



Examensarbete, 15 hp.
Kandidatexamen i folkhälsovetenskap
VT 2019

”Att bli mamma är en känslostorm”
En kvalitativ studie om nyblivna
mammors välbefinnande i relation till
föräldraskapet

Nellie Karlsson och Kim Jonsson Lundin

Fakulteten för hälsovetenskap

Författare

Nellie Karlsson och Kim Jonsson Lundin

Titel

”Att bli mamma är en känslostorm” – en kvalitativ studie om nyblivna mammors välbefinnande i relation till föräldraskapet.

Engelsk titel

”**Becoming a mother is a storm of emotions**” – a qualitative study on the well-being of mothers that recently gave birth to a child in relation to parenthood.

Handledare

Åsa Bringsén

Examinator

Atika Khalaf

Sammanfattning

Bakgrunden till denna studien är baserad på tidigare forskning som har hittat specifika riskfaktorer för att utveckla en förlossningsdepression. En förlossningsdepression klassas som den vanligaste komplikationen av en graviditet och förlossning och påverkar välbefinnandet hos både den drabbade och familjen. **Syftet** var att belysa nyblivna mammors upplevelser av välbefinnande i relation till föräldraskapet samt att ta reda på hur dessa mammor tycker att ett förebyggande arbete mot nedstämdhet och förlossningsdepression kan se ut. **Metoden** i studien är en kvalitativ metod i form av två enskilda semistrukturerade intervjuer och tre fokusgruppsintervjuer. Analysmetoden som använts i studien är en kvalitativ innehållsanalys. **Resultatet** visade tre huvudkategorier som var ”yttre riskfaktorer som påverkar mammans välbefinnande”, ”individuella riskfaktorer som påverkar mammans välbefinnande” och ”förebyggande arbete ur mammans perspektiv”. Dessa visade att förväntningar, bristande socialt stöd och bristande information var tre huvudresultat som bidrog till nedstämdhet hos de nyblivna mammorna i studien. **Konklusionen** visar att huvudresultaten spelar stor roll för nyblivna mammors välbefinnande och sjukvården har ett stort ansvar i arbetet kring de nyblivna mammornas välbefinnande. Ämnet behöver mer forskning för det fortsatta preventiva arbetet mot nedstämdhet och förlossningsdepressioner bland nyblivna mammor.

Ämnesord

Förlossningsdepression, nyblivna mammor, hälsa, välbefinnande, folkhälsa, psykisk hälsa, fysisk hälsa, social hälsa, prevention, KASAM.

Author

Nellie Karlsson och Kim Jonsson Lundin

Title

” **Becoming a mother is a storm of emotions**” – a qualitative study on the well-being of mothers that recently gave birth to a child in relation to parenthood.

Supervisor

Åsa Bringsén

Examiner

Atika Khalaf

Abstract

The background to this study is based on former research that has found specific risk factors to develop a postpartum depression. A postpartum depression is classified as the most common complication of a pregnancy and birth and affect the well-being of both the mother and her family. The **purpose** was to investigate the experience of well-being among mothers that recently give birth in relation to parenting and to find out how the mothers think a preventive work against postpartum depression should be. The used **method** is a qualitative method with two individual semi-structured interviews and three focus group interviews. The analytical method used in the study is a qualitative content analysis. The **result** three main categories named “external risk factors that affect the mothers’ well-being”, “individual risk factors that affect the mothers’ well-being” and “preventive work from the mothers’ perspective”. These main categories showed that expectations, lack of support and lack of information were the main results that could affect the mothers’ well-being. The **conclusion** shows that the main results play a major role for the well-being of mothers who recently gave birth and that the healthcare have a major responsibility in the preventive work of the well-being among them. To continue the preventive work against postpartum depression the subject needs further research.

Keywords

Postpartum depression, new mothers, health, well-being, public health, mental health, physical health, social health, prevention, KASAM.

Innehållsförteckning

1. Förord	6
2. Inledning.....	7
3. Litteraturgenomgång	7
3.1 Hälsa, välbefinnande och folkhälsoarbete	8
3.2 Folkhälsovetenskaplig relevans	8
3.3 Förekomst och symptom för förlossningsdepression	9
3.4 Riskfaktorer för förlossningsdepressioner	9
3.5 Sjukvårdens roll.....	11
4. Syfte.....	12
5. Metodval.....	12
5.1 Urval och genomförande.....	13
5.2 Dataanalys - kvalitativ innehållsanalys	14
5.3 Etiska överväganden	14
5.3.1 Informationskravet	14
5.3.2 Samtyckeskravet	15
5.3.3 Konfidentialitetskravet	15
5.3.4 Nyttjandekravet	15
6. Resultat.....	15
6.1 Yttre riskfaktorer som påverkar mammas välbefinnande.....	16
6.1.1 Partnerns roll	16
6.1.2 Egentidens roll för mammas välbefinnande	18
6.1.3 Bristande stöd och information från omgivningen.....	18
6.2 Individuella riskfaktorer som påverkar mammas välbefinnande	19
6.2.1 Kroppsförändring, kroppsuppfattning och självbild	19

6.2.2 Förväntningar som riskfaktor	21
6.2.3 Amning som stressmoment	22
6.3 Förebyggande arbete ur mammans perspektiv	24
6.3.1 Träffar i grupp på BVC	24
6.3.2 Sjukvårdens roll.....	24
6.3.3 Samtalskontakter	25
7. Diskussion	26
7.1 Resultatdiskussion	27
7.2 Metoddiskussion	31
8. Konklusion	33
9. Referenser.....	35
10. Bilaga 1 – Informationsbrev	37
11. Bilaga 2 – Samtyckesblankett	39
12. Bilaga 3 – Intervjuguider.....	40
12.1 Intervjuguide 1 - Frågeområden med öppningsfrågor.....	40
12.2 Intervjuguide 2 - Externa frågor till intervjuguide	40

1. Förord

Eftersom vi själva nyligen har genomgått en graviditet och förlossning samt lever kvar i "bebisbubblan" tyckte vi att just detta ämnet kändes intressant. Vi har även många vänner som är gravida eller som är nyblivna mammor och det finns många upplevelser och tankar gällande den nya föräldrarollen. Vissa mår dåligt, andra inte. Det vi själva och våra vänner reagerade på var bristen på information kring förlossningsdepression samt mammors omedvetenhet kring allt som händer i och utanför kroppen efter en förlossning. Även omedvetenheten kring allt det nya med att bli förälder var förvirrande för både oss och många i vår närhet. Därför tyckte vi att det var intressant att titta närmare på vad detta beror på och vad som kan göras åt det. Då vi är två författare till denna uppsats har vi delat upp vissa delar i arbetet men vi båda har ändå varit mer eller mindre delaktiga i alla de olika delarna. En av de enskilda intervjuerna genomförde Kim på egen hand och även Nellie genomförde en av de enskilda intervjuerna själv. Övriga intervjuer gjordes gemensamt. Vi har träffats ca. en gång i veckan eller via telefon och arbetat med uppsatsen tillsammans. Vi har utöver detta även arbetat på var sitt håll genom Google drive.

Vi vill ge ett särskilt tack till alla deltagare i studien samt till vår handledare som har stöttat oss på vägen!

2019-05-22 Kristianstad

Kim Jonsson Lundin & Nellie Karlsson

2. Inledning

Förlossningsdepression är en typ av psykisk ohälsa som drabbar många nyblivna mammor och som påverkar både mamman och familjen. Individer som känner sig nedstämda, oroliga och stressade i samband med graviditet och förlossning kan lida av en förlossningsdepression (1177, 2017). Några dagar efter förlossningen kan den nyblivna mamman uppleva något som kan kallas för "babyblues". Detta är ett tillstånd där mamman kan känna sig nedstämd och orolig men tillståndet är för de flesta övergående. Efter ett tag bör kvinnan hittat tillbaka till sig själv och till den nya rollen som mamma men för vissa går dessa känslor inte över utan sitter i och blir i vissa fall ännu starkare. Då kallas tillståndet för förlossningsdepression (Stewart & Vigod, 2016). Rasmussen et al. (2017) skriver i sin studie att nästan var åttonde kvinna drabbas av en förlossningsdepression i samband med att de föder barn och att tillståndet leder till att kvinnan känner sig nedstämd och orkeslös. En obehandlad förlossningsdepression kan leda till konsekvenser både för mamman, barnet och för föräldrarnas relation, då mamman kan drabbas av en lång tids depression och barnets utveckling riskerar att hämmas (Rasmussen, et al., 2017). Rasmussen et al. (2017) nämner även att samspelet mellan mamma och barn kan försämrats vid en förlossningsdepression. Eftersom konsekvenserna av en förlossningsdepression inte enbart betyder att kvinnan mår dåligt utan att även familjen och barnet blir drabbade är det viktigt att arbeta förebyggande mot förlossningsdepressioner (Rasmussen et al., 2017). Wynter, Rowe & Fisher (2013) skriver i sin studie att om antalet kvinnor som drabbas av förlossningsdepressioner kan minskas så kan också antalet föräldrar som separerar och antalet barn som får växa upp i två familjer eller med ensamstående föräldrar också minskas. Forskarna skriver även att genom att minska risken för att kvinnan drabbas av en förlossningsdepression kan det förebyggas att barnets utveckling försenas vilket i sin tur ökar hälsan hos barnet (Wynter, Rowe & Fisher, 2013).

Studien skulle kunna användas som grund till fler studier inom ämnet och inom det fortsatta förebyggande arbetet mot förlossningsdepression bland nyblivna mammor. Genom att minska nedstämdheten och risken för att nyblivna mammor drabbas av en förlossningsdepression kan också hälsan i familjerna och hos barnet förhoppningsvis ökas. Denna studie kan bidra till nya idéer när det kommer till fler och bättre hälsofrämjande insatser för att öka nyblivna mammors välbefinnande och på så sätt göra att de inte ska drabbas av förlossningsdepressioner. Den psykiska ohälsan skulle därmed kunna minskas inom denna kategori samtidigt som vårdens resurser skulle kunna läggas på annat.

3. Litteraturgenomgång

Det finns en del tidigare forskning gällande ämnet som studien berör och de delar som till största delen lyfts är de som presenteras nedan under nio olika rubriker. Litteraturgenomgången tar även upp hälsa, välbefinnande och folkhälsovetenskaplig relevans i relation till det valda problemområdet. Slutligen avslutas litteraturgenomgången med en sammanfattning.

3.1 Hälsa, välbefinnande och folkhälsoarbete

WHO (1986) definierar hälsa som “ett tillstånd av fysisk, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning”. Välbefinnande är ett begrepp som finns med i WHO:s definition av hälsa. Begreppet kan kopplas till flera olika betydelser och det finns olika definitioner av begreppet (Seedhouse, 1995). I det stora hela kan välbefinnande delas upp i två delar där psykiskt välbefinnande talar om individers upplevelser av glädje och livstillfredsställelse och där subjektivt välbefinnande talar om individers positiva mentala hälsa (Carlisle & Hanlon, 2007).

Det finns olika sätt att arbeta med hälsofrågor, inom folkhälsan används ofta det patogena och salutogena synsättet. Bauer et al. (2006) beskriver att det patogena synsättet fokuserar på att synliggöra riskfaktorer för ohälsa och arbetet med detta kopplas till preventivt arbete. Prevention talar om att arbeta förebyggande med hälsofrågor för att minska risken för ohälsa. Preventivt arbete kan ske på olika nivåer, primär, sekundär och tertiär. Primär prevention, som kan kopplas till denna studie, talar om att förebygga risker för ohälsa för de individer som ännu inte har upplevt ohälsa och kan ses som den preventionsnivån som är mest lik det salutogena synsättet (Bauer et al., 2006). Bauer et al. (2006) beskriver även att motsatsen till patogenes är salutogenes som istället för riskfaktorer fokuserar på vilka friskfaktorer som behåller eller skapar en god hälsa. Hälsoarbete som utgår från det salutogena perspektivet fokuserar på promotion och som inom ämnet folkhälsovetenskap även kan definieras som hälsofrämjande (Bauer et al., 2006). Miles (2011) nämner att genom att arbeta preventivt med hälsofrågor som rör nyblivna mammors välmående så minimeras riskfaktorerna för förlossningsdepression och därmed kan hälsan ökas.

3.2 Folkhälsovetenskaplig relevans

Det problemområde som studien kommer att undersöka kan kopplas till flera folkhälsopolitiska områden. Det “tidiga livets villkor” är ett målområde som talar om barn och ungas hälsa. Målområdet talar om barn och ungas rättigheter till att växa upp med en omgivning som fungerar som hälsofrämjande och där de ges lika villkor och de bästa förutsättningarna för en god hälsa (Proposition 2017/18:249). Stewart & Vigod, (2016) studie visade att förlossningsdepressioner hos mamman inte enbart påverkar henne utan också hela familjen. Genom att minska risken för att föräldrar drabbas av förlossningsdepressioner kan detta förebygga riskerna som förlossningsdepressioner kan föra med sig till familjerna (Stewart & Vigod, 2016). Det andra valda målområdet är “kontroll, inflytande och delaktighet”. Målområdet talar om att undersöka individernas upplevelser av hälsan och hur de kan kontrollera levnadsvanorna och sin mentala hälsa (Proposition 2017/18:249). En förlossningsdepression påverkar den mentala hälsan och räknas som en form av psykisk ohälsa. I Regeringens och nationell samordnares direktiv (2015:13817) för psykisk hälsa är ett av fokusområdena enskildas delaktighet och rättigheter. Genom att göra mammorna och deras partner mer delaktig i det förebyggande arbetet mot förlossningsdepressioner skulle fler fall av dessa depressioner kunna minska. I Regeringens Proposition 2017/18:249 nämns också målområde “kontroll, inflytande och delaktighet” där känslan kontroll är en viktig faktor för god hälsa. Genom att ge nyblivna mammor och deras familjer rätt information och förbereda dem inför föräldraskapet kan

de ges goda förutsättningar till att hantera sin mentala hälsa och att känna kontroll som nyblivna föräldrar. Det tredje valda målområdet är "en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård". Målområdet talar om vikten av att sjukvården fungerar och arbetar förebyggande med hälsofrågor för att ge individen förutsättningar att skapa en god hälsa (Proposition 2017/18:249). Personal som arbetar i sjukvården är en viktig del i att förebygga förlossningsdepressioner hos nyblivna mammor. Det är de som träffar kvinnan under graviditet, förlossning och som nybliven förälder och som utför EPDS intervjuer för att upptäcka nedstämdhet hos mammorna. De har även ansvaret att informera blivande och nyblivna mammor om förlossningsdepression och symptom på detta och därav är detta målområdet starkt kopplat till vår studie.

3.3 Förekomst och symptom för förlossningsdepression

Rasmussen et al. (2017) skriver i sin studie att nästan var åttonde kvinna får en förlossningsdepression i samband med att de föder barn och att tillståndet leder till att kvinnan känner sig nedstämd och orkeslös. I Sverige drabbas cirka 8–15 procent av alla nyblivna mammor under de första månaderna av föräldraskapet, vilket är cirka 10 000 kvinnor årligen (SBU, 2014). Förlossningsdepression är ett psykiskt tillstånd som drabbar en gravid kvinna eller en nybliven mamma. Tillståndet går att behandla och räknas som en av de vanligaste komplikationerna vid graviditet och förlossningar (Steward & Vigod, 2016).

Pearlstone et al., (2009) skriver i sin studie att symptom för förlossningsdepressioner kan vara många, bland annat: ångest, känslor av otillräcklighet, energiförlust, trötthet, irritation, isolering och beroende är bara några av symtomen som en nybliven mamma med förlossningsdepression kan känna. Symptomen kan kännas olika för olika individer, vissa får mildare symptom än andra och hur symptomen visar sig kan också variera (Pearlstone, et al., 2009).

3.4 Riskfaktorer för förlossningsdepressioner

Lawrence & Blum (2007) nämner att förlossningsdepressioner ofta utvecklas hos dem som redan tidigare upplevt någon form av psykiska ohälsa. Symptomen för en förlossningsdepression kan komma i samband med förlossningen, men också upp till det att barnet är ca 9 månader (Lawrence & Blum, 2007). Pearlstone et al., (2009) nämner också att depressioner under graviditeten, stress kring graviditeten, oplanerad graviditet samt dåligt stöd av partnern och omgivningen har visat sig vara riskfaktorer för förlossningsdepression. Pearlstone et al., (2009) skriver även att känslan av isolering från sociala sammanhang har visat sig kunna bidra till att en nybliven mamma utvecklar en förlossningsdepression. Låga inkomster, förändringar i ekonomin, fysiska besvär samt förändringar kring kroppen har också visat sig påverka kvinnor och deras psykiska hälsa (Pearlstone, et al., 2009). Bilszta et al., (2010) skriver i sin forskning att det är vanligt att kvinnor känner skillnader i förväntningar i hur föräldraskapet skulle bli och hur det blev. Bilszta et al., (2010) menar även att många mammor är rädda för att de inte kan göra allt som de gjort tidigare och att de känner att de tappat kontrollen över sin vardag. Mammorna upplever också att det är svårt att kombinera de förväntningar de har av att bli mamma med de känslor som kommer med den nya föräldrarollen. Bilszta et al. (2010) skriver också i sin studie att kvinnor ofta upplever att det inte accepteras och att de mår

dåligt som nybliven mamma eftersom normerna i samhället ofta ser det som kvinnans ansvar att ta hand om barnen.

Dennis & McQueen (2007) skriver i sin studie att kvinnor som upplever amning som något svårt och något som de oroar sig över är mer benägna att drabbas av förlossningsdepressioner än de kvinnor där amningen fungerar felfritt. Forskarna menar också att kvinnor som upplever någon form av förlossningsdepression tenderar att sluta amma tidigare än andra kvinnor (Dennis & McQueen, 2007). Haga et al., (2012) menar att en fungerande amning är en väldigt viktig del för välbefinnandet hos nyblivna mödrar. Om amningen inte fungerar kan känslan av att inte vara en bra mamma ta över. Denna känslan kan resultera i att den nyblivna mamman känner sig otillräcklig vilket i sin tur kan leda till en förlossningsdepression (Haga et al., 2012). Castro Dias & Figueiredo (2015) skriver om sambandet mellan amning och förlossningsdepressioner. Mammor som slutar amma tidigt för att amningen inte fungerar är mer mottagliga för en depression än hos dem där amningen fungerar felfritt (Castro Dias & Figueiredo, 2015). Castro Dias & Figueiredo (2015) nämner också att kvinnor som upplever en depression under graviditeten ofta slutar amma tidigare än andra mammor.

Att som nybliven mamma känna brist gällande stöd och engagemang från sin partner kan vara vanligt, både vad gäller att ta hand om barnet och ta ansvar för hushållsarbetet. I Negrons et al. (2013) studie har det visat sig att kvinnors känsla av stöd från omgivningen och partnern är viktigt för både den fysiska och känslomässiga återhämtningen efter förlossningen. Partners roll vid både graviditet, förlossning, amningstid och i föräldraskapet har visat sig vara av stor betydelse för mammors hälsa. Studier har visat att om kvinnan har ett bra stöd av mannen under förlossningen minskar detta risken för att kvinnan drabbas av förlossningsdepression (SKL, 2018). Kurths et al (2016) beskriver att partners roll när det kommer till både stödet kring det känslomässiga och det praktiska är viktigt. I de föräldraskap där pappan är engagerad tenderar mamman att må bättre och ha lägre risk för att drabbas av psykisk ohälsa. Men i dessa föräldraskap tenderar även papporna att ha bättre hälsa om de hjälper till i föräldraskapet (SKL, 2018).

Gao et al. (2010) nämner att en negativ kroppsuppfattning är vanligt hos nyblivna mammor. Att mammorna känner sig mindre attraktiva samt oro kring kroppsförändringar samt känslomässiga förändringar kan skapa en dålig självbild hos nyblivna mödrar (Gao, et al., 2010). I Hodgkinson, Smith, & Wittkowskis (2014) studie nämns vikten av att hälso- och sjukvården lyssnar på kvinnan om hennes mående kring de kroppsförändringar hon fått för att hjälpa henne vidare med självbilden och den fysiska funktionen (Hodgkinson, Smith, & Wittkowski, 2014). Rallis, Skouteris, & Wertheim (2007) nämner att förväntningar på att den egna kroppen skall återhämta sig under si eller så lång tid sätter press på nyblivna mödrar. Clark et al., (2009) skriver i sin studie att förväntningarna som kvinnan har på sig själv är oftast större efter än under en graviditet och det är vanligt att dessa förväntningar leder till ångest och oro kring vikten. Förändringar i ämnesomsättningen kan även göra det svårt för kvinnor att gå ner i vikt efter en förlossning vilket i sin tur kan bidra till dåligt mående (Clark, et al., 2009).

3.5 Sjukvårdens roll

Evans, Donelle, & Hume-Loveland (2012) menar att socialt stöd för en gravid kvinna och nybliven mamma har visat sig vara viktigt för att minska risken för att kvinnan ska drabbas av en förlossningsdepression. Med detta menas inte bara avlastning i vardagen för kvinnan utan också att det finns tillgång till stöd genom information och någon som lyssnar (Evans, Donelle, & Hume-Loveland, 2012). Evans, Donelle, & Hume-Loveland (2012) skriver även att internet har fått en viktig roll för informationssökning men har också blivit en arena där kvinnor kan hitta ett socialt nätverk och kan diskutera kring sådant de undrar över. Det är även viktigt att sjukvården finns tillhands för kvinnorna för att svara på deras frågor och informerar om förlossningsdepression och dess symptom (Evans, Donelle, & Hume-Loveland, 2012). Evans, Donelle, & Hume-Loveland (2012) menar också att det är viktigt att barnmorskorna är utbildade för att kunna informera om förlossningsdepression så att kvinnorna får rätt information och hjälp om de behöver.

Miles (2011) skriver att depressioner som infaller efter en förlossning kan vara mycket besvärliga och det är därför viktigt att de upptäcks i tid. Miles beskriver att kompetensen hos barnmorskor är viktig för att kunna upptäcka förlossningsdepressioner i tid. Något som är viktigt att det genomförs är en screening för depression hos nyblivna mammor, även kallad The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Denna kan göras genom en intervju och en enkät på ett av rutinbesöken på BVC. Detta är en metod som kan fungera förebyggande kring kvinnans mående då den används för att upptäcka eventuella förlossningsdepressioner. Om modern får höga poäng i intervjun kan barnmorskan skicka en remiss eller uppmana modern att söka hjälp på egen hand (Miles, 2011). Miles (2011) nämner också att det finns begränsade resurser för nyblivna mammor och deras barn om mamman drabbas av förlossningsdepression. På många ställen saknas resurser för att arbeta med mammor som drabbats av förlossningsdepression. Resurserna kan exempelvis vara lokala stödgrupper, psykiatrisk hjälp och andra typer av stöd för att stötta någon som drabbats (Miles, 2011). Faisal-Cury & Menezes (2012) forskning visar att blivande mammor som varit deprimerade under sina graviditeter löpte två gånger högre risk att utveckla en förlossningsdepression. Dessa kvinnor är därför särskilt viktiga att stötta redan under graviditetsperioden för att de inte ska utveckla en förlossningsdepression (Faisal-Cury & Menezes, 2012).

Sammanfattningsvis säger tidigare forskning att förlossningsdepressioner är relativt vanligt bland nyblivna mammor samt att det finns många olika symptom. Tidigare forskning nämner även att det är många olika faktorer som kan bidra till utvecklingen av en förlossningsdepression. Faktorerna nämnda ovan kan ses som både främjande och förebyggande om kvinnan får stöd och hjälp kring dessa. Men faktorerna kan också bli riskfaktorer beroende på vilket stöd den nyblivna mamman har. Det finns många yttre faktorer som påverkar den nyblivna mammans hälsa, exempel på dessa är de nämnda ovan. Dessa faktorer påverkar olika kvinnor olika mycket. Ett förebyggande arbete mot förlossningsdepressioner och för att förbättra nyblivna mammors välbefinnande är viktigt då det enligt SBU (2014) är cirka 8–15 procent av alla nyblivna mammor som drabbas av en förlossningsdepression. Ämnet kräver även mer forskning eftersom det enligt tidigare forskning inte finns tillräckligt med resurser och rutiner för att arbeta med individer som drabbats av förlossningsdepressioner. Vår studie skulle kunna användas för att utveckla

och/eller för att hitta nya strategier till ett preventivt arbete inom ämnet för att på så sätt förbättra folkhälsan för nyblivna mammor.

4. Syfte

Syftet är att belysa nyblivna mammors upplevelser och tankar om förutsättningar för välbefinnande i relation till föräldraskapet och deras tankar kring hur ett förebyggande arbete mot nedstämdhet och förlossningsdepressioner kan se ut.

5. Metodval

Studiens fokus är som tidigare nämnts nyblivna mammors välbefinnande i relation till den nya föräldrarollen. Wynter, Rowe & Fisher (2013) beskriver att det är viktigt att arbeta preventivt för att minska förlossningsdepressioner hos nyblivna mammor vilket i sin tur kan bidra till färre separationer och en tryggare uppväxt för barnet. Vi ville få en djupare förståelse för det vi skulle undersöka och inte enbart "skrapa på ytan" därför valdes en kvalitativ metod.

I denna studie har vi valt att använda oss av en induktiv ansats. Genom den induktiva ansatsen valde vi att gå in med en bred syn vid insamlingen av vår empiri för att detta materialet sedan skulle få bestämma om studien i slutändan skulle bli salutogen eller patogen. Vi valde att vara väldigt explorativa i vår insamling, eftersom detta kan vara ett känsligt ämne. Därav fick respondenterna prata om ämnet i bred bemärkelse och vi valde att inte styra i varken intervjuguiden eller i intervjuerna. Genom att problemområdet ligger oss så nära kan det finnas risk för att analysen färgas av vår förförståelse, med detta i åtanke har vi försökt att motverka en eventuell påverkan genom att ha ett så öppet förhållningssätt som möjligt både under datainsamlingen och analysprocessen. Intervjuer valdes för att respondenterna skulle få just möjligheten till att berätta öppet om sina tankar, erfarenheter och upplevelser kring ämnet. Eriksson – Zetterquist & Ahrne (2015) beskriver att intervjuer är ett bra sätt att få ut djupare information under kort tid, vilket också är en av anledningarna till att metoden valdes till denna studie. En intervjuguide med fokus på den fysiska, psykiska och sociala hälsan i relation till föräldraskapet sattes ihop för att spegla studiens syfte. Intervjumetoderna som användes var både semistrukturerade intervjuer samt fokusgruppsintervjuer. Eriksson – Zetterquist & Ahrne (2015) nämner att semistrukturerade intervjuer är när respondenterna ska kunna prata relativt fritt gällande ämnet samt att det är vanligt med många öppna frågor och följdfrågor, vilket vi också använde oss av under våra enskilda intervjuer. Dahlin – Ivanhof (2015) beskriver att genom fokusgruppsintervjuer kan information om hur och varför individer tänker, känner eller upplever något på ett visst sätt tas fram genom dialog med andra, vilket kan göra att svaren blir mer utvecklade. Detta var även en viktig del när vi samlade empiri till vår studie. Fokusgruppsintervjuerna gav möjlighet till deltagarna att reflektera över varandras svar vilket bidragit till djupare information än vid de enskilda semistrukturerade intervjuerna. Anledningen till att vi valde att kombinera semistrukturerade intervjuer och fokusgruppsintervjuer var för att få så många synvinklar som möjligt. Tidsaspekten var en annan faktor till varför vi valde att kombinera dessa två metoder, då vi på kort tid skulle samla in det material som vi behövde.

5.1 Urval och genomförande

Målgruppen i studien var nyblivna mammor som har genomgått en graviditet och förlossning inom två års tid. I studien har två personer intervjuats individuellt och tre fokusgruppsintervjuer har genomförts. Den ena fokusgruppsintervjun bestod av en grupp på två personer, den andra tre personer och den tredje fyra personer. Den första individuella intervjun räknade vi som vår pilotintervju och det insamlade materialet kom att användas i studien. Tanken från början var att intervju tio- tolv personer enskilt kring ämnet men vi ändrade detta sedan till att ha några enstaka enskilda intervjuer samt ett par fokusgruppsintervjuer för att få mer djup i vår studie. Detta då det kändes som att det skulle vara lättare för respondenterna att prata kring ämnet i grupp än att öppna sig enskilt inför intervjuaren. Vi hade svårt att få ihop fokusgruppsintervjuer med fem-sex deltagare per grupp så det landade i att vi hade olika storlekar på fokusgruppsintervjuerna, vilket blev intressant i sig då diskussionerna blev väldigt varierande.

Ett medvetet bekvämlighetsurval har gjorts för att styrkorna med strategin överväger nackdelarna. Bryman (2011) definierar bekvämlighetsurval som ett urval då personer i ens närhet väljs ut för att delta i undersökningen. Deltagarna till de enskilda intervjuerna var bekanta och kontaktades direkt via telefon och de fick sedan informationsbrevet skickat till sig via sms vilket de kunde läsa innan de gav sitt medgivande att delta i studien. När det kommer till fokusgruppsintervjuerna så skulle den gruppen med två deltagare egentligen vara två enskilda intervjuer men blev istället en parintervju som vi genomförde som en fokusgruppsintervju. Då dessa personer kände varandra väl kunde de föra en djupare dialog med varandra. Dahlin- Ivanhof (2015) nämner att fokusgruppsintervjuer bygger just på att genom dialog med andra kan djupare information tas fram. Dessa personer kontaktades också direkt via telefon och de fick informationsbrev skickade till sig via sms innan de gav sitt medgivande att delta. När det gäller de övriga fokusgruppsintervjuerna så var båda dessa mammagrupper, den ena mammagruppen med tre deltagare kontaktades via en chatt där mammorna lades till. I chatten ställdes frågan om de var intresserade att delta i studien, därefter skickades även informationsbrevet via chatten och därefter gav deltagarna sitt medgivande. Deltagarna till den sista fokusgruppsintervjun rekryterades på samma sätt men då kontaktades istället en av deltagarna direkt, som även är en bekant, hon bjöd sedan in de andra i sin mammagrupp till chatten som fick läsa informationsbrevet och därefter ge sitt medgivande. Efter detta bestämdes plats och tid för intervjuerna med alla deltagarna.

I vår urvalsprocess till den sistnämnda fokusgruppsintervjun inspirerades vi av snöbollsurval, inte ett klockrent sådant men det finns ändå inslag av den typen av urval. Eriksson – Zetterquist & Ahrne (2015) beskriver att med snöbollsurval menas att en person som är intressant kontaktas för intervju och därefter tillfrågas personen ifall den vet om fler personer som skulle kunna vara intressanta att intervjuas. De båda enskilda intervjuerna genomfördes hemma hos respondenterna efter önskemål från dessa. Fokusgruppsintervjun med fyra deltagare genomfördes hemma hos en av oss skribenter. Valet har gjorts både i relation till respondenternas förutsättningar att delta och för att vara så tillmötesgående som möjligt. Därav önskade respondenterna att vara hemma hos den av oss som bodde närmast dem. Fokusgruppsintervjun med tre deltagare genomfördes på BVC i en kommun i Skåne och den tredje fokusgruppsintervjun med två deltagare genomfördes hemma hos en av respondenterna, efter önskemål om detta. Etiska aspekter

kring urvalet diskuteras senare i metoddiskussionen. Alla deltagare har sedan skrivit på samtyckesblanketter i samband med intervjuerna. Datainsamlingen till vår studie skedde mellan den 2 Mars 2019 och 17 Mars 2019.

Alla intervjuer i denna studie har spelats in med skribenternas privata mobiltelefoner för att sedan transkriberas. Under fokusgruppsintervjuerna ställde en av skribenterna frågor medan den andra antecknade. De två ytterligare enskilda intervjuerna har enbart en av skribenterna deltagit och då endast intervjuat utan anteckningar. De enskilda intervjuerna tog ca. 30 minuter vardera, och alla fokusgruppsintervjuer ca. 1,5 timme vardera.

5.2 Dataanalys - kvalitativ innehållsanalys

Det insamlade materialet har analyserats utifrån en induktiv ansats med stöd av Granheim & Lundmans (2004) innehållsanalys och empirin har analyserats med syftet som utgångspunkt. Senare har det insamlade materialet diskuterats med hjälp av en teori.

Empirin i denna studie har transkriberats ordagrant. Därefter lästes det insamlade materialet noggrant igenom för att få en helhetsbild av empirin. Sedan plockades meningsbärande enheter som speglade vårt syfte i separata dokument. Efter detta kodades de meningsbärande enheterna och vi kunde se samband mellan dem vilket resulterade i nio subkategorier och tre huvudkategorier. Med den induktiva ansatsen där vi valde att gå in brett med öppna frågor som kunde besvaras både på ur ett salutogent och patogent perspektiv så fick arbetet i slutändan en stark patogen karaktär. Detta genom att mammorna till största del nämnde problem och utmaningar i föräldraskapet som kunde bidra till nedstämdhet eller icke välbefinnande. De tre huvudkategorierna i resultatet benämndes därför: Yttre riskfaktorer som påverkar mammans välbefinnande, individuella riskfaktorer som påverkar mammans välbefinnande samt förebyggande arbete ur ett samhällsperspektiv. De tre huvudkategorierna uppstod genom subkategorierna vilka är: Partners roll, egentidens roll för mammans välbefinnande, Bristande stöd och information från omgivningen, kroppsförändringar, kroppsuppfattning och självbild, förväntningar som riskfaktor, amning som stressmoment, träffar i grupp på BVC, sjukvårdens roll och samtalskontakter. Ett exempel på analysens gång med meningsbärande enheter, koder, subkategorier och huvudkategorier var följande: Speciellt med alla sociala medier, man ska ju vara på ett visst sätt och man ska ju ha en viss kropp och alla dem idealen som finns (meningsbärande enhet) - sociala medier och självbild (kodning) - Kroppsförändringar, kroppsuppfattning och självbild (subkategori) - Individuella riskfaktorer som påverkar mammans välbefinnande (huvudkategori) (Granheim & Lundman, 2004).

5.3 Etiska överväganden

I denna studie har vetenskapsrådets (2002) riktlinjer kring de fyra forskningsetiska principerna tagits hänsyn till.

5.3.1 Informationskravet

Informationskravet har i denna studie tagits hänsyn till på så sätt att deltagarna fick information i form av ett informationsbrev som de fick läsa innan intervjuerna. I

informationsbrevet beskrevs problemområdet, syftet med vår studie, varför studien genomfördes men också hur materialet skulle användas efter studien. Deltagarna fick även i informationsbrevet ta del av att de gärna fick läsa det färdiga examensarbetet samt att det kan komma att användas i det fortsatta förebyggande arbetet mot nedstämdhet och förlossningsdepression hos nyblivna mammor (Vetenskapsrådet, 2002).

5.3.2 Samtyckeskravet

Alla deltagare fick sedan skriva på en samtyckesblankett innan intervjuerna inleddes. I samtyckesblanketten beskrevs att deltagandet i studien var frivilligt och att de när som helst kan avsluta sin medverkan. Då några av de bekanta deltagarna i studien själva frågade om de fick var med i studien har inte samtyckeskravet gällande dem påverkats. Alla deltagarna har även uppmanats att noga läsa igenom informationsbrevet innan de givit sitt samtycke att delta (Vetenskapsrådet, 2002).

5.3.3 Konfidentialitetskravet

Konfidentialitetskravet har beaktats på så sätt att alla deltagarna i studien, innan intervjuerna inleddes, fick information om att de inte kommer kunna kopplas till studien på något sätt. Detta förklarades genom att resultatet skrivs som en helhet där inga personuppgifter, platser eller andra personliga saker som nämnts i intervjuerna och som kan kopplas till enskilda finns beskrivna. Inspelningen av intervjuerna förvaras i skribenternas privata mobiltelefoner med lösenkod för att ingen annan ska kunna få tillgång till materialet. Citaten är kodade med nummer från de olika intervjuerna men intervjuens nummer går ej att koppla till de olika intervjupersonerna (Vetenskapsrådet, 2002).

5.3.4 Nyttjandekravet

Deltagarnas delgavs i informationsbrevet att det insamlade materialet kommer att användas till vårt examensarbete samt att det i framtiden kan komma att användas till det fortsatta förebyggande arbetet mot förlossningsdepressioner. Deltagarna fick även information om att allt det insamlade materialet från intervjuerna som inte representeras i arbetet kommer att förstöras när examensarbetet är färdigt och godkänt (Vetenskapsrådet, 2002).

6. Resultat

Resultatet har delats in i huvudkategorier och subkategorier som framkom under analysen. Citaten som finns med i resultatet representerar alla deltagarnas tankar, åsikter och upplevelser kring ämnet under intervjuerna trots att vi enbart valt att plocka ut några av dessa i citatform. Varje citat följs av en parentes med ett nummer vilket motsvarar de olika intervjuerna 1–5.

Genom analysen framkom 3 huvudkategorier som svarade mot syftet med studien. Dessa är: Yttre riskfaktorer som påverkar mammans välbefinnande, individuella riskfaktorer som påverkar mammans välbefinnande och förebyggande arbete ur mammans perspektiv.

I tabellen nedan redovisas tre subkategorier under varje huvudkategori som framkom under analysprocessen.

HUVUDKATEGORIER	YTTRE RISKFAKTORER SOM PÅVERKAR MAMMANS VÄLBEFINNANDE	INDIVIDUELLA RISKFAKTORER SOM PÅVERKAR MAMMANS VÄLBEFINNANDE	FÖREBYGGANDE ARBETE UR MAMMANS PERSPEKTIV
SUBKATEGORIER	<p>Partners roll</p> <p>Egentidens roll för mammans välbefinnande</p> <p>Bristande stöd och information från omgivningen</p>	<p>Kroppsförändring, kroppsuppfattning och självbild</p> <p>Förväntningar som riskfaktor</p> <p>Amning som stressmoment</p>	<p>Träffar i grupp på BVC</p> <p>Sjukvårdens roll</p> <p>Samtalskontakter</p>

6.1 Yttre riskfaktorer som påverkar mammans välbefinnande

Mammorna nämnde yttre faktorer som påverkade deras välbefinnande både i form av stöd från partnern och deras omgivning, bristen på egentid som till stor del berodde på avlastning från partnern eller omgivning samt bristande information från sjukvården.

6.1.1 Partners roll

Under intervjuerna nämnde många av mammorna att stöd av partnern och andra personer i sin omgivning var viktigt för deras välbefinnande. Flera av mammorna nämnde att de behövde tala om för sin sambo att hjälpa till och ta ansvar, något som de upplevde kom naturligt för dem själva. Mammorna berättade att de tyckte att deras partner inte tog lika mycket ansvar som de gjorde och att de hade uppfattningen om att papporna slappnade av när mammorna var med. Det tror de beror på att papporna vet att mammorna gör det som behöver göras och därför slappnar de av och hjälper inte till så mycket.

”Jag känner ex. som när vi är borta hos någon då ser min sambo vårt barn men står någon annan där så tänker han ”ja men då tar den de” medan man själv hade varit där hela tiden för att någon annan inte ska behöva liksom” (2).

Mammorna i studien värderade det sociala stödet i form av avlastning och att någon lyssnar på dem och ger dem bekräftelse. De nämner att barnet ibland är så beroende av

dem att de inte hinner sitta ned, gå på toaletten eller duscha vilket kan kännas väldigt stressande. Jämställdhet och ansvarsområden i förhållandet är något som skapat många diskussioner och bråk mellan föräldrarna. Mammorna tycker att det är stor skillnad mellan dem och deras partner när det gäller att ta hand om barnet och samtidigt kunna få saker gjorda. Om båda föräldrarna var hemma upplevde mammorna att det endast var de som utförde hushållssysslorna. Mammorna nämner att deras partner vet om att mamman tar ansvaret så bekvämligheten gör att pappan automatiskt inte tar ansvar. Mammorna kände också ofta att deras partner hade svårt att förstå att som föräldraledig är det svårt att hinna med så mycket sysslor i hemmet. Den som var hemma och var föräldraledig var oftast den som tog nätterna med barnet därför prioriterade kvinnorna ibland att vila medans bebisen sov på dagen. Då blev hushållsarbetet inte gjort och den arbetande föräldern kunde påpeka detta och hade ingen förståelse för att allt hushållsarbetet inte hunnits med. I många av intervjuerna nämndes pappans okunskap kring livet som föräldraledig som ett irritationsmoment som skapade diskussioner hos familjen.

”Vi har nog ibland svårt att förstå varandra, han kan komma hem och säga “varför har du inte gjort detta?”” (2).

Att inte våga be om hjälp av sin partner ansåg några av mammorna som något de mådde dåligt av. Bland annat att de känt skuld känslor över att väcka sin partner på nätterna för att få hjälp eftersom partnern ofta skulle upp till jobbet dagen efter. Det resulterade i att många av mammorna ensam tagit på sig ansvaret att ta alla nätter trots att de känt att de hade behövt hjälp för att orka med. Relationen till sin partner och att som par ta sig egentid för att inte bara vara föräldrar utan att även få fokusera på relationen nämnde mammorna som något viktigt för deras välbefinnande. De tycker att när de är själva med barnet så får de ändå hitta lösningar för att kunna duscha, gå på toa eller äta. Men när deras partner ska göra dessa sysslor ber de alltid om hjälp från mamman.

”Jag tror det, det är viktigt att prata med varandra, det är ju svårt för partnern också att veta vad han ska göra. Man ska inte vara rädd att säga till vad det är man behöver. Har man inte den konversationen eller att man tror att saker ska vara på ett visst sätt kan det bli jobbigt. Dom som mår dåligt kanske gör det för att de inte vågar säga vad de känner och behöver hjälp med av sin partner” (5).

Att inte vara ensamstående och att ha någon att dela sitt liv med samt någon som avlastar dem nämnde mammorna som en viktig faktor för deras välbefinnande. Mammorna nämnde även att de tycker att de har blivit mer sammansvetsade som par efter att barnet kommit. Kommentarer från sin partner som ”du är fin som du är” efter alla förändringar som sker i och utanför kroppen nämndes också som betydande för deras välbefinnande. Dock nämnde några av mammorna att deras relationer också har påverkats negativt, exempelvis att dem inte kan sova tillsammans längre eller att inte kunna vara lika intima eftersom nykomlingen i familjen tar upp allt fokus.

”Det är viktigt att man inte är ensamstående utan efter när man har pratat bebisspråk hela dagen så kommer mannen hem och man kan prata som vuxna människor” (2).

Andra diskussioner än tidigare har uppstått nämner majoriteten av mammorna. Diskussionerna kunde handla om att det är vanligt att partnern tycker att mamman ska ta

barnet när det är missnöjt då partnern endast tror att mamman kan trösta och få barnet lugnt. Mammorna nämnde att det är väldigt viktigt att papporna också försöker att trösta barnet och att barnet inte bara blir van vid att det är mamman som skall trösta. Dock tyckte en av mammorna att hon tar på sig rollen som ”tröstaren” och ibland inte låter pappan ta något ansvar alls, vilket kunde skapa diskussioner och bråk.

”Ja andra diskussioner som att du får ta bajsblöjan” (2).

Sammanfattningsvis uttrycker alla mammorna i intervjuerna att stödet från deras partner både under graviditet, förlossning och efteråt är en viktig faktor för att inte drabbas av nedstämdhet. Detta gäller både känslomässigt stöd och avlastning kring barnet men också när det kommer till avlastning gällande hushållssysslor.

6.1.2 Egentidens roll för mammans välbefinnande

Att inte ha tid till att träna, duscha, kolla mobilen, se tv eller bara ta det lugnt nämnde några av mammorna som faktorer som fått dem att känna sig nedstämda. De talade om egentiden som en väldigt viktig del i deras liv och blir det svårt att få ihop den tiden påverkar det deras välbefinnande.

”Hos mig är det just att inte få egentid eller få ihop min träning för det är det jag mår bra av” (1).

I flera av intervjuerna nämnde mammorna att de får vänta tills deras partner är hemma för att få sin egentid eftersom de inte vill behöva fixa barnvakt. Egentiden för mammorna kunde vara allt ifrån att få träna, duscha eller handla själva. Detta nämnde de också som ett problem som kan leda till irritation och diskussioner. Mammorna fick ofta lägga sin egentid på hushållssysslor vilket de tyckte kändes tråkigt då de hellre lagt sin egentid på annat.

”Jag tycker det är fel att man ska lägga sin egen tid på att städa” (3).

6.1.3 Bristande stöd och information från omgivningen

Nästan alla mammor nämnde att de känner sig oförstådda i många sammanhang kring den nya rollen. Några av de berättade också att detta ofta uppstår när de umgås med vänner och bekanta som själva inte har barn. Vilket har resulterat i sura miner ifall familjen behöver åka hem tidigare eller behöver lägga fokus på barnet istället för att vara hundra procent närvarande i samtalen. Mammorna har därför tagit avstånd från dessa vänner eftersom de känt sig oförstådda i många olika situationer.

”Jag tror det kan vara folk runtomkring också att man inte får det stöd man behöver eller att de inte förstår en. När andra inte förstår kanske man tar avstånd” (5).

Känslan av ensamhet under föräldradigheten var något som mammorna nämnde som vanligt och ser därav sina vänner som viktiga för deras välbefinnande. Att ha vänner som varit mammalediga samtidigt som dem själva såg mammorna som viktigt. De nämnde

även att flera bekanta som tidigare haft någon form av depression oftare kände sig nedstämda i samband med deras nya föräldraroll. Särskilt påtagligt nämnde mammorna att det blivit för de som fått barn tätt.

Att vården borde ha bättre koll och visa mer förståelse för nyblivna mammor så att de inte känner sig besvärliga och vågar ställa sina frågor är viktigt enligt mammorna. De upplevde att sjukvården är dålig på att informera blivande och nyblivna mammor om viktiga saker både innan och efter förlossningen. Bristande information nämnde mammorna som något som skapade osäkerhet och ovisshet hos de som nybliven mamma, vilket i sin tur påverkat deras välbefinnande. De nämnde också att det är många saker som gör dem oroliga och att ovanpå det inte ha blivit informerade kring saker som rör både deras kropp och även det känslomässiga är något som har varit väldigt jobbigt.

”Det finns för lite information kring hur det känns efter förlossningen” (4).

6.2 Individuella riskfaktorer som påverkar mammans välbefinnande

Det fanns individuella faktorer som påverkade mammans välbefinnande både i form utav kroppsförändringar, kroppsuppfattning, självbild och förväntningar. Det fanns också faktorer kring mamman och barnet som påverkade mammans välbefinnande, amning är ett sådant exempel.

6.2.1 Kroppsförändring, kroppsuppfattning och självbild

Majoriteten av mammorna berättade att de tyckte att kroppsförändringarna både när det kommer till utseende och funktion har varit jobbigt och att det har skapat nedstämdhet. Sociala medier och alla ideal som skapas där nämnde de kan leda till att de såg negativt på deras egna kroppar, vilket påverkade deras välbefinnande. Några av mammorna berättade att bristningarna de har fått i samband graviditet och förlossning har varit jobbigt och något de har mått dåligt över. En av mammorna berättade att hon känner sig mindre social då hon inte trivs med sin kropp och går därav inte ut lika ofta och träffar folk som hon gjort innan. Detta har resulterat i att hon känt sig ensam.

”Just de här bristningarna man får, även fast de är lätt att säga att det kommer något gott ur det så är det ändå någonting som är jobbigt, som ändå finns där” (1).

De mammor som vid intervjuerna hade förlöst med kejsarsnitt tyckte att ärret på magen var en stor anledning till att de inte längre trivs med sin kropp, både för att de tycker att ärret ser fult ut men också för att det skapar en extra ”bulle” på magen. De mammor som både har fött vaginalt och med kejsarsnitt nämnde att de deras mage har blivit “fulare” efter snittet.

”Jag blev ju snittad, magen känns konstig, innan hade man liksom en bilring och nu är där två” (2).

Några av mammorna hade blivit besvikna över att de inte rasat i vikt vid amning eftersom de förväntat sig detta. De nämnde också att de ofta har fått frågor som ”hur mycket har du gått ner nu?” från personer i sin omgivning. Dessa kommentarer tyckte mammorna har varit jobbiga och irriterande då det har känts som att andra har brytt sig mer om deras

viktnedgång än vad dem själva har gjort. Att ämnesomsättningen förändras nämnde några av mammorna att det märkts av då de tyckte att det var svårare att gå ner i vikt medan några nämnde att de tyckte att de har fått en högre ämnesomsättning. De mammorna som tyckte att de har fått högre ämnesomsättning trodde att detta förmodligen berodde dels på amningen men även på att de tagit långa promenader.

”Jag kunde bli lite besviken att jag inte blev så smal som jag trodde att jag skulle bli av amningen” (2).

Ett fåtal av mammorna var väldigt positiva till kroppsförändringarna efter förlossningen eftersom de inte trodde att de skulle få tillbaka sin gamla kropp så snabbt. Några nämnde dock att de blivit irriterade på snäsiga kommentarer från andra som menade på att de knappt syntes på dem att de fött barn då deras kroppsförändringar inte har varit särskilt märkbara. Några av mammorna berättar att de inte brytt sig ifall de fått lite bristningar eller gått upp några kilon för att de tycker att de är häftigt att dem ens kunnat föda barn.

”Jag har blivit lite provocerad av vissa kommentarer att jag inte fick bristningar eller knappt har någon mage kvar osv. Att de säger saker som ”men du har ju sådan tur”, och man bara: ”fast jag har ju också fött barn?” bara för att jag inte är tjock och hängig och har bristningar så ska det inte räknas att jag fött barn?” (3).

Mammorna upplevde sin kropp efter förlossningen väldigt olika, några tyckte att de kände sig precis lika starka som innan graviditeten och att de till och med motionerar mer. Medan några av mammorna upplevde att de blivit mycket svagare, fått mer krämpor och inte alls lägger den tiden på att träna som de gjorde innan förlossningen. En del av mammorna nämnde att vissa kroppsliga saker som händer efter förlossningen har förvänat dem och de tyckte att de inte fått för lite information om detta. Några exempel var eftervärkar, avslag efter förlossningen eller när mjölken rinner till. Mammorna kände sig även utelämnade efter förlossningen då de tyckte att de själva fick ta reda på vad som hände i kroppen eftersom de upplevde att de fått lite information kring detta.

“Jag tycker att sjukvården borde informera mer om saker som händer med kroppen efter förlossningen” (3).

Majoriteten av mammorna nämnde att de ofta prioriterar annat än att träna nu eftersom tiden inte riktigt räcker till. Några av dem berättade att detta är något som påverkat deras välbefinnande eftersom de varit väldigt fysiskt aktiva innan graviditet och förlossning. Promenader är något som majoriteten av mammorna nämnde att de utför mer nu än innan eftersom de ansåg att det var roligare att gå med en vagn samt att de ansåg att friskluft var viktigt för barnet. Några av mammorna hade tid till att träna när exempelvis sambon kom hem på kvällarna men prioriterade inte detta på grund av trötthet eller för att de ville umgås med familjen. En del av dem tyckte dock att det gick bra att kombinera föräldraskapet med träningen.

“Jag har alltid tyckt om att träna, vara ute och gått och sådär och de är jag dålig på att ta mig tid till nu“ (1).

Några av mammorna nämnde att de känt sig stressade över att få tillbaka sin gamla kropp och när det inte har gått så snabbt som de trodde har det påverkat deras välbefinnande. De

upplevde också att dagens samhälle är väldigt ytligt när det kommer till hur individer ska se ut och detta är något som de märkt av mycket genom sociala medier i så hög grad att de påverkades deras välbefinnande. Några av mammorna tyckte dock att de inte alls påverkades av sociala medier utan att de istället blivit imponerade av kvinnor som har magrutor igen några månader efter en förlossning.

”Också alla dessa sociala medier, att man ska vara på ett visst sätt och ha en viss kropp och alla dem idealen som finns” (4).

6.2.2 Förväntningar som riskfaktor

Majoriteten av mammorna tyckte att förväntningarna de har haft innan förlossningen inte har levt upp till verkligheten. De nämnde även att förväntningar från omgivningen kan vara jobbigt och har i vissa fall gjort att de inte känner sig tillräckliga som mammor. Några av mammorna berättade att de hade förväntat sig lycka och kärlek vid första ögonkastet efter födseln. När de sedan inte upplevt detta har de skämts och ifrågasatt sig själva som mammor vilket har påverkat deras välbefinnande. För några av mammorna har det tagit flera veckor innan de känt den riktiga kärleken för sitt barn och detta har många av dem tyckt varit jobbigt att vara ärlig om då alla förväntar sig att de ska älska sitt barn från första stund.

”Förväntningar. Jag tror många mår dåligt för de förväntar sig att det är på ett visst sätt att bli mamma. Speciellt när man får första. Man har de förväntningarna på hur de ska bli, att man ska sväva på rosa moln och tycka allt är mysigt sedan blir det inte riktigt så“ (5).

Att ha någon som är beroende av dem dygnet runt nämnde de flesta av mammorna som något de tycker är jobbigt och som kan skapa stress. Förväntningarna kring vad som ska hinnas med som föräldraledig är olika bland alla mammorna och några av dem nämnde att de tror att sociala medier kan vara en faktor till dessa förväntningar. De berättade också att de hade förväntat sig att hinna med mycket mer om dagarna innan de fick barn och har sedan blivit chockade och besvikna om de kanske inte ens kommit ur pyjamasen innan partnern kommit hem.

”Det jobbigaste med att vara mamma är nog att det är någon som är beroende av en dygnet runt, det är nog den största omställningen, innan har man ju bara haft sig själv” (1).

Mammorna berättade också i intervjuerna att förväntningarna även kan komma från omgivningen. Dessa förväntningar kan vara hur de ska vara som mammor eller hur snabbt deras barn ska utvecklas. De tyckte att både sjukvården, grupper på facebook samt vissa i deras omgivning gör dem stressade genom att berätta när barnet går igenom olika utvecklingssteg och ska kunna göra olika saker, speciellt om deras barn inte gör dessa saker vid samma tidpunkt.

”De är så jobbigt med alla som ska stressa med allt, att barnen måste göra allt i en viss takt. Alla fördomar” (2).

6.2.3 Amning som stressmoment

Kvinnorna som har deltagit i intervjuerna har upplevt att amningen och alla frågor kring detta har skapat stress och nedstämdhet. För dem där amningen har fungerat så har detta även vid vissa perioder varit en anledning till tillfällig nedstämdhet. De mammor som har ammat berättade att amningen ökade hormonerna i kroppen och för vissa av dem har dessa hormoner varit svåra att hantera. De kvinnor som inte kunde amma upplevde att omgivningen runt omkring var dömande. Dessa kvinnor fick ofta frågor kring varför de inte ammade och personer i deras omgivning informerades gärna om hur bra det var att amma. Detta tyckte dessa mammor var jobbigt och gav dem skuld känslor. De berättade också att trots att de tog beslut om att sluta amma gemensamt med sin sambo var det alltid mamman som fick kommentarer och blev ifrågasatt kring varför hon inte ammade.

”Varför ammar du inte? Försöker du med amningen fortfarande? Du måste testa med amningen ändå, då kände jag bara att nej jag ger upp nu” (5).

Gemensamt för alla vi intervjuade var att de från början ville amma, men det som skiljde dem åt var att några av dem inte kunde av olika anledningar. För någon mamma fungerade det inte på grund av att bebisen inte ville ta bröstet medan någon annan inte hade tillräckligt mycket mjölk, medan en tredje tyckte det var så påfrestande att hon slutade. Mammorna nämnde att amning påverkade dem och hur de tyckte att de blivit bemötta på olika sätt beroende på om de ammat eller inte. Några av mammorna berättade att från det att de blev gravida började omgivningen runt omkring kommentera och hade åsikter kring allt som rör föräldraskapet. När de var gravida fick de kommentarer kring hur de åt och hur kroppen såg ut. Medan när de fött fick de kommentarer kring hur de valde att mata sitt barn och åsikter kring annat som rör barnet. Gemensamt bland alla mammorna vi intervjuade var att de tror att detta kan påverka många nyblivna mammors välbefinnande.

”Alla frågade hela tiden när man gjorde valet att inte amma” (4).

Gemensamt för de flesta mammorna var att de tyckte att de fick lite information kring hur det var att amma och hur det egentligen fungerade. En av mammorna berättade att hon i slutet av amningsperioden hade hittat ett ”amnings schema” där hon kunde läsa om att bebisar ibland äter mer och varför de gör det samt när dessa perioder är. Detta schemat hjälpte henne att förstå varför amningen gått upp och ned och hon berättade att hon hade velat se detta schemat tidigare för att göra amningen mer begriplig för henne. Hon berättade att detta schemat kunde ha sparat henne mycket frustration och irritation. Detta var gemensamt för många av mammorna, att de upplevde att de fick lite information kring amning och andra alternativ till mat.

“Jag skulle önska mer info om att det verkligen kan vara påfrestande att amma” (2).

Mammorna nämnde också att barnmorskans roll och hur barnmorskan förhåller sig till amning som något känsloladdat. Enligt många av mammorna fokuserar barnmorskan mest på om mamman ska amma eller inte och ger inte information kring vilka alternativ det finns annars. En av kvinnorna berättar att hennes barnmorska på MVC ställde frågan

kring amning som om det var självklart att amma. Hon gav ingen information om att det inte funkar för alla, eller vilka alternativ som finns om det inte fungerar.

”Alla lägger så mycket fokus på amning och de frågar bara om man ska amma och ger ingen information kring ersättning” (3).

Detta var något som togs upp i gruppintervjuerna också där flera mammor nämnde att informationen kring amningen var bristfällig. När de svarat på frågan hos barnmorskan så fick de ingen information om hur det gick till, vad man ska tänka på och att amningen kan bli ett stressmoment. En av mammorna berättade att hon hade en väldigt bra barnmorska på BB som hjälpte henne och förklarade mycket för henne om amningen. Den informationen hon fick där upplevde hon som viktig för att hon skulle förstå varför amningen gick upp och ned och ungefär när detta skedde. En av mammorna berättade att hon ofta fick frågor av omgivningen vad det gällde hur ofta och hur mycket hon ammade. Detta upplevde hon som ett stressmoment och något som påverkade hennes välbefinnande.

”Jag hade kunnat amma igen nu när man vet mer, man har mer koll. Min omgivning reagerade ofta ”ska han amma nu igen? de har ju bara gått 20 minuter” Mycket är säkert av omtanke men de blir kritik” (2).

Det var många av de andra mammorna som höll med om att amning är ett ämne som omgivningen tar sig friheten att kommentera och tro sig veta mycket om. Vad det gäller information om amning så berättar mammorna att de flesta fick söka mycket information själva. Genom olika facebookgrupper och forum på internet fick de ofta svar på många av anledningarna till att amningen påverkat deras välbefinnande negativt. De menade att det hade sparat dem mycket energi och osäkerhet om de hade fått denna informationen från början av deras barnmorska. Exempel på information som de fått via facebookgrupperna kunde vara att dagar då vädret är soligt och varmt behöver bebisen amma mer för att den är törstig. Mammorna nämner även att stressen kring amningen också har berott på att de inte vet om bebisen fått i sig tillräckligt med mat genom amningen. Men det kunde också handla om att de inte känt sig bekväma med att amma offentligt. En av kvinnorna berättade att hon inte var bekväm med att amma offentligt och detta gjorde att hon ofta stannade hemma istället. Detta gjorde att hon blivit socialt isolerad vilket påverkat välbefinnandet hos mamman.

”Amningen är ju ett evigt stressmoment. Man vet inte hur mycket dem får i sig till exempel” (2).

Sammanfattningsvis nämnde majoriteten av mammorna att de någon gång har mått dåligt över kroppsförändringarna efter graviditet och förlossning, förväntningar från omgivningen samt hur de väljer att mata sitt barn. Kroppsförändringarna nämndes att de påverkade mammornas välbefinnande både vad gäller utseende och funktion. Den fysiska aktiviteten har ökat hos de mammor som inte varit fysiskt aktiva innan medan den istället minskat hos de mammor som varit väldigt fysiskt aktiva innan de fick barn. Resultatet visade också att om inte amningen fungerar av olika anledningar så är detta en sak som påverkar mammornas välbefinnande negativt i hög grad, även för dem där amningen

fungerade. Bristande information från sjukvården när det kommer till amning var också ett stort fokus i intervjuerna och som mammorna nämnde påverkade deras välbefinnande.

6.3 Förebyggande arbete ur mammas perspektiv

Majoriteten av mammorna tyckte att det var viktigt med ett förebyggande arbete för nyblivna mammors välbefinnande. De har gett förslag på många olika insatser som de tycker har stärkt dem i deras roll som mamma och som de upplever har minskat risken för att de ska drabbas av en förlossningsdepression.

6.3.1 Träffar i grupp på BVC

Nästan alla mammor i studien tyckte att mammagrupperna de har varit med i har varit bra då det kunnat träffa andra föräldrar som har barn i samma ålder som dem. Mammorna nämnde att mammagrupperna bör fokusera både på barnet men också mer på mammas välbefinnande än vad de gör.

“Mammagrupperna lägger väldigt mycket fokus på barnet, jag skulle önska att det även lades lite fokus på oss mammor” (1).

Mammorna nämnde att mammagrupperna hade kunnat utvecklas till att inte endast vara träffar där man samtalar med andra utan hade även kunnat användas som ett tillfälle för att utföra fysisk aktivitet tillsammans. Några av mammorna berättade att de bara hade vanliga träffar där de samtalande om allt möjligt, medan andra hade olika teman från gång till gång. De mammorna som var aktiva i mammagrupper där de hade olika teman upplevde detta som något positivt och trodde att detta kunde användas för att förebygga nedstämdhet då de tvingades prata om viktiga ämnen som kanske inte kommit på tal annars.

”Det finns många mammagrupper samt öppna förskolan för barn men det finns inte så mycket för bara mammor, jag tror att det hade varit bra om det fanns någon grupp som fokuserar på exempelvis träning för mammor. Att starta upp någon grupp där mammor får komma och röra på sig där man kan ta med sig barnen. Inte bara via gym utan att de ska va typ BVC eller liknande som anordnar. Detta för att även få det sociala. Det hade kanske kunnat ingått i mammagruppen” (4).

6.3.2 Sjukvårdens roll

Mammorna uttryckte att efter diskussion med andra nyblivna mammor i fokusgruppsintervjuerna märkte de att de inte har blivit bemötta på samma sätt efter sina förlossningar. Bland annat hade inte alla fått svarat på enkäten (EPDS). Många av mammorna uttryckte stor besvikelse kring hur de blivit bemötta av vården både under graviditeten, förlossningen och i relation till föräldraskapet. Många av mammorna berättade att de inte tagits på allvar och en av dem berättar att hon har haft väldigt få kontroller under sina graviditeter, samt att hon har fått byta barnmorska väldigt många gånger. Detta gjorde att hon upplevde att hon inte togs på allvar. Hon berättade också om missförstånd och otrevligt bemötande bland personalen på förlossningen. En annan

mamma berättade att hon inte fick den hjälp hon behövde av vården när hon började bli nedstämd efter förlossningen.

”Ja och sen vården också, att man fick ligga på så mycket där. Det kändes inte som de lyssnade på mig. Jag tycker personalen inom vården ska lyssna mer på en” (5).

Samtliga deltagare tycker att det borde finnas något sorts samarbete mellan MVC och BVC där både mamman och bebisen är i fokus. Majoriteten av mammorna tycker att fokuset på deras hälsa försvann helt efter efterkontrollen hos barnmorskan. De nämnde vikten att som nyförlöst ha någon att prata med tidigt och tycker därför att samarbetet mellan BVC och MVC är viktigt.

”BVC är ju bara för barnen, dem har ju ingen fokus på oss mammor. MVC innan förlossningen hade ju fokus på mig som mamma men efter den efterkontrollen vid 10 veckor eller vad det är så försvinner de fokuset helt, vilket jag tycker är dåligt” (2).

Att få information både före och efter förlossningen ansåg majoriteten av mammorna som något viktigt för att de inte skulle drabbas av nedstämdhet eller eventuellt en förlossningsdepression. De tycker själva att de har blivit stressade av att inte ha koll på olika saker som rör det nya föräldraskapet. De har känt sig förvirrade i sin roll som föräldrar och vet inte vart de ska vända sig för att få svar. Många av mammorna har upplevt nedstämdhet då de känt sig som dåliga föräldrar eftersom de inte känt den oändliga lyckan alla pratat om direkt efter förlossningen. De hade önskat mer information att det faktiskt kan ta ett tag innan de ens förstår att de blivit föräldrar. De nämnde även vikten av att få information om alla hormoner som rör sig i kroppen efter förlossningen som kan göra allt mycket jobbigare och att någon sagt till dem att vissa dagar kommer kanske att kännas skit och att det är okej att inte orka med.

”Jag tror de behöver pratas mer om förlossningen och innan samt att de är okej att inte känna så mycket för barnet direkt. Jag fick aldrig höra att man kanske inte alltid känner den där lyckan efter man fött så de var nått chockande för mig” (3).

Några av mammorna nämnde att de har känt att det har varit jobbigt och skamsamt att som nedstämd erkänna detta hos exempelvis barnmorskan. De nämnde att det är så tabubelagt att som nybliven mamma må dåligt då de förväntas att leva på rosa moln och att allt ska vara underbart med den nya familjemedlemmen. De föreslår därför att information om hur de kan få hjälp hade kunnat skickas hem till brevlådan. De tycker att när de har känt sig nedstämda har de inte orkar söka information och därför vore det bra att få det hemskickat.

”Jag tycker man skulle fått hem broschyrer i brevlådan där det stod information och sånt efter förlossningen så att det blir lätt för mammor som mår dåligt att veta var de ska vända sig” (5).

6.3.3 Samtalskontakter

Några av mammorna tyckte att det är lång tid att få sin första samtalskontakt 10 veckor efter förlossningen eftersom de hade velat haft någon att prata med tidigare. Majoriteten

av mammorna tyckte också att enkäten de har fått svarat på hos barnmorskan inte fyller någon funktion alls medan några av mammorna inte ens har fått svarat på någon enkät. Några av mammorna nämnde också att de inte svarat ärligt på enkäten även om de känt sig nedstämda eftersom det känts så opersonligt. Några av mammorna tyckte att när de svarat på enkäten så har det verkat som att de haft en förlossningsdepression fast att de egentligen inte mått dåligt utan bara haft en dålig dag. De tyckte att enkäten ger en skev uppfattning i hur de egentligen inte mår och att det hade varit lättare att uttrycka det i ord. Att ha någon form av möte eller samtal istället för att fylla i en enkät var något som mammorna nämnde att de hade uppskattat. Mötet tyckte de kunde ske med en kurator eller liknande som är utbildade inom ämnet. Några av mammorna trodde dock att om de hade mått dåligt så vet de att det tar väldigt lång tid att få en riktig samtalskontakt via sjukvården och hade därför inte orkat ta tag i det.

”Som den här enkäten man skulle fylla i, hur kan dem avgöra hur man mår kring den? Känner man inte och inte har någon relation till sköterskan på BVC så svarar man kanske inte ärligt och då blir det svårt att upptäcka ohälsa” (4).

Mammorna nämnde att det är viktigt för deras välbefinnande att kunna ställa frågor och att de får respons på att de gör ett bra jobb som mamma. Detta var något som de fick från olika ställen, vissa fick denna bekräftelsen från familj och vänner, medans andra fick den via forum eller facebookgrupper. Facebookgrupper berättar mammorna har varit bra då de har vågat ställa frågor som de kanske inte hade vågat göra i mammagruppen.

Sammanfattningsvis så berättade mammorna att de tror att det är viktigt att arbeta förebyggande för att minska nedstämdhet hos nyblivna mammor. Detta tyckte dem kunde göras genom ett samarbete mellan BVC och MVC. De tyckte också att sjukvården måste informera mera om vad som sker i kroppen efter förlossningen men även hur det är att vara nybliven förälder. Mammorna nämnde även möjligheten till att vara med i mammagrupper eller andra grupper där de kan få stöd och råd från personer med samma förutsättningar som något de har haft hjälp av.

7. Diskussion

Resultatet visar att det är många faktorer som styr en nybliven mammas välbefinnande. De viktigaste delarna som lyftes var amning, socialt stöd och information från sjukvården. Dessa delar nämnde deltagarna som viktiga för deras välbefinnande. I relation till tidigare forskning framkom också ny information kring sjukvårdens arbete, känslor vid förlossningen, egentidens betydelse och utförandet av fysisk aktivitet i relation till föräldrarollen.

Deltagarna i intervjuerna nämner att det är viktigt för deras välbefinnande att som nybliven mamma känna sig behövd, att bli bekräftad, att känna att de förstår olika sammanhang samt att de har verktyg för att kunna hantera olika situationer. Vilket kan kopplas till Antonovskys teori ”känsla av sammanhang” - KASAM. Antonovsky (1987) talar om de tre komponenterna som är viktig för att individer ska behålla en god hälsa. Dessa komponenter är, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Komponenterna beskriver hur en individ upplever och värderar stressorer i relation till hens förmåga när

det gäller förståelse och förmågan att kunna förklara olika händelser (begriplighet) förmågan att hantera dessa händelser (hanterbarhet) och att känna sig delaktig, att känna att det går att påverka sin situation samt att se en mening med något (meningsfullhet) (Antonovsky, 1987). När individen upplever sin tillvaro som begriplig, hanterbar och meningsfull uppnås en känsla av sammanhang (Antonovsky, 1987). Antonovsky (1987) skriver att en individ med svag KASAM hanterar stressorer sämre och stressorerna upplevs ofta som negativa hot istället för positiva utmaningar. Eriksson (2007) beskriver att teorin är framtaget för en salutogen ansats för att identifiera resurser för hälsa men teorin har i tidigare forskning visat att en låg KASAM bidrar till ohälsa vilket gör att den även kan användas i en patogen ansats där prevention förekommer. Detta för att teorin har använts för att identifiera riskfaktorer för sjuklighet.

Genom att sjukvården ger mer information innan och efter förlossningen, att nedstämda mammor fångas upp i tid och genom att fortsätta fokusera även på mamman och familjen som helhet efter en förlossning kan deras känsla av sammanhang ökas. Antonovsky (1987) beskriver att individer lättare kan hantera motgångar och förändringar om de har en stark KASAM, vilket kan vara viktigt när det kommer till alla nya förändringen som föräldrarollen innebär. När individen upplever sig ha rätt information och verktyg blir det lättare att både kunna begripa och hantera den nya föräldrarollen (Antonovsky, 1987). Att individen även känner meningsfullhet i sin nya föräldraroll spelar också en viktig roll, vilket kan uppnås genom bland annat att känna sig behövd i samspel med andra (Antonovsky, 1987). Antonovsky (1987) nämner även att känna sig delaktig är en viktig byggsten för att känna meningsfullhet, därav är gruppträffar i form av exempelvis mammagrupper bra för att stärka individernas känsla av meningsfullhet och på så sätt främja deras hälsa. Antonovsky (1987) beskriver också att när en individ upplever livet som begripligt, hanterbart, meningsfullt samt känner sig delaktig uppnås en känsla av sammanhang, vilket i sin tur kan motverka depressioner. I resultatdiskussionen kommer främst KASAMS begrepp begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet att diskuteras i relation till resultatet och tidigare forskning.

7.1 Resultatdiskussion

I resultatet fick vi fram några huvudresultat i studien och dessa anser vi som extra viktiga att diskutera. Deltagarna uttrycker inte att de själva har drabbats av förlossningsdepression men många av dem har känt sig nedstämd under vissa perioder på grund av faktorer som förväntningar, bristande information och svagt socialt stöd. Vilka kan betraktas som huvudresultaten i studien.

Partnern spelar en viktig roll när det kommer till mammornas välbefinnande. Deltagarna i studien nämner att stöd och avlastning från deras partner är en stor anledning till att de ska må bra. Deltagarna berättar även att relationen till partnern har påverkats både positivt och negativt, positivt i den bemärkelsen att de kommit varandra närmre och negativt på så sätt att det uppstår väldigt många diskussioner kring jämställdhet i förhållande till föräldraskapet. Enligt Negrons et al. (2013) är det vanligt att mammor ibland känner brist på stöd från sin partner när det gäller både avlastning kring barnet samt hushållssysslor. Wynter, Rowe, & Fisher (2013) skriver i sin studie att kvinnor som drabbats av en förlossningsdepression tenderar att smitta av stressen till partnern vilket i sin tur kan

påverka relationen negativt. Risken för att föräldrarna separerar är mindre om partnern är engagerad och stöttande under både graviditet och förlossning (SKL, 2018). Kurts et al. (2016) tar upp att stödet från partnern både när det gäller det känslomässiga och praktiska är viktigt för mammans välmående. Att partnern får mammorna att känna sig bekräftade och att de få höra att de gör ett bra jobb i hemmet och med barnet nämnde deltagarna i vår studie som något viktigt. Mammorna i vår studie belyser även att det är viktigt att ha någon nära som stöd både när det kommer till att ha någon att prata med och för att exempelvis kunna få egentid. Dennis & Ross (2006) beskriver att konflikter mellan mamman och partnern kan öka risken för depressioner efter en förlossning, vilket även mammorna i vår studie tar upp under intervjuerna. Dennis & Ross (2006) nämner även att mammorna i deras studie som hade lägre risk för depression uttryckte att deras partner var mer medveten om deras känslor, dessa mammor hade också större stöd när det kommer till avlastning både gällande barnet och hushållssysslor. Genom att få stöd och avlastning från sin partner kan mammornas hanterbarhet stärkas. Antonovsky (1987) beskriver att beroende på vilka resurser som står till ens förfogande och hur dessa kan användas för att möta de krav som finns kan individers hanterbarhet ökas.

Att inte få stöd från andra i sin omgivning eller från sjukvården nämner mammorna i vår studie som en stor riskfaktor för att drabbas av nedstämdhet. Mammorna nämner också att de ofta har blivit oförstådda i sin nya roll som förälder, vilket har påverkat deras välbefinnande negativt. Majoriteten av mammorna beskriver att stöd från vänner och bekanta var viktigt och att de känt sig ledsna då deras vänner har varit oförstående kring olika situationer som rör barnet och den nya föräldrarollen. Mammorna lyfter även vikten av att ha vänner att vända sig till för att inte känna sig ensamma. Pearlstine et al. (2009) nämner i sin studie att dåligt stöd av andra i omgivningen är en bidragande faktor för att utveckla en förlossningsdepression hos nyblivna mammor. Att både som gravid och nybliven mamma få socialt stöd skriver Evans et al. (2012) är en viktig faktor för att inte utveckla en förlossningsdepression. Det är inte alltså inte enbart partnern utan även andra i omgivningen som kan öka hanterbarheten för den nyblivna mamman. Antonovsky (1987) beskriver att bland annat vänner och sjukvården kan ses som resurser för att öka hanterbarheten och att ha individer i sin närhet att lita på stärker individers hanterbarhet i hög grad.

Att det finns tillfällen för nyblivna mammor att få träffa andra mammor under samma omständigheter är viktigt. Mammorna i vår studie berättar att föräldragrupper kan fungera som socialt stöd och har varit ett bra för dem. Delvis för att komma utanför hemmet men också för att få samtala med individer under samma förutsättningar. Pearlstine et al. (2009) nämner att känslan av isolering från omvärlden och att inte umgås lika mycket med vänner och bekanta som tidigare kan utveckla en förlossningsdepression. Antonovsky (1987) beskriver att meningsfullhet är starkt kopplat till delaktighet, att individen ska känna sig delaktig i skapandet av såväl ödet som dagliga erfarenheter. Föräldragrupperna kan bidra till att mammorna känner sig mer delaktiga och där kan de även skapa en gemenskap med andra individer i likartade situationer.

Sjukvården spelar en mycket viktig roll i det förebyggande arbetet mot förlossningsdepressioner. Majoriteten av deltagarna i studien nämner att sjukvårdens roll har varit betydande när det kommer till deras välbefinnande. Både gällande kontakt och

information. Mammorna uttrycker även att de i kontakt med sjukvården ofta har känt sig oförstådda samt att de upplever att de fått för lite information när det kommer till den nya föräldrarollen, vilket har påverkat deras välbefinnande negativt. Mammorna önskar en mer personlig kontakt vid efterbesöket där de hade kunnat prata om sina känslor kring och efter förlossningen. Evans et al. (2012) beskriver att tillgång till information samt någon som lyssnar är viktiga friskfaktorer och det är därav viktigt att sjukvården är noggranna med att informera nyblivna mammor. Baxter, McCourt, & Jarret (2014) nämner i sin studie att kvinnor värdesätter att få prata om förlossningen och att deras barnmorska lyssnar på vad dem har att säga. Kvinnorna nämnde även att möjligheten till att få en samtalskontakt efter förlossningen gav dem chansen till att ställa frågor om det var något de undrade över. Baxter, McCourt, & Jarret (2014) nämner också att några av barnmorskorna i studien berättade att de hade velat utbildas i hur de skulle hålla i samtal med nyblivna mammor. De berättade också att de kunde stöta på mycket känslor från mamman och därför ville de kunna bemöta dessa på ett bra sätt. Evans et al. (2012) nämner också att det är viktigt att barnmorskorna är utbildade för att kunna ge hjälp och information till de nyblivna mammorna. EPDS intervjuerna anses vara en bra metod för att fånga upp mammor som ligger i riskzonen för förlossningsdepressioner (Miles, 2011). I vår studie framkom det dock att metoden inte fungerat så bra som det nämnts i tidigare forskning. Mammorna i vår studie upplevde att metoden var bristfällig då de tycker att den känns opersonlig och svaren styrs av det tillfälliga välbefinnandet och humöret, vilket de tyckte gjorde den opålitlig. Metoden skall enligt Miles (2011) fungera som en screeningmetod för förlossningsdepressioner. Trots detta har några av mammorna i vår studie inte fått besvarat enkäten. Antonovsky (1987) nämner att individers begriplighet stärks om de anser att information är ordnad, sammanhängande och strukturerad. Genom att sjukvården ger mer information och följer riktlinjerna för screening skulle nyblivna mammors begriplighet kunna stärkas.

Det framkom i vår studie att samtalskontakter efter graviditet och förlossning är viktigt för mammors välbefinnande. Mammorna berättar att den enda samtalskontakten de har fått har varit vid efterkontrollen 10 veckor efter förlossningen. Mammorna önskar mer samtal med sjukvården kring förlossningen och tiden efter. Tammentie et al. (2013) menar att det är viktigt att personalen som kommer i kontakt med de nyblivna mödrarna är lyhörda och lyssnar på dem och deras partners samt att de får bra information och samtalsstöd om de behöver. Arbetet kring mammorna bör även lägga stort fokus på familjen som helhet och det är viktigt att barnmorskorna som kommer i kontakt med familjerna får dem att känna sig trygga så de känner att de kan öppna upp sig. Det är viktigt att få prata om sådant som är jobbigt samt tankar och känslor kring förlossning och föräldraskapet (Tammentie, et al., 2013). Något som tagits upp i resultatet men inte i tidigare forskning är förväntningarna på att känna kärlek för sitt barn vid första stund. Några av mammorna beskriver att det kan vara jobbigt och skamset att som nedstämd erkänna detta hos bland annat sin barnmorska. De nämner även att det är väldigt tabubelagt att som nybliven mamma må dåligt då de förväntas att leva på rosa moln och att allt ska vara underbart med den nya familjemedlemmen. En del av mammorna i vår studie berättade att de själva hade förväntat sig att känna kärlek för barnet vid första ögonkastet men då de inte upplevde detta klandrade dem sig själva. Deltagarna i intervjun lyfter även att det är viktigt att stärka känslan av att förstå och att kunna handskas med olika situationer för att kunna vara en bra mamma. Antonovsky (1987) beskriver att begreppet begriplighet bland annat står för att ha förståelse och förmåga att bedöma och

kunna förklara olika situationer vilket kan kopplas till mammornas kriterier för att kunna vara en bra mamma. Här är det även viktigt för sjukvården att informera mammorna om alla dessa känslor som kan komma eller inte kommer efter förlossningen.

Det finns många förväntningar på nyblivna mammor som påverkar deras välbefinnande. Deltagarna i vår studie pratar mycket om förväntningar, både på sig själva och från omgivningen. Mammorna nämner att dessa förväntningar ofta har gjort att de känt sig otillräckliga som mammor vilket i sin tur har påverkat deras välbefinnande negativt. I Hodgkinson, Smith, & Wittkowskis (2014) skriver att många kvinnor blir ofta besvikna på sig själva, sin partner eller barnet då verkligheten inte lever upp till deras förväntningar. Bilszta et al. (2010) beskriver i sin forskning att kvinnor har ofta höga förväntningar på sig själv och det kan vara svårt att leva upp till att vara en bra förälder i alla lägen. Att se sig själv som en dålig mamma orsakar ofta försämrat välbefinnande och kan upplevas värre än själva förlossningsdepressionen. Därav kan även många nyblivna mammor förneka att de mår dåligt (Bilszta, et al., 2010). När mammor jämför sig med andra föräldrar kan känslan av besvikelse förstärkas (Hodgkinson, Smith, & Wittkowskis, 2014). Amning är ett exempel på förväntningar som finns hos både mamman och hennes omgivning. Deltagarna beskriver att amning är en av de största anledningarna till att de känt sig stressade eller nedstämda. Även de mammor som gett ersättning från födseln nämner att de ofta fått mycket frågor kring varför de inte ammar. De mammor som ammar nämner att det finns många olika faktorer kring amningen som gör dem stressade, bland annat kommentarer från andra eller att de inte vet hur mycket barnet får i sig samt att amningen inte alltid fungerat felfritt. Majoriteten av mammorna berättar också att bristande information kring amning har gjort dem stressade vilket i sin tur påverkat deras välbefinnande negativt. Castro Dias & Figueiredo (2015) skriver i sin studie att amningen påverkar uppkomsten av förlossningsdepressioner och symptom för detta. Negativa upplevelser av amningen så som smärta, negativa attityder och svårigheter att amma är sådant som kan leda till nedstämdhet hos en nybliven mamma (Castro Dias & Figueiredo, 2015). Silva, et al. (2016) nämner i sin forskning att information både innan och efter förlossningen från sjukvården är viktigt för att mammor ska vilja amma och för att amningen inte skall påverka deras välbefinnande negativt. Vår studie har visat att tillräcklig information kan minska skillnaderna mellan mammans förväntningar och verkligheten. Även här kan Antonovskys begrepp hanterbarhet och begriplighet kopplas till resultatet av vår studie. Antonovsky (1987) beskriver att hanterbarheten kan stärkas genom att individen på rätt sätt kan möta de kraven som finns och att begripligheten kan stärkas genom begriplig information.

Övriga saker som kommit upp i resultatet som skiljer sig från tidigare forskning var egentidens roll för nyblivna mammors välbefinnande. Majoriteten av mammorna tycker att stödet från andra har spelat en viktig roll för om de har haft möjlighet till egentid eller inte. Deltagarna berättar också att det är viktigt att de själva får bestämma vad de ska göra med sin egentid och att de inte ville utföra hushållssysslor när de väl får avlastning av sin partner. Bilszta et al., (2010) menar att många nyblivna mammor är rädda för att de inte kan göra allt som de gjorde tidigare och att de känner att de tappat kontrollen över sin vardag. I Bilszta et al. (2010) studie beskrivs även att det kan vara svårt att kombinera förväntningarna på att bli mamma med de känslor som kommer med den nya föräldrarollen. Negron et al. (2013) tar upp i sin studie att få avlastning för att kunna

utföra vardagssysslor och sådant som kvinnan gjort tidigare är viktigt för att minska risken för att hon ska drabbas av en förlossningsdepression. Studien visar att det är extra viktigt att ge nyblivna mammor stöd för att hinna med allt i vardagen och för att de ska få tid till egna intressen, eftersom kvinnan får lägga mycket annat åt sidan när hon ska ta hand om barnet (Negron et al., 2013). Antonovsky (1987) nämner att hanterbarheten hos individer kan stärkas med hjälp av omgivningen. Avlastning från omgivningen kan göra att mamman får sin egentid, vilket också kan öka hennes hanterbarhet och i sin tur hennes välbefinnande.

Fysisk aktivitet hos nyblivna mammor kan både öka och minska genom den nya föräldrarollen. Det framkom i studien att de mammor som innan förlossningen varit väldigt fysiskt aktiva nu är betydligt mindre fysiskt aktiva än innan. De mammor som inte varit fysiskt aktiva innan har däremot blivit mer fysiskt aktiva efter förlossningen. Detta kan anses som intressant i relation till tidigare forskning då det inte tas upp där alls och är något som påverkar mammornas välbefinnande. Några av mammorna i studien nämner att en aktivitet som kunde utföras i föräldragrupperna var att träna tillsammans i gruppen för att de tyckte att det var svårt att hitta tiden till att träna annars. Något annat som också kom upp i resultatet och som är nytt i relation till tidigare forskning är hur mammornas självbild påverkas av bristande fysisk aktivitet och hur detta i sin tur påverkat deras välbefinnande. Mammorna berättar att deras självbild har förändrats sedan de blev föräldrar, både hur de ser på sin kropp men också personlighetsmässigt. Kvinnors självbild ändras ofta mycket under det första året efter en förlossning, ofta utvecklas en negativ inställning till kroppen efter en tid in i föräldraskapet (Rallis, Skouteris, & Wertheim, 2007). Gjerdingen, et al., (2009) menar att kvinnors självbild utvecklas både utifrån vad kvinnorna själv tycker och tänker men påverkas också av omgivningen. Gao et al. (2010) nämner att en negativ kroppsuppfattning är vanligt hos nyblivna mammor. Att mammorna känner sig fulare, fetare eller mindre feminina är vanligt och oron kring kroppsförändringar eller hur sexlivet kommer att påverkas är också en faktor som kan bidra till en sämre självbild hos nyblivna mödrar (Gao et al. 2010). Hodgkinson, Smith, & Wittkowski (2014) beskriver att kvinnan ofta har orealistiska krav på sig själv och sin kropp både under en graviditet och efter en förlossning. Gemensamt för alla deltagare i studien är att känslan av att kunna hantera dessa tankar och uppfattningar kring sin nya kropp är viktigt, vilket kan kopplas ihop med begreppet hanterbarhet (Antonovsky, 1987). Mammorna nämner att det är viktigt att trivas med sig själv både när det gäller det fysiska och mentala för att känna sig tillräcklig samt att känna sig behövd som mamma. Antonovsky (1987) beskriver att meningsfullhet står för att det individen gör ska kännas meningsfullt. Mammorna beskriver att känslan av att det finns en mening med att vara mamma till sitt barn är viktigt, vilket kan kopplas till begreppet meningsfullhet inom KASAM.

7.2 Metoddiskussion

Metoden i studien valdes för att intervjuer gör det lättare att få en djupare förståelse för mammornas känslor kring föräldraskapet (Eriksson - Zetterquist & Ahrne, 2015). Granheim & Lundman (2004) beskriver fyra vanliga begrepp inom kvalitativa studier, dessa är trovärdighet, pålitlighet, överförbarhet och möjligheten till att konfirmera och styrka det som studeras. Trovärdighet står för att forskaren under arbetet ska säkerställa

att forskningen utförts enligt de regler som finns. Forskarna bör även rapportera resultatet till deltagarna i studien. Vilket gör att deltagarna ges möjlighet till att godkänna resultatet som forskaren fått fram eller att komma med förslag på ändringar (Granheim & Lundman, 2004). Granheim & Lundman (2004) beskriver att begreppet pålitlighet går ut på att forskaren ska vara noggrann när det gäller att redogöra för alla moment i forskningsprocessen och även hur korrekta studiens slutsatser är. Med överförbarhet menas hur pass användbart resultatet är i andra miljöer och situationer (Granheim & Lundman, 2004). Möjligheten till att konfirmera och styrka handlar enligt Granheim & Lundman (2004) om huruvida forskaren har agerat i god tro. Forskaren får alltså inte ha blivit påverkad av sina personliga värderingar eller den teoretiska inriktningen. Nedan kommer fördelar och nackdelar med den valda metoden kopplat till vår studie att presenteras.

Urvalet i vår studie ändrades lite efter studiens gång då tanken först var att använda deltagare från en facebookgrupp samt några bekanta. Urvalet ändrades också genom att tanken från början var att endast använda semistrukturerade intervjuer men sedan valdes även fokusgruppsintervjuer. Genom fokusgruppsintervjuerna fick vi fram många olika perspektiv på ämnet vilket i slutändan gjorde resultatet mer intressant. Om studien endast hade präglats av semistrukturerade intervjuer hade det förmodligen inte blivit samma djup i resultatet. Fokusgruppsintervjuer användes i studien även för att vi ville få ett grupperspektiv kring ämnet. Största anledningen till att två olika intervjumetoder valdes är för att få information från så många synvinklar som möjligt och på så sätt också få ett större djup i vår studie. En av styrkorna med intervjuer är att det går att få mer utvecklade svar genom metoden än genom en kvantitativ metod i form av exempelvis enkäter (Eriksson - Zetterquist & Ahrne, 2015). På så sätt blir det även lättare att använda resultatet i studien i ett senare preventivt arbete mot förlossningsdepressioner. Ett bekvämlighetsurval har i slutändan gjorts då vi använde oss av personer i vår närhet (Bryman, 2011). Bryman (2011) menar dock att ett problem med bekvämlighetsurval är att det inte är representativt för alla i målgruppen som studien syftar till att undersöka eftersom det endast är personer från forskarens närhet som deltagit. Dock valdes denna typ av urval eftersom det är ett känsligt ämne och vi ville ha alla förutsättningar för att få utvecklade svar. Deltagarna kommer även från olika län vilket breddar vårt urval och därav ser vi inte heller detta som ett problem för vår studie. Bryman (2011) nämner också att den personliga närheten kan göra så att intervjuaren medvetet eller omedvetet påverkar intervjudeltagaren och hur hen besvarar frågorna. Detta har försökts att undvikas genom att vi haft så öppna frågor som möjligt för att vår relation till deltagarna inte ska påverka resultatet.

Antalet personer som deltagit i studien är elva personer, vilket är en väldigt liten del av nyblivna mödrar i landet. Problemområdet som undersöks fokuserar därav på en väldigt begränsad grupp individer och det kan därför bli svårt att motivera studiens överförbarhet även om annan metod hade valts till att undersöka ämnet. Detta eftersom urvalet ej går att ändra med tanke på studiens syfte (Granheim & Lundman, 2004). För att öka överförbarheten i studien valdes en bred ingång med induktiv ansats genom att ställa relativt öppna frågor gällande mammornas tankar och känslor kring ämnet. Detta gjorde, speciellt i fokusgruppsintervjuerna, att mammorna valde att prata öppet om deras hälsa överlag och inte enbart relaterat till ämnet. Respondenternas svar gjorde sedan att vi fick

en patogen ansats detta då de nämner fler riskfaktorer och hur de kan förebyggas än friskfaktorer och hur de kan främja hälsan. Vi valde även ett brett syfte för att vi ville ge respondenterna utrymme att berätta, beskriva och reflektera i en bred bemärkelse, vilket också var en strategi för att minska förförståelsen under intervjuerna. En annan strategi för att minska förförståelsen var att några av respondenterna fick läsa resultatet och ge deras bild av det så att inget har missats eller tolkats fel, vilket också har bidragit till att studiens trovärdighet har ökat. Att använda flera metoder rekommenderas ofta i kvalitativa studier. Bryman (2011) nämner att det på så sätt går att få en bredare belysning och kan se hur metoderna stödjer varandra, vilket också ökar trovärdigheten. Att från början till slut i studien beskriva forskningsprocessen och varit detaljerad i beskrivandet av alla delar i arbetet har även pålitligheten tagits hänsyn till (Granheim & Lundman, 2004).

Eftersom de flesta av deltagarna var bekanta upplevdes det att de kände sig trygga att prata öppet om deras tankar och upplevelser vilket också gjorde att resultatet i studien fick ett visst djup. Hade deltagarna inte varit bekanta hade det kunnat resultera i att studien inte fått samma resultat då individerna kanske känt sig mer obekväma att öppna sig. I vissa forskningssammanhang betraktas relationer till respondenterna som något negativt ur etisk synpunkt men det finns andra sammanhang där det betraktas som en styrka, att relationen skapar en tillit och förtroende (Bryman, 2011). Genom att vara bekant med respondenterna upplevde vi att intervjuerna inte behövde styras särskilt mycket, vilket också bidrog till en öppnare konversation. Detta har i slutändan bidragit till att intervjun blivit av god kvalitet och på så sätt har även studiens tillförlitlighet stärkts (Granheim & Lundman, 2004).

Antalet intervjuare i förhållande till att vi var två intervjuare kan ses som något problematiskt, speciellt i den fokusgruppsintervjun där intervjudeltagarna endast var två. Eriksson - Zetterqvist & Ahrne (2015) nämner dock att vid intervjuer är det bra att vara fler än en intervjuare, även vid enskilda intervjuer, för att den ena endast ska kunna lägga fokus på att ställa intervjufrågor och föra intervjun framåt medan den andra kan lägga fokus på anteckningar av övriga detaljer. Detta tyckte vi övervägde nackdelarna med att vara två intervjuare då det kändes viktigt att få med alla detaljer vid intervjuerna för att få ett så bra och tillförlitligt material som möjligt.

8. Konklusion

Huvudresultaten i studien är förväntningar, bristande information och svagt socialt stöd. Dessa har visat sig vara faktorer som påverkar de nyblivna mammornas välbefinnande. Studien har i det stora hela gått ut på att hitta faktorer som påverkar nyblivna mammors välbefinnande både positivt och negativt. Resultatet har också gett förslag på hur ett förebyggande arbete mot nedstämdhet och förlossningsdepression kan se ut ur mammornas perspektiv.

Det är tydligt att mammorna i studien tycker att det finns både bra och mindre bra sidor med att bli förälder. Resultatet i studien visar att välbefinnandet hos nyblivna mammor är viktig att tillgodose för att de inte ska drabbas av nedstämdhet och/eller förlossningsdepressioner. Resultatet visar även att information är en betydande del i det preventiva arbetet mot nedstämdhet. Förväntningarna på att bli mamma ser ofta

annorlunda ut än vad verkligheten gör enligt mammorna i studien. Att mammorna ifrågasätter sig själva som föräldrar samt att de känt att det varit jobbigt och skamset att erkänna för omgivningen att de känt sig nedstämda har även påverkat deras välbefinnande negativt. Information gällande amning, brist på egentid, och att inte känna kärlek för barnet vid första ögonkastet är andra faktorer som resultatet har visat kan påverka mammornas välbefinnande.

Genom att utbilda sjukvårdspersonal inom ämnet kan de sprida rätt information gällande riskfaktorer och på så sätt förebygga nedstämdhet och förlossningsdepression hos nyblivna mammor. Informationen bör lägga fokus på områden som förväntningar, stöd från omgivningen, amning och kroppsförändringar då detta är fyra centrala delar som tagits upp under studiens gång och som kan påverka mammornas välbefinnande. Sjukvårdspersonalen behöver också utbildas för att kunna bemöta nyblivna mödrar på rätt sätt så att de inte känner sig oförstådda eller förvirrade.

Studien riktar endast in sig på nyblivna mammor och genusperspektivet blir därav lagt åt sidan. Det som hade kunnat gjorts i andra studier är att även intervjua deltagarnas alternativa partners för att få deras syn på den nya föräldrarollen och på så sätt få in ett genusperspektiv. Mer forskning behövs även för att se över vad som saknas inom vården när det kommer till att ge information kring graviditet, förlossning och det nyblivna föräldraskapet för att nyblivna mammor inte ska drabbas av nedstämdhet och förlossningsdepressioner. Resultatet i denna studie kan bidra till fortsatt forskning inom området eller inom det fortsatta förebyggande arbetet mot förlossningsdepressioner.

9. Referenser

1177. (2017). *1177.se*. Hämtat från <https://www.1177.se/Kronoberg/Tema/For-barn-och-unga-om-rattspyskiatriin/Psykisk-ohalsa/Psykisk-ohalsa/> den 04 03 2019
- Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium* (2:a uppl.). Stockholm: Natur och kultur.
- Bauer, G., Davies, J.K., Pelikan, Juergen. (2006). *The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators*. 21(2), ss. 153-159.
- Baxter, J. D., McCourt, C., & Jarret, P. M. (2014). What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: A critical review of the literature. *Midwifery*, 30(2), 194-219.
- Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A., & Milgrom, J. (2010). Women's experience of postnatal depression - beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 44-54.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2:a uppl.). Stockholm: Liber.
- Carlisle, S. & Hanlon, P. (2007). *The complex territory of well-being: contestable evidence, contentious theories and speculative conclusions*. *Journal of Public Mental Health*, 6(2), ss. 8-13.
- Castro Dias, C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 171, 142-154.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum. *Journal of health psychology*, 14(1), 27-35.
- Dahlin-Ivanhof, S. (2015). Fokusgruppsdiskussioner. i Ahrne, Göran, & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (ss. 81-92). Stockholm: Liber.
- Dennis, C.-L., & McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta paediatrica*, 96(4), 590-594.
- Dennis, C.-L., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588-599.
- Eriksson, Monica (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis: the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence scale*. Diss. Åbo akademi.
- Eriksson - Zetterquist, U., & Ahrne, G. (2015). Kapitel 3. Intervjuer. i G. Ahrne, & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (ss. 34-54). Stockholm: Liber.
- Evans, M., Donelle, L., & Hume-Loveland, L. (2012). Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 405-410.

- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2012). Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Brasillian journal of psychiatry*, 34(4), 446-450.
- Gao, L.-L., Chan, S. W.-C., You, L., & Li, X. (2010). Experiences of postpartum depression among first-time mothers in mainland China. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 303-312.
- Gjerdingen, D., Fontaine, P., Crow, S., & McGovern, P. &. (2009). Predictors of mothers' postpartum body dissatisfaction. *Women & Health*, 49(6-7), 491-504.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26(3), 456-466.
- Hodgkinson, E. L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 330(14) 1-11.
- Kurth, E., Krähenbühl, K., Manuela Eicher, R. S., Fölmli, L., Conzelmann, C., & Zemp, E. (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. *BMC Health Services Research*, 82(16), 1-14.
- Lawrence, D., & Blum, M. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic psychology*, 24(1), 45-62.
- Miles, S. (2011). Winning the battle: a review of postnatal depression. *British journal of midwifery*, 19(5), 221-227.
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social Support During the Postpartum Period: Mothers' Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support. *Matern Child Health Journal*, 17(4), 616-623. doi:10.1007/s10995-012-1037-4
- Pearlstone, T., Howard, M., Sallysbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression . *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(4), 357-364.
- Proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik: https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/pr-op.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf
- Rallis, S., Skouteris, H., & Wertheim, E. H. (2007). Predictors of body image during the first year postpartum: A prospective study. *Women & Health*, 45(1), 87-104.
- Rasmussen, M.-L. H., Strøm, M., Wohlfahrt, J., Videbech, P., & Melbye, M. (2017). Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: A population-based cohort study. *PLOS medicine*, 14(9), 1-13.
- Regeringens och nationell samordnares direktiv 2015:13817 December 2015 om utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa: <https://www.regeringen.se/4af7f7/contentassets/06ccd5b67bca4b869f65004e20939bdd/na>

tionell-samordnare-for-utveckling-och-samordning-av-insatser-inom-omradet-psykisk-halsa-dir2015_138.pdf

SBU (2014). *Förebyggande av postpartumdepression - Psykosocial och psykologisk profylax mot depression efter förlossningen*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad 2019-05-29.
https://www.sbu.se/contentassets/73818752dfbf4323b03373505b066269/forebyggande_postpartumdepression_2014_06.pdf

Seedhouse, D. (1995). *Well-Being: health promotion's red herring*. *Health promotion international*, 10(1), ss. 61-67.

Silva, C. S., Lima, M. C., Sequeira-de-Andrade, L. A., Oliveira, J. S., Monteiro, J. S., Lima, N. M., . . . Lira, P. I. (2016). Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Jornal de Pediatria*, 93(4), 356-364.

SKL. (2018). *Sveriges kommuner och landsting*. Hämtat från Maskulinitet och jämställt föräldraskap - arbete för pappors ökade delaktighet:
<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-673-5.pdf> den 14 03 2019

Stewart, D. E., & Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *The new england journal of medicine*, 375(22), 2177-2186.

Tammentie, T., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., & Tarkka, M. (2013). Public health nurses in Finland help to prevent postnatal depression. *Primary health care*, 23(1), 26-31.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. (1986) [Elektronisk] Tillgänglig:
http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf (läst 2019-05-22).

Wynter, K., Rowe, H., & Fisher, J. (2013). Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: A community study in Victoria, Australia. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 980-985.

10. Bilaga 1 – Informationsbrev

Informationsbrev

Du tillfrågas härmed att delta i en studie som handlar om att undersöka nyblivna mammors hälsa i relation till föräldraskapet samt hur ett förebyggande arbete mot förlossningsdepression kan se ut, vilket även är studiens syfte. De hälsoaspekter som kommer att fokuseras på är både fysiska, psykiska och sociala.

Förväntningarna på att bli mamma ser ofta annorlunda ut än vad verkligheten gör. Att känna en otrolig kärlek för sitt barn redan vid första stund är inte alltid så självklart som många tror, eller så kan oron för att man inte räcker till ta över. Denna oron och alla frågor som väcks kan leda till att den nyblivna mammans psykiska hälsa påverkas negativt, vilket i sin tur kan leda till en förlossningsdepression. Vi har därför valt att göra denna studien för att se vilka faktorer som kan påverka, både på ett psykiskt, fysiskt och socialt plan och hur det går att arbeta förebyggande mot förlossningsdepressioner.

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ studie i form av intervjuer där vi kommer att intervjua ca. 2 personer individuellt samt ha 3 stycken fokusgruppsintervjuer med 2–4 deltagare i varje grupp. Deltagarna till studien har valt ut genom bekanta.

Det är viktigt att just du deltar i studien för att vi ska få så många synvinklar som möjligt inom området vi vill undersöka. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan avbryta din medverkan när som helst utan närmare motivering. I studien kan det förekomma frågor som väcker känslor och som kan kännas jobbiga att besvara. Det är därför viktigt för dig som deltar att veta att allt material som samlas in behandlas konfidentiellt och kommer att förvaras säkert tills examensarbetet är färdigskrivet och godkänt. Därefter kommer allt material som kan kopplas till enskilda individer att förstöras. Resultatet kommer också att presenteras som en helhet så att inte enskilda deltagares bidrag kommer att kunna identifieras. Det insamlade materialet kommer att ligga till grund för vårt examensarbete och materialet kommer därför inte heller att användas i annat forskningssyfte.

Arbetet kan i framtiden komma att användas till det fortsatta förebyggande arbetet mot förlossningsdepressioner. För dem som vill går det självklart bra att läsa det färdiga examensarbetet.

Vi som håller i studien heter Kim Jonsson Lundin och Nellie Carlsson. Vi kan nås genom mejl eller via telefon. Kontaktuppgifter till handledare finns även nedan.

Kim Jonsson Lundin

Nellie Carlsson

Handledare Åsa Bringsén

11. Bilaga 2 – Samtyckesblankett

Projektets titel: <i>(ifylles av student)</i>	Datum: <i>(ifylles av student)</i>
Namn: <i>(ifylles av student)</i> Mejladress: Handledarens namn:	Studerar vid Högskolan Kristianstad Utbildning:
Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.	
Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning: Datum:	
Deltagarens underskrift:	

12. Bilaga 3 – Intervjuguiden

12.1 Intervjuguide 1 - Frågeområden med öppningsfrågor

Psykisk hälsa

- Mammans mående (Hur är det att vara mamma?)
- Familjeperspektivet (Hur är det att vara en familj?)

Fysiskt hälsa

- Kroppsförändringar (Hur känns kroppen efter förlossningen? I förhållande till både funktion och utseende?)
- Fysisk aktivitet (Hur fungerar träningen i relation till föräldraskapet?)

Social hälsa

- Det sociala nätverket (Hur är det att vara nybliven mamma i relation till det sociala?)

Psykisk ohälsa

- Nedstämdhet (Vad skapar nedstämdhet hos en nybliven mamma?)

Vårdens/samhällets ansvar

- Resurser (Vad finns det för resurser? Vilka resurser saknas?)

12.2 Intervjuguide 2 - Kompletterande frågor till intervjuguide 1

1. Hur upplever du/ni tiden efter förlossningen? var det som du/ni trott? om inte vad var skillnaden?
2. Hur är det att vara mamma? Vad är jobbigt kontra vad är det bästa?
3. Vad tror du/ni gör så att en individ drabbas av förlossningsdepression, Psykiska/fysiska/sociala aspekter?
4. Hur har er fysiska aktivitet påverkats av mammarollen? mer/mindre/samma?
5. Hur känner du att kroppsförändringarna har påverkat dig både fysiskt, psykiskt och socialt?
6. Tycker du/ni att det finns krav på en nybliven mamma? I så fall vilka och hur känns detta? Vart kommer dessa kraven från?
7. Hur har den nya föräldrarollen påverkat er socialt? (i relation till vänner/familj)
8. Vilka delar tror du är de viktigaste för att förebygga en förlossningsdepression?
9. Hur upplever du/ni vården som skyddsfaktor för att stötta en nybliven mamma?
10. Skulle du/ni vilja att vården bemötte dig/er på ett annat sätt, innan, under och efter förlossningen? I så fall hur?
11. Hur upplevde du/ni att informationen kring nedstämdhet och förlossningsdepressioner var innan förlossningen?
12. Hur tycker du/ni att ett förebyggande arbete mot förlossningsdepressioner ska se ut?