). Body images among men and women of different age. *Ageing and Society*, 1999:19, ss. 629-644.