

---

# Psykologiska aspekter på reproduktiv hälsa – en översikt

RIIKKA AIRO OCH NINA TORKLER

---

Reproduktion är ett grundläggande mänskligt behov, men ändå överväger allt fler noggrant om de vill skaffa barn eller inte och om de har möjlighet till det. Upplevelser kring reproduktiv hälsa och de betydelser som läggs in i upplevelserna formar den individuella relationen till reproduction och de känslor som reproduction väcker. I vår artikel diskuterar vi de vanligaste psykiska utmaningarna i samband med reproduction och lyfter fram viktiga perspektiv på att utveckla stöd, behandling och utbildning inom vården.

Ofrivillig barnlöshet är en av de största psykiska kriserna inom området reproduction, som belastar både individer och relationer. De senaste åren har ofrivillig barnlöshet och dess behandlingar ökat stadigt. Fertilitetsbehandlingar kan erbjuda hopp, men är ofta fysiskt och känslomässigt påfrestande. Graviditet kan framkalla känslor av både glädje och oro. Samtidigt kan graviditet och kommande föräldraskap aktivera tidigare traumatiska interaktionsupplevelser, förlossningen kan vara skrämmande och föräldraskapet är förknippat med många motstridiga känslor. Perinatale förluster, såsom missfall och fosterdöd, är psykiskt traumatiska och sorgen i samband med dem påverkar hela familjen. Också affektiva problem, såsom ångest och depression, under graviditeten och efter förlossningen kan påverka hela familjens välbefinnande, och därför bör hela familjen vara med i behandlingen.

Att öka insikten bland vårdpersonal och att ge snabbt och rätt inriktat stöd är väsentligt. Insatser för att främja medvetenheten om fertilitet, identifiera och snabbt reagera på psykiska problem samt stödja parförhållanden och familjer i olika stadier kan förebygga psykisk ohälsa och främja familjens välbefinnande. Mer resurser och ett traumainriktat förhållningssätt behövs för att stödja individers och familjers övergripande välbefinnande. Det är viktigt att öka utbildningen om olika stötestenar inom reproduktiv hälsa så att fler får hjälp och stöd i tid och med rätt inriktning

## Psykiska utmaningar inom reproduktiv hälsa

Den minskande nativiteten i västländerna ger anledning till stor oro. Reproduction är ett grundläggande mänskligt behov, men ändå överväger allt fler noggrant om de vill skaffa barn eller inte och om de har möjlighet till det. Var och en har sitt individuella förhållande till sin reproduction med tillhörande utmaningar eller möjligheter, utgående från sina upplevelser och de betydelser personen ger dem. De känslor som den reproduktiva hälsan ger upphov till är ofta starka och djupa.

Jaffe och Diamond (1) har utvecklat konceptet ”reproductive story” (i fortsättningen ”den reproduktiva berättelsen”). Den reproduktiva berättelsen avser varje individs unika upplevelse av sin egen reproduktiva historia.

### SKRIBENTERNA

**Riikka Airo**, psyk.lic., specialistpsykolog, psykoterapeut, Terapiatalo Tunnetila, Helsingfors

**Nina Torkler**, psykiatrisk sjukskötare, psykoterapeut-utbildare, Terapiatalo Tunnetila, Helsingfors

Den kan innefatta de interaktionella uppfattningar och kroppsliga upplevelser som byggs upp i tidiga mänskliga relationer, den första menstruationen eller ejakulationen, den sexuella historien, önskan om graviditet, eventuella fertilitetssvårigheter, perinatale förluster, graviditeter, förlossningar, klimakteriet och slutet på det fertila stadiet. Dessa reproduktiva upplevelser är en betydande del

---

av människans livshistoria. Den reproduktiva berättelsen börjar byggas upp redan i barndomen, i tidiga relationer och upplevelser, och formas under hela livet.

Med "reproduktivt trauma" beskriver Jaffe (2) traumatiska händelser relaterade till reproduktion, exempelvis sexuella övergrepp, infertilitet, oplanerade graviditeter, aborter eller missfall. Reproduktiva upplevelser är aldrig bara fysiska, utan de är starkt känslomässiga och även kulturellt färgade. Det är viktigt att öka medvetenheten bland vårdpersonal om de psykiska svårigheter som kan förknippas med reproduktiv hälsa och om hur man kan möta och stödja människor med en traumatiserad reproduktiv berättelse. I vår artikel sammanställer vi de vanligaste psykiska svårigheterna i samband med reproduktion och lyfter fram viktiga aspekter på stöd och behandling samt utbildning inom vården.

## 1. Barnlöshet

Ungefär en femtedel av de finländare som har en önskan om att få barn möter problem med infertilitet (3). Denna väg kan ibland sluta i permanent infertilitet, vilket innebär att inga barn föds i familjen. Att ge upp önskan om barn är en djupgående och mångfacetterad livskris som följer den drabbade genom livets olika skeden, med allt vad det innebär av förlust, sorg, anpassning och sökande efter en ny mening med livet.

Också om ett barn föds som resultat av behandlingar, försvinner sorgen över infertilitet inte automatiskt med föräldraskapet. Den upplevda behandlingsperioden har en långsiktig inverkan på föräldrarnas identitet, sexualitet och parförhållande (4). Parförhållandet kan också stärkas till följd av den gemensamt upplevda krisen (5). En genomgången period av infertilitet påverkar den efterföljande graviditeten och föräldraskapet, vilket ofta ökar den allmänna psykiska belastningen och framför allt oron för att förlora barnet (6).

Barnlöshet i sig är ofta förknippad med mycket svåra känslor, såsom skam, skuld, bitterhet och till och med hat, känslor som det kan vara svårt att tala öppet om. Detta kan leda till social isolering (7). Barnlösheten kan också ge sig till känna i senare skeden av livet, och till exempel barnbarnslöshet kan på nytt lyfta fram känslor som tidigare har bearbetats. Det finns fortfarande knappt några forskningsdata alls om upplevelsen av att inte ha barnbarn.

En form av barnlöshet är social barnlöshet, det vill säga avsaknad av partner eller

divergerande önskemål om barn i ett parförhållande, där den ena partnern vill ha barn och den andra inte. Önskemål som går isär kan påverka kommunikationen, förtroendet och den känslomässiga kontakten inom parförhållandet. Ofta känner sig en person som vill ha barn låst i en situation där hens biologiska eller emotionella behov inte tillgodoses, medan en person som inte vill ha barn kan känna skuld över att inte kunna uppfylla sin partners önskemål. Särskilt i huvudstadsregionen ligger kvinnors och mäns önskemål om antalet barn i dagsläget långt ifrån varandra: 62 procent av männen planerade i en studie inte att skaffa barn eller kunde inte ta ställning, medan motsvarande siffra för kvinnor var 45 procent (8). Partnern som vill ha barn kan uppleva djup besvikelse och frustration, medan partnern som inte vill ha barn kan känna skuld.

## 2. Belastande fertilitetsbehandlingar

Något som är mindre undersökt, men upplevelsemässigt betydelsefullt, är den emotionella börda som orsakas av långa fertilitetsbehandlingar, även om önskan om barn i slutändan uppfylls (9). Fertilitetsbehandlingar, såsom provrörsbefruktning (IVF), är fysiskt och emotionellt mycket krävande (10) och behandlingsperioden kan pågå i flera år. Osäkerheten kring behandlingar och växlingen mellan hopp och besvikelse är mycket tung. Vardera partnern i ett parförhållande upplever och hanterar infertiliteten på sitt eget sätt. Processen kan föra parterna närmare varandra om de stödjer varandra och delar med sig av sina känslor, men det kan också orsaka spänningar och fjärma parterna från varandra, om de har svårt att tala om känslor eller om förväntningarna inte sammanfaller. En person som ensam försöker få barn kan redan från början ha ett bräckligt socialt nätverk (11). Behandlingsprocessen åtföljs ofta av rädsla för misslyckande och av fysisk belastning, såsom biverkningar av hormoner, smärtsamma ingrepp eller rädsla för injektioner. Behandlingarna är dessutom dyra och för många är det ekonomiska trycket stort.

Behandlingar med donerade celler blir allt vanligare. Vetskapen om att man inte kan använda sina egna könsceller innebär en psykologisk kris för de flesta och för med sig sorg och besvikelse (12). Å andra sidan ger assisterad befruktning med donerade celler också hopp och möjlighet att fortplanta sig, när det inte går att använda sina egna celler.

Vid behandlingar med donerade celler är barnets perspektiv på sitt ursprung centralt, och de blivande föräldrarna genomgår lagstadgad rådgivning hos en psykolog eller psykoterapeut, som betonar barnets rätt att få veta sitt ursprung och informerar om hur man kan ta upp detta med barnet (13). De första barnen som blivit till efter lagen om assisterad befruktning (22.12.2006/1237) fyller 18 nästa år och kan då ta reda på sitt ursprung i Valvira Luoteri-register. Denna donor-linking-process kommer att påverka en stor grupp människor, inte bara de som är födda via donerade celler och deras donatorer. I vårt land håller insikten först nu på att väckas om de mångfacetterade psykologiska perspektiven (14) på kontakten och sökandet efter kontakt mellan donatorer och de som är födda via donerade celler.

### 3. Psykiska utmaningar kring graviditet och förlossning

Även om en graviditet är önskad är det alltid en stor omvälvning i livet för föderskan och familjen, och den åtföljs av många olika, ibland motstridiga känslor. Att vänta och föda ett barn är oftast någonting positivt att se fram emot, men trots det kan perinatalperioden aktivera tidigare traumatiska upplevelser, eller sådana upplevelser kan uppstå i detta livsskede. Många gravida kvinnor upplever vid sidan av glädje och förväntan också ångest och oro över graviditetens förlopp och det kommande föräldraskapet. Det är vanligt att blivande mammor oroar sig för fostrets hälsa, eventuella komplikationer under förlossningen eller hur de ska klara sig som föräldrar (15).

Förlossningen är alltid en stor, fysiskt och psykiskt omstörtande livshändelse, som åtföljs

av djupa känslor och förväntningar. Även om största delen av föderskorna ser förlossningen som en i huvudsak positiv upplevelse (16), är det vanligt att känna spänning under graviditeten och rädsla för förlossningen. I Finland och de övriga nordiska länderna lider uppskattningsvis 6–10 procent av gravida kvinnor av allvarlig förlossningsrädsla (17). Man kan tala om förlossningsrädsla när tankar och föreställningar kring förlossningen avsevärt belastar vardagen och orsakar ångest, som kan yttra sig som både psykiska och fysiska symtom (18).

Under de senaste åren har förlossningsrädsla blivit vanligare, och numera kan tillståndet identifieras och diagnostiseras bättre. Detta är viktigt, eftersom förlossningsrädsla är en av de vanligaste orsakerna till elektiva kejsarsnitt i Finland (19). Stark förlossningsrädsla kan göra det svårt eller rentav omöjligt att förbereda sig för förlossningen och det framtida föräldraskapet och att skapa en anknytningsrelation till barnet (20), vilket i sin tur kan ha negativ inverkan på både graviditeten och det tidiga föräldraskapet, och på lång sikt på hela familjens liv genom tidiga interaktionsmekanismer.

Det finns varierande orsaker på olika nivåer bakom förlossningsrädsla, och det är viktigt att förstå den blivande mammans personliga erfarenheter och bakgrundsfaktorer för att en individanpassad behandling ska lyckas. Flera predisponerande faktorer har identifierats: svår stress och ångest under en graviditet (21) kan ofta göra att förlossningsrädsla utvecklas. Betungande omständigheter såsom ekonomiska och sociala bekymmer kan förvärra situationen. Psykisk sjukdom, särskilt depression, predisponerar också ofta för

#### HUVUDBUDSKAP:

- Det är viktigt att öka medvetenheten bland vårdpersonal om de psykiska svårigheter som kan förknippas med reproduktiv hälsa och om hur man kan möta och stödja människor som är traumatiserade av sina reproduktiva upplevelser.
- Det är lika viktigt att öka en persons medvetenhet om hens reproduktiva hälsa som att informera om preventivmedel.
- Eftersom missfall är vanliga är antalet patienter stort. Följaktligen behövs mer utbildning inom vården också om hur små interventioner ansikte mot ansikte kan främja återhämtning från perinatale förluster.
- Inom hälsovården är det av största vikt att identifiera och ta itu med emotionella problem inom reproduktiv hälsa och med situationer där individen, paret eller familjen behöver information, stöd och behandling samt att nå ut till riskfamiljer som har sårbarhetsfaktorer i sin reproduktiva historia (infertilitet, förluster under graviditet) eller traumatiska upplevelser (sexuellt våld) i tidigare skeden av livet.

---

förlossningsrädsla (22). Risken att utveckla förlossningsrädsla ökar dessutom av tidigare traumatiska upplevelser, såsom upplevelser av våld. (23).

Omfödreskor utgör en särskild grupp, eftersom deras förlossningsrädsla kan utlösas av upplevelser från tidigare förlossningar (22). Förlossningsupplevelsen kan bli traumatisk om det inträffar något oväntat, om barnet eller föderskan råkar i nöd eller till exempel om smärtlindringen misslyckas. Rädsla i samband med förlossningen kan vara resultat av bland annat smärta, rupturer, tidigare ingrepp, rädsla för att tappa kontrollen, skada på sig själv eller barnet, känsla av att bli lämnad ensam och svårigheter att interagera med personalen som sköter förlossningen (24). Det är värt att notera att en födande kvinna kan uppleva en förlossning som traumatisk, även om den sett ur vårdpersonalens perspektiv har förlöpt normalt. En traumatisk förlossning kan alltså öka rädslan för framtida förlossningar och ha negativ inverkan på moderns förmåga att knyta an till sitt barn efter förlossningen.

Vissa kvinnor som upplever en traumatisk förlossning utvecklar PTSD-liknande symtom. Det kan yttra sig som sömnlöshet, ångest, trötthet och en allmänt negativ inställning till moderskapet. Terapeutiskt stöd och adekvat eftervård kan hjälpa till att förbättra återhämtningen efter förlossningen och minska PTSD-symtomen.

#### 4. Perinatale förluster

Att uppleva missfall är inte ovanligt, eftersom cirka 10–15 procent av graviditeterna slutar i missfall. De allra flesta missfallen inträffar i början av graviditeten, före graviditetsvecka 12. Sena missfall, mellan vecka 12 och 22, är mindre vanliga och förekommer i cirka 1–5 procent av graviditeterna (25). Dödfödsel definieras som en förlust som sker efter graviditetsvecka 22, och det förekommer årligen cirka 150 sådana fall i Finland. Även om barnet är önskat kan en graviditet sluta med avsiktlig abort, till exempel på grund av en allvarlig sjukdom eller abnormitet hos fostret. Ett sådant beslut kan vara lika psykiskt betungande för föräldrarna som en oavsiktlig förlust och det kan vara förenat med starka skuldkänslor, eftersom det slutliga beslutet måste fattas av föräldrarna själva (26, 27).

Vid en flerbördsgraviditet är förlusten av den ena tvillingen en extra motstridig situation emotionellt sett för föräldrarna. Den blivande mamman kan vara tvungen att bära

en levande och en död bebis i livmodern samtidigt, vilket i sig är mycket krävande och tär på krafterna. Samtidigt som föräldrarna efter förlossningen gläds över den nyfödda, måste de gå igenom sorgen över förlusten av den andra bebisen, vilket kan göra det svårt att bilda en anknytningsrelation med det levande barnet och öka risken för psykiska problem (28).

Perinatale förluster, såsom missfall och dödfödsel, är traumatiska upplevelser för föräldrarna, men den emotionella bördan av förlusten har inget klart samband med antalet graviditetsveckor. Sorgen över ett missfall kan vara lika traumatisk som förluster under senare veckor. Särskilt återkommande missfall, förluster under sista trimestern och tidigare sårbarhetsfaktorer hos den blivande mamman rapporteras vara riskfaktorer för förstämningssyndrom (29).

Eftersom en graviditet i ett tidigt stadium kanske inte har avslöjats för utomstående, kan det vara svårt för föräldrarna att dela med sig av sina erfarenheter och sina känslor, och paret kan bli tvungna att hantera sorgen sinsemellan. Vid dödfödsel förblir också föräldrarnas sorg och anknytning till bebisen privat, eftersom familjens närstående aldrig har träffat bebisen. Många föräldrar som har upplevt missfall eller dödfödsel beskriver att de lämnas ensamma med sina känslor. Det kan vara överraskande hur intensiva de negativa känslorna är (ilska, svartsjuka, orättvisa och självföreläelser), och det kan upplevas som särskilt svårt att möta gravida kvinnor och nyfödda barn. Närstående kan vara osäkra på hur de ska bemöta den sörjande och de kanske undviker ämnet eftersom det kan kännas för plågsamt eller intimt. För föräldrar som har upplevt förlust kan kamratstöd vara till hjälp med att dela svåra erfarenheter och att gå igenom sorgprocessen i sin egen takt.

Posttraumatiska stressymtom, depression, ångest och ökad oro har rapporterats efter missfall och de kan fortsätta i flera år (29). De flesta par upplever betungande oro och rädsla vid efterföljande graviditeter efter missfall eller dödfödsel (30). Obehandlad förlust kan göra det svårt för mamman att knyta an till barnet vid nästa graviditet (31). Därför är det viktigt att identifiera och hantera förlusten för att stödja anknytningen vid efterföljande graviditeter (32).

Förlusten av en bebis eller ett barn förändrar en förälders uppfattning om sig själv och tvingar hen att omdefiniera sin identitet till att omfatta föräldrskapet för det avlidna barnet.

---

Detta kan vara särskilt svårt för dem som har förlorat sitt förstfödda barn. I en studie av Haikonen (33) beskrev föräldrar som upplevt dödfödsel hur det var svårt att bygga upp en ny identitet efter förlusten. Steget mot att bli barnlös igen kunde kännas som att överge det avlidna barnet och ge upp rollen som förälder. Föremål och minnen förknippade med barnet, såsom fotografier, blev mycket meningsfulla eftersom de bidrog till att säkerställa att det förlorade barnet inte glömdes bort (32). Hur den som upplevt en förlust definierar sin roll som förälder till det avlidna barnet och hur barnet integreras i den egna identiteten påverkas inte bara av de egna copingstrategierna utan också av hur det omgivande samhället och vårdpersonalen förhåller sig till personen.

## 5. Abort

En önskad graviditet är en psykiskt påfrestande situation för de flesta. En del av de som söker abort behöver tid och drar nytta av möjligheten att diskutera sin situation med en utomstående yrkesperson innan de fattar sitt beslut. Samtalsstöd kan också behövas efter aborten eftersom de anknytningsrelationerna kan vara betungande, även om kvinnan känner att hon har fattat rätt beslut. De flesta som kommit fram till att göra abort är nöjda med sitt beslut också flera år senare, men samtidigt kan sorgen ligga kvar i bakgrunden under hela livet och dyka upp igen vid efterföljande graviditeter. Det faktum att erfarenheterna ofta består av motstridiga element kan vara förvirrande, och särskilt vårdpersonalen bör vara klar över dessa emotionella synpunkter. När det gäller minderåriga eller upprepade aborter kan det finnas behov av att heltäckande bedöma livssituationen.

När en önskad graviditet måste avbrytas på grund av en avvikelse hos fostret är situationen särskilt svår för föräldrarna. I sådana fall måste beslutet att avbryta graviditeten ofta fattas snabbt och kanske med begränsad information. Situationen kan liknas vid en plötslig förlust av en nära anhörig, och posttraumatiska stressreaktioner är vanliga (34). Efter en abort på fosterindikation är det viktigt att erbjuda föräldrarna möjlighet att se och ta farväl av fostret om de så önskar. Möjligheten att ta farväl gör förlusten konkret och kan på så sätt hjälpa till med den känslomässiga bearbetningen av förlusten (35). Sorgprocessen är ofta långvarig och hela familjen, också syskon, kan behöva stöd för att hantera förlusten.

## 6. Psykiskt välbefinnande efter förlossningen

Trots att spädbarnstiden för de flesta är mycket givande och meningsfull, kan hormonella förändringar, sömnbrist, förlossningens fysiska påfrestande och förändringar i familj och relationer predisponera för psykisk belastning. Förlossningsdepression är rätt vanlig, och hela 10–20 procent av de nyblivna mammorna upplever symtom på depression eller ångest efter förlossningen. Depressions-symtomen kan börja direkt efter förlossningen eller flera månader senare och kan yttra sig som trötthet, nedstämdhet, ångest, känsla av hopplöshet, tvångstankar och svårigheter att ta hand om barnet (36).

Det är viktigt att skilja ökad känslomässighet, som är ett normalt fenomen, från behandlingskrävande depression. Ökad känslomässighet efter förlossningen hänger samman med tidig kommunikation mellan barnet och mamman. Tidig kommunikation mellan förälder och bebis, där föräldern känner igen bebisens känslor i sig själv, gör att den blivande mamman blir känsligare redan under graviditeten. Efter förlossningen bidrar de hormoner som startar mjölkproduktionen till känsligare sinnesstämning. Denna normala känslighet går över av sig själv när mamman och den nyfödda lär känna varandra och spädbarnsvården blir rutin.

Postpartumpsykos är mer sällsynt och drabbar cirka en av tusen personer. Den börjar ofta rätt snart efter förlossningen. Föderskan kanske inte själv inser sitt tillstånd, och det är därför viktigt att snabbt sätta in behandling. Det är väsentligt att tidigt identifiera och behandla postnatala affektiva symtom, eftersom psykiska problem efter förlossningen annars kan göra det svårt att bygga upp en anknytningsrelation till barnet, vilket kan ha långsiktig inverkan på barnets utveckling och hela familjens välbefinnande.

## Slutsatser

De psykologiska aspekterna på reproduktiv hälsa är alltså mångfacetterade och har ett brett spektrum av konsekvenser under olika livsskedet. Deras konsekvenser sträcker sig från den individuella mentala hälsan till parrelationen, interaktionerna inom familjen och familjens välbefinnande, men också till samhället, exempelvis nativiteten. Den reproduktiva berättelsen binder samman en individs sexuella historia med såväl den

fysiska och den psykiska som den sociala hälsan, samt med individens upplevelser och de tolkningar och betydelser som individen ger dem. Konceptet med den reproduktiva berättelsen kan hjälpa oss att bättre förstå dessa utmaningar på individuell och samhälls- och social nivå, möta de hjälpbehövande och skapa lämpliga behandlingar, vilkas effektivitet det är viktigt att undersöka och utveckla.

Barnlöshet, antingen självvald eller ofrivillig, är ett beaktansvärt fenomen i vårt samhälle, och det behövs mer forskning om saken. I det förebyggande arbetet är det viktigt att öka insikten om fertilitet vid sidan av att ge upplysning om preventivmedel.

Den ökande förekomsten av ofrivillig barnlöshet gör att par söker sig till fertilitetsbehandlingar. Även om många kan få hjälp av behandlingen är upplevelsen av barnlöshet undantagslöst en psykisk kris som, om den drar ut på tiden, avsevärt påverkar välbefinnandet för parterna och inom parförhållandet. I många fall uppmärksammas inte makens behov av stöd, och behandlingen inriktas i huvudsak endast på den blivande mamman och föderskan. De viktigaste faktorerna som förutsäger hur familjen kommer att klara sig är den känslomässiga samhörigheten i relationen och möjligheten att få ömsesidigt stöd för att återhämta sig från de traumatiska upplevelsorna. Fördelarna med par- och familjecentrerade metoder bör således beaktas i större utsträckning bland behandlingsalternativen.

Missfallens betydelse för den psykiska hälsan underskattas ofta, trots att forskningsdata stöder kliniska observationer av sambandet mellan förluster under graviditeten och depressions- och ångestsymtom. Eftersom missfall är vanliga är antalet patienter stort, så det behövs mer utbildning inom vården också om hur små interventioner ansikte mot ansikte kan främja återhämtning från perinatale förluster.

För närvarande är vårdvägarna inom reproduktiv hälsa inte alltid tydliga. Det kan vara väntetid för att få adekvat hjälp vid rätt tidpunkt, vilket försenar hanteringen av den psykiska krisen. Det i sin tur kan leda till långvariga traumatiska symtom och komplicerad sorg.

Inom vården är det av största vikt att identifiera och ta itu med emotionella problem inom reproduktiv hälsa, och med situationer där individen, paret eller familjen behöver information, stöd och behandling. Det vore väsentligt att nå ut till riskfamiljer som har sårbarhetsfaktorer i sin reproduktiva historia

(infertilitet, förluster under graviditet) eller traumatiska upplevelser (sexuellt våld) i tidigare skeden av livet (37). Det behövs därför mera samarbete mellan aktörer från olika områden, utbildning av vårdpersonal i psykiska svårigheter inom reproduktiv hälsa, ett traumamedvetet förhållningssätt och resurser för psykosocial vård. Interventioner under graviditet och spädbarnsålder förebygger generationsöverskridande risker och stödjer säker förberedelse för förlossning och föräldraskap. Med högkvalitativt och rätt riktat psykosocialt stöd kan traumatiska upplevelser av förlust bearbetas så att de integreras i den drabbades livshistoria och inte begränsar familjens välbefinnande.

**Riikka Airo**

**riikka.airo@tunnetila.net**

*Bindningar: gett utbildning i ämnen rörande psykologi inom reproduktiv hälsa 2023, Gideon Richter.*

**Nina Torkler**

**nina.torkler@tunnetila.net**

*Inga bindningar*

## Referenser:

1. Jaffe J och Diamond, MO. When the reproductive story goes awry: Trauma and loss 2011.
2. Jaffe J. Reproductive trauma: Psychotherapy for pregnancy loss and infertility clients from a reproductive story perspective. *Psychotherapy* 2017;54(4):380.
3. [https://www.thl.fi/terveysuomi\\_verkkoraportit/ilmioraportit\\_2023/lapsihaaveet\\_ja\\_lapsettomuus.html](https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/lapsihaaveet_ja_lapsettomuus.html)
4. Allan H, Mounce, G Culley, L van den Akker O och Hudson R. Transition to parenthood after successful non-donor in vitro fertilisation: The effects of infertility and in vitro fertilisation on previously infertile couples' experiences of early parenthood. *Health* 2021;25(4):434–53.
5. Schmidt L. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction—what are the research priorities? *Human fertility* 2009;12(1):14–20.
6. Hammarberg K, Fisher JRW och Wynter KH. Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review, *Human Reproduction Update* 2008;14(5):395–414.
7. Vioreanu AM. The psychological impact of infertility. *Directions for the development of interventions. Mental Health: Global Challenges* 2021;4(1):22–37.
8. Rotkirch A. Synttyvyyden toipuminen ja pitenevä elinikä: Linjauksia 2020-luvun väestöpolitiikalle. 2021.
9. Hadavibavili P, Hamlaci Başkaya Y, Bayazit G och Cevrioğlu AS. Women's emotional roller coasters during pregnancy as a consequence of infertility: a qualitative phenomenological study. *Current Psychology* 2024;1–11.
10. Boivin J, Domar AD, Shapiro DB, Wischmann TH, Fauser BC och Verhaak C. Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Human Reproduction* 2012;27(4):941–50.
11. Cairney J, Boyle M, Offord DR och Racine Y. Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2003;38:442–9.
12. Montagnini HL, Kimati CT, Lorenzon AR, Bonetti TC, Serafini PC, Motta EL och Domingues TS. Psycho-emotional acceptance in couple and single women who choose to undergo IVF treatment with donor eggs. *JBRA Assisted Reproduction* 2023;27(2):259.

13. <https://www.suomi.fi/guider/att-fa-barn/drommen-om-en-barnfamilj/att-bli-foralder-med-donerade-celler>
14. Indekeu A, Prinsen CF och Maas AJB. Lessons from 10 years' experience running the Fiom KID-DNA database, a voluntary DNA-linking register for donor-conceived people and donors in The Netherlands. *Human Fertility* 2023;26(5):1164–72.
15. Weckman J. Raskausajan masennus: altistavia tekijöitä. (Theseus) 2023.
16. Hildingsson I, Karlström A och Larsson B. Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and Birth* 2021;34(3):e255–e261.
17. Vaajala M, Liukkonen R, Ponkilainen V, Mattila VM, Kekki M och Kuitunen I. Birth rate among women with fear of childbirth: a nationwide register-based cohort study in Finland. *Annals of Epidemiology* 2023;79:44–8.
18. Airo R, Saisto T och Rouhe H. Group Intervention to Treat Fear of Childbirth with Psycho-Education and Relaxation Exercises. In *Contemporary Issues in Perinatal Education* (pp. 220–231). Routledge. 2022.
19. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R et al. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG* 2013;120(1):75–84.
20. Hildingsson I och Rubertsson C. Postpartum bonding and association with depressive symptoms and prenatal attachment in women with fear of birth. *BMC pregnancy and childbirth* 2022;22(1):66.
21. Sluijs AM, Wijma K, Cleiren MP, van Lith JM och Wijma B. Preferred and actual mode of delivery in relation to fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2020;41(4):266–74.
22. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E och Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2011;118(9):1104–11.
23. Porthan E, Lindberg M, Härkönen J, Scheinin NM, Karlsson L, Karlsson H och Ekholm E. Childhood trauma and fear of childbirth: findings from a birth cohort study. *Archives of women's mental health* 2023;26(4):523–9.
24. Mäkelä T, Airo R, Tokola M, Saisto T och Rouhe H. Traumaattisesta synnytyksestä toipuminen. *Duodecim* 2021;137(1):72–8.
25. THL 2023 [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/synre/vastasy-sair/summary\\_perinataal](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/synre/vastasy-sair/summary_perinataal)
26. Bradshaw Z och Slade P. The Effects of Included Abortion on Emotional Experiences and Relationships: A Critical Review of the Literature. *Clinical Psychology Review* 2003;23(7):929–58.
27. Korenromp M et al. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201(2):160.e1–7.
28. Druguet M, Nuño L, Rodó C, Arévalo S, Carreras E och Gómez-Benito J. Emotional Effect of the Loss of One or Both Fetuses in a Monochorionic Twin Pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2018;47(2):137–45.
29. Cuenca D. Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Front Glob Womens Health*. 2023 Jan 23;3:1032212. doi: 10.3389/fgwh.2022.1032212. Erratum in: *Front Glob Womens Health*. 2023 Aug 24;4:1266931.
30. Daugirdaitė V, van den Akker O och Purewal S. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *J Pregnancy*. 2015;2015:646345.
31. Feleke BE, Feleke TE, Nigussie AA och Misgan E. The effects of stillbirth and abortion on the next pregnancy: a longitudinal study. *BMC Women's Health* 2021;21:1–8.
32. Caldwell JM, Meredith PJ, Whittingham K, Ziviani J och Wilson, T. Women pregnant after previous perinatal loss: relationships between adult attachment, shame, and prenatal psychological outcomes. *Journal of reproductive and infant psychology* 2024;42(4):653–67.
33. Haikonen P. Vanhemmuus lapsen kuoleman jälkeen. (Theseus). 2016.
34. González-Ramos Z, Zuriguel-Pérez E, Albacar-Riobóo N et al. The emotional responses of women when terminating a pregnancy for medical reasons: A scoping review. *Midwifery* 2021;103():103095
35. Grussmann M, Naderer A, Tordy K et al. Termination of pregnancy for fetal malformation: A traumatic event? A qualitative analysis of women's perception. *Z Psychosom Med Psychother* 2023;69(1):36–55
36. Najman, J. M., Andersen, M. J., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2000). Postnatal depression—myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 19–27.
37. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/49938/URN\\_ISBN\\_978-952-408-402-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/49938/URN_ISBN_978-952-408-402-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## Summary

### *Psychological aspects of reproductive health – a review*

*Reproduction is a fundamental human need, yet many individuals carefully assess their willingness and ability to have children. Experiences related to reproductive health shape one's emotional relationship with reproduction. This article explores common psychological challenges and highlights key perspectives for improving support, care, and healthcare education.*

*Involuntary childlessness is a major psychological crisis, often causing emotional distress. Assisted reproductive technologies offer hope but can be physically and emotionally demanding. Pregnancy, childbirth, and perinatal losses may trigger anxiety, fear, or past trauma. Mood disorders during pregnancy and postpartum significantly affect family well-being, emphasizing the need for comprehensive support.*

*Raising healthcare professionals' awareness, promoting fertility education, and ensuring timely interventions can prevent psychological distress and enhance family well-being. A trauma-informed approach and expanded education are essential for providing appropriate support.*