

Förstagångsmammors välbefinnande

- **Betydelsen av sociala relationer och stöd för
nyblivna mammors mentala mående**

The wellbeing of first time-mothers


*– The importance of social relationships and support for
emergent mothers mental health*

Lajla Dzebic

Sanna Frank

Handledare: Ulf Träff

Examinator: Fredrik Falkenström

	Institutionen för beteendevetenskap och lärande 581 83 LINKÖPING	Seminariedatum 2019-01-17
--	---	-------------------------------------

Språk <input checked="" type="checkbox"/> Svenska/Swedish <input type="checkbox"/> Engelska/English	Rapporttyp <input checked="" type="checkbox"/> Uppsats grundnivå <input type="checkbox"/> Uppsats avancerad nivå <input type="checkbox"/> Examensarbete <input type="checkbox"/> Licentiatavhandling <input type="checkbox"/> Övrig rapport	ISRN-nummer LIU-IBL-PSYK3-G--18/006--SE
--	---	---

Titel

Förstagångsmammor välbefinnande – Betydelsen av sociala relationer och stöd för nyblivna mammors mentala mående

Title

The wellbeing of first time-mothers – The importance of social relationships and support for emergent mothers mental health

Författare

Lajla Dzebic, Sanna Frank

Sammanfattning

Förstagångsmammors välbefinnande är ett diskuterat ämne med mycket tidigare forskning bakom sig. Studiens syfte var att undersöka huruvida det finns ett samband mellan förstagångsmammors fysiska och psykiska välbefinnande och olika faktorer som relationer samt stöd från social omgivning och sjukvård med en kvantitativ analysmetod. Enkäter skickades ut till sociala medier och utefter det sammanställdes resultatet via SPSS. Resultatet av denna studie visar att förstagångsmammor är i behov av stöd från sjukvård och social omgivning. En bra relation till framförallt partner och vänner är viktigt för det mentala måendet. Tidigare psykiska besvär, medicinering för psykiska besvär och diagnostisering av personlighetsstörning påvisar en stor risk att drabbas av förlossningsdepression. En besvärlig förlossningsupplevelse kan också bidra till en förlossningsdepression och deltagarna upplevde att de fått bättre information från sjukvården kring de psykiska bieffekterna av att föda barn än de fysiska bieffekterna, något som sa emot tidigare forskning.

Nyckelord

First-time mothers, postpartum depression, wellbeing, social support, support healthcare

Abstract

The wellbeing of first-time mothers is a well discussed subject with previous research from all over the world. The aim of this study was to see whether there is a connection between the physical and mental wellbeing of first-time mothers and several factors such as relationships, social support and support from healthcare with a quantitative analysis method. Surveys were sent out on social media and the results were compiled via SPSS. The results of this study indicates that first-time mothers are in need of both support from healthcare and their social surrounding. A good relationship to especially partner and friends are important for their mental health. Previous mental disorders, medication for mental disorders or that the person is diagnosed with a personality disorder could increase the risk of experiencing postpartum depression. A difficult birth experience could also contribute to a postpartum depression and the participants experienced that they received better information about the mental side effects of giving birth rather than the physical side effects, which contradicts previous research.

Keywords: First-time mothers, postpartum depression, wellbeing, social support, support healthcare

Förord

Vi vill uppmärksamma och tacka några som gjort denna uppsats möjlig. Först och främst vill vi tacka Ulf Träff som under arbetets gång gett värdefull handledning. Ett stort tack till alla underbara förstagångsmammor som valt att delta i denna studie genom att svara på vår enkät; Vi trodde aldrig att vi skulle få sådan bra respons under den tid vi hade att tillhandahålla. Vi vill även tacka administratörerna till de "*mammagrupper*" vi kontaktat via sociala medier som godkänt publikation av vår enkät så fler förstagångsmammor kunde delta.

Slutligen vill vi tacka våra familjer och pojkvänner för ovärderligt stöd under arbetets gång.

Tack!

Lajla Dzebic & Sanna Frank,
Linköping, januari 2019.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Syfte.....	1
Teori och empiri.....	1
<i>Teorin om “den goda modern” och normer</i>	2
<i>Psykisk ohälsa hos mödrar</i>	3
<i>Fysisk ohälsa hos mödrar</i>	5
<i>Stöd från relationer</i>	5
<i>Stöd från vården</i>	6
<i>Frågeställningar</i>	9
Metod	9
Urval.....	9
Avgränsningar.....	9
Utformning av enkät.....	10
Bortfall.....	10
Validitet och reliabilitet.....	11
Dataanalys.....	11
Etiska överväganden.....	13
<i>Könsidentitet</i>	13
Resultat	14
Beskrivning av stickprov.....	14
Har förstagångsmammors ålder, relationer till anhöriga, stöd från social omgivning och sjukvård någon betydelse för hur de mår mentalt?.....	14
Har en besvärlig förlossningsupplevelse eller fysiska men efter förlossning ett samband med psykiska besvär hos förstagångsmammor?.....	15
Får förstagångsmammor bättre information om de eventuella fysiska bieffekterna efter sin förlossning eller de psykiska bieffekterna?.....	15
Ger psykiska besvär innan förlossning större risk att få en förlossningsdepression hos förstagångsmammor?.....	16
Diskussion	16
Resultatdiskussion.....	16
Metoddiskussion.....	21
Slutsatser.....	22
Framtida forskning.....	23
Referenser	24
Tryckta referenser.....	24
Elektroniska referenser.....	24
Bilaga 1 - Följebrev	26
Bilaga 2 - Enkät	27

Förstagångsmammors välbefinnande

- Betydelsen av sociala relationer och stöd för nyblivna mammors mentala mående

Inledning

Förstagångsmammors upplevelser och känslor kring att bli förälder för första gången kan vara ytterst individuellt. Olika faktorer som stress, oro, fysiska men efter förlossning eller besvärlig förlossningsupplevelse samt stöd från social omgivning och sjukvården tror vi kan komma att påverka mammans välbefinnande.

I en rapport från april 2017 har Socialstyrelsen fått i uppdrag av Regeringen att kontrollera vården för förstagångsmammor efter förlossning. Denna rapport visar på att 63% av de 43 sjukhus som deltagit inte har någon rutin gällande kontroll av psykiskt mående hos de nyblivna mammorna. Det finns en tydlig brist på rutiner då det är förekommande med psykisk ohälsa efter en negativ förlossningsupplevelse (Socialstyrelsen, 2017). Verksamhetsansvarig vid varje sjukhus fick redogöra för Socialstyrelsen om vilka åtgärder som finns om mamman visar tecken på nedstämdhet och vanligast förekommande är att erbjuda samtal hos en barnmorska (Socialstyrelsen, 2017). I samma rapport visar även resultatet att 19% av sjukhusen inte ger ut någon som helst skriftlig information till mamman om var hon ska vända sig om hon känner sig nedstämd eller deprimerad. Det förekommer även avsaknad av rutiner gällande den fysiska hälsan då 9% av de deltagande sjukhusen inte erbjuder hälsokontroll för mamman efter förlossning. Detta varierar dock mellan samtliga sjukhus beroende på mammans tillstånd när hon lämnar sjukhuset samt efter hur många timmar efter förlossning hon åker hem (Socialstyrelsen, 2017).

På grund av de bristande rutinerna vad det gäller uppföljning i sjukvården och hur förstagångsmammors mentala hälsa hanteras vill vi undersöka huruvida bristande stöd från sjukvården och även den sociala omgivningen kan bidra till konsekvenser vad gäller förstagångsmammors välbefinnande. När vi undersöker våra egna erfarenheter av ämnet kommer vi fram till att de vi är bekanta med som har fött sitt första barn tenderar att söka stöd hos sina närstående, vilket vi tror kan vara en viktig del för mammans välbefinnande. Vi har därför valt att studera detta ämne då det först och främst ligger oss nära och dessutom att det är ett intressant ämne som vi tycker borde uppmärksammas mer. Att föda barn anser vi är en mycket stor händelse i livet och för vår del som inte fått uppleva moderskap ännu kan det tillbringa en del frågor, funderingar och rädsla kring hur man ska vara som förälder och även vilket stöd man kommer få från sin sociala omgivning och sjukvården. Vi vill därför gräva djupare i ämnet för att förhoppningsvis komma fram till en generell slutsats.

Syfte

Syftet med denna studie är att studera vilken betydelse som sociala relationer, socialt stöd och stöd från sjukvården har för förstagångsmammors psykiska och fysiska välbefinnande.

Teori och empiri

I detta stycke kommer tidigare forskning och teorier kring förstagångsmammors fysiska och psykiska välbefinnande belysas men även normer och myter kring den "goda modern". Det kommer också tas upp vad som är viktigt i stöd från nära

relationer och vad Socialstyrelsens enkätundersökning säger om värden efter förlossningen.

Teorin om "den goda modern" och normer

Begreppet norm inbegriper olika utgångspunkter som historiskt har använts inom konsensusteorin om social ordning. Där definieras norm som samhällets önskvärda gemensamma värderingar där tonvikten läggs på människors anpassning (Johansson, 2014).

När det kommer till familjelivet finns det en underliggande norm kring att kvinnan håller i trådarna vad gäller barnen, skolan och barnens kompisar (Nihlén & Nilsson, 2006). Mamman i familjen anses bland annat vara den som ger den emotionella uppmärksamheten till barnen och har lättare för att känslomässigt uttrycka sig (Nihlén & Nilsson, 2006). Detta är ingen ovanlig social konstruktion av den typiska normativa familjen utan kvinnan tenderar fortfarande ha huvudansvaret för hushållsarbetet och barnomsorgen trots strävan efter jämställdhet (Johansson, 2014). Detta är en konstruktion som kan tas till urminnes tider med myten om den "goda modern", där föreställningen om att kvinnan i sin natur är skapad och menad för att föda och uppfostra barn (Bäck-Wiklund & Bergsten, 2010). Den "goda modern" har ett sinne för kärlek till såväl vuxna som barn och hennes tålmod och ömhet upphör aldrig (Bäck-Wiklund & Bergsten, 2010). Myten om den "goda modern" menar att moderskapet är heligt, ett kall för kvinnan och gör att kvinnan inte har några bekymmer med att offra sig själv för sin man och sitt barn (Bäck-Wiklund & Bergsten, 2010). Detta är en modersideologi som är en del av ett inbyggt normsystem där kvinnor först identifierar sig som mödrar och i andra hand som samhällsindivider (Bäck-Wiklund & Bergsten, 2010).

I feministisk litteratur är myten om den "goda modern" ett återkommande problematiserande tema och som tidigare nämnt är det en universell och historisk idealbild av kvinnan som kärleksfull och osjälvisk i sitt omhändertagande av sitt barn och som samtidigt ser sin mans behov (Johansson, 2014). Den "goda modern" handlade länge om en mor som gav sitt barn fysisk omsorg genom att ge barnet bra mat och en god förutsättning till ett hälsosamt liv och detta ska senare komma att inkludera ett psykologiskt omhändertagande som att älska barnet på ett sätt som tillslut gör de till goda medborgare i samhället (Johansson, 2014). Denna syn och myten kring moderskap menar Johansson (2014) kan kopplas till normalisering och kring den stigmatisering som drabbar mödrar som inte lever upp till samhällets idealbild om "den goda modern".

Moderskapet beskriver Johansson (2014) som en social praktik och institution med outtalade förväntningar och kulturbestämda roller. Johansson (2014) skriver att det är viktigt att skilja de biologiska aspekterna från de sociala. Det är viktigt att synliggöra att även män och icke-biologiska mödrar kan visa omsorg och omhänderta ett barn men i de flesta fall är det den biologiska mamman som har det främsta huvudansvaret kring omsorg vilket är en koppling till moderskapet och därför bör begreppet *modrande* behållas (Johansson, 2014). Modrande är ett begrepp som Johansson (2014) beskriver som ett samlingsbegrepp för det som anses vara moderskapets biologiska aspekter, det vill säga; bära, föda, uppfostra och amma blivande/födda spädbarn.

Freuds teoribildning kring det psykoanalytiska fick en bredare och mer normativ empirisk grundad teori kring barns psykologi efter andra världskriget (Johansson, 2014). Här bekräftar Freud att mamman identifieras som en viktig del i barnets emotionella hälsa och i relation till detta ansåg man att kvinnor har en medfödd modersinstinkt och att graviditet är den största lösningen på kvinnors oedipuskomplex (Johansson, 2014).

Myten handlar inte bara om hur en ideal mamma ska vara utan även hur kvinnan som individ ska bete sig och se ut (Johansson, 2014). Detta kan i sig bilda en uppfattning kring "den olämpliga mamman" (Johansson, 2014). Johansson (2014) beskriver hur ensamstående, lesbiska och bisexuella kvinnor samt kvinnor med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar ifrågasatts som goda mödrar. Flertalet faktorer kan komma att sätta press på den blivande mamman där ålder är vanligt förekommande (McLean, 2011). För en äldre förstagångsmamma sätts enligt McLean (2011) andra krav på henne och hon tenderar att känna sig inkompetent och begränsad i sitt moderskap. McLean (2011) presenterar i sitt resultat att det finns både för- och nackdelar med att föda barn i medelåldern. McLean (2011) beskriver en ambivalent attityd hos de äldre förstagångsmammorna på grund av bristfälligt socialt stöd, att hon känner sig ensam i sitt moderskap och har lättare att känna ångest. Detta är dock något naturligt och oundvikligt då attityderna kring "den goda modern" är så pass ingrodd i det moderna samhället (McLean, 2011).

Psykisk ohälsa hos mödrar

Bergström (2003) skriver att en positiv eller negativ förlossning kan ha en stor påverkan på hur mammans mående blir efteråt. Bergström (2003) beskriver hur en bra och fin förlossningsupplevelse kan göra att mamman känner sig i princip manisk. Hon kan känna sig glad och stark, inte uppleva några begränsningar i livet och enbart prata om vilken fin upplevelse hon har haft (Bergström, 2003). Har hon däremot haft en svår förlossningsupplevelse kan det överskugga hela hennes känsloliv och göra att fysiska men hon fått efter förlossningen påminner om det svåra (Bergström, 2003). Det kan vara traumatiskt och svårt att bearbeta det som har hänt vilket också gör att upplevelsen av att vara en mamma blir mer komplex (Bergström, 2003). Att vara lycklig över sitt barn och samtidigt sörja och bearbeta en svår förlossning kan vara känslomässigt omöjligt och risken för en känslomässig överbelastning är stor (Bergström 2003). Det kan ha varit en långdragen process som gjort mamman utmattad, att det uppstått en medicinsk komplikation som utsatt mammans eller barnets liv i fara eller att förlossningen avslutats med ett akut kejsarsnitt (Bergström, 2003). En del kvinnor kan under förlossningen uppleva att de inte blivit sedda eller lyssnade på och att de har upplevt att förlossningen varit ett fysiskt övergrepp (Bergström, 2003). Utöver detta kan kvinnan ha gripits av panik och tappat kontrollen utan att få hjälp att lugna sig (Bergström, 2003).

Efter en svår förlossningsupplevelse kan det uppstå en rad olika bieffekter, både fysiska och psykiska (Bergström, 2003). Rädsla och smärta kan prägla den första tiden som mamma och en förvirring samt traumatiska bilder av förlossningsupplevelsen kan sätta sig på näthinnan (Bergström, 2003). Bergström (2003) beskriver hur det kan vara vanligt att kvinnan känner sig deprimerad, får vredesutbrott, blir allt mer känslös, att hon upplever att hon tappar kontroll över sig själv och sitt liv, och att det nästan kan kännas som ett svart hål som är svårt att ta sig ur. Hon kan även uppleva en

besvikelse kring hur hon reagerat fysiskt och psykiskt och den upplevelse hon varit med om (Bergström, 2003). I och med detta kan hon känna sig otillräcklig som mamma, hon ställer höga krav på sig själv och hon kanske upplever att hon och barnet behöver en bättre start (Bergström, 2003).

Polania (2014) skriver att det sällan pratas om mammor med mental ohälsa då det antas, av både allmänheten och inom vården, att personer med någon form av mental ohälsa inte föder barn eller inte är kapabla till att behålla barn. Polania (2014) tar upp en rad olika psykiska faktorer som kan bidra till en sämre mental hälsa för mamman bland annat att tiden efter förlossningen har en ökad risk för återkommande emotionella och mentala biverkningar. Den mentala ohälsan efter förlossning kan delas upp i tre delar; "baby blues", förlossningsdepression och psykos (Polania, 2014). Kliniker har enligt Polania (2014) svårt att ta sig an mammor med mental problematik efter förlossningen vilket leder till en begränsad behandling för mammor.

Efter förlossningen sker det en del hormonella, interpersonella och dagliga skift som kan bidra till det som kallas för *baby blues* (Polania, 2014). *Baby blues* kan ge symtom som irritation, trötthet och nedstämdhet (Polania, 2014). Det är ett mycket vanligt tillstånd hos nyblivna mödrar till följd av de hormonella förändringarna och brukar ges till känna ungefär tre dagar efter förlossningen (Polania, 2014).

Att känna sig nedstämd och trött efter en förlossning är vanligt men det kan också resultera i en svår depression (Polania, 2014). Polania (2014) beskriver hur tidigare studier har visat att depressioner hos kvinnor som fött barn är den näst största dödsorsaken hos mödrar, efter HIV och AIDS. Det visar också att 18% av kvinnor som är gravida ligger i risk för att visa symtom på en depression under och efter graviditeten och att 14% av kvinnor som är gravida kommer fylla kriterierna för att lida av en svår depression under och efter graviditeten (Polania, 2014). En förlossningsdepression kan ta sig i samma uttryck som en vanlig depression; ett depressivt humör, förlorat intresse eller förlorat tillfredsställelse, en känsla av skuld och dålig självkänsla, svårigheter med sömn och/eller dålig aptit, låg energi och sämre koncentrationsförmåga (Polania, 2014). Symtomen för depression kan visa sig runt den första trimestern och förlossningsdepressionen kan manifesteras sig ungefär 12 veckor efter förlossningen (Polania, 2014). Studier visar också på att om kvinnan tidigare eller under tiden hon är gravid lider av ångest och inte får en behandling har hon en större chans att drabbas av en förlossningsdepression (Polania, 2014). Andra anledningar till att drabbas av en förlossningsdepression är tidigare depressioner, ung ålder, begränsat socialt stöd, ambivalens kring födseln, äktenskapliga problem, att vara ensamstående och tidigare premenstruella problem (Polania, 2014). Även här nämner Polania (2014) att om förlossningen varit dålig kan det öka risken för en förlossningsdepression till följd av traumatiska upplevelser.

Förlossningspsykos beskrivs som en fenomenologisk deskriptor av den mest allvarliga psykiska störningen som kan förekomma efter en förlossning (Polania, 2014). Olika sjukdomar som kan manifesteras sig med en förlossningspsykos inkluderar svår depression med psykotiska drag, bipolär I och bipolär II, schizofreni, ospecificerade psykosor och svåra psykostillstånd (Polania, 2014). Studier visar att i den allmänna populationen drabbas 1 av 1000 kvinnor av en förlossningspsykos medan 1 av 7 kvinnor som är diagnostiserade med bipolär sjukdom drabbas av en

förlossningspsykos (Polania, 2014). Det visar sig att 5% av de kvinnor som drabbas av en förlossningspsykos begår barnamord och av dessa har 73% av kvinnorna lidit av bipolär sjukdom (Polania, 2014).

Fysisk ohälsa hos mödrar

I en rapport framtagen av Socialstyrelsen (2011) undersöks den somatiska förlossningsvården med samtidig psykisk sjukdom för kvinnor i Sverige. Förlossningsvården skiljer sig från annan sjukvård i den mening att de tar hänsyn till såväl medicinska samt psykosociala aspekter i förberedandet till föräldraskap. Det finns en rädsla och oro hos blivande mödrar som lider av en psykisk sjukdom eller är diagnostiserade med en personlighetsstörning gällande förlossningen. I resultatet framkommer att förlossningsupplevelser skiljer sig mellan kvinnor som lider av en psykisk sjukdom, men att de tenderar att både föda för tidigt men även att de blir förlösta med kejsarsnitt för att minska stress och eventuella komplikationer som kan förekomma på grund av detta (Socialstyrelsen, 2011). Eventuella komplikationer som kan förekomma om kvinnan föder med kejsarsnitt kan vara urinvägsinfektion, infektion i livmodern, blodpropp och besvär i moderkakan vid andra graviditeter (1177, 2015). Vid en vaginal förlossning är det enligt 1177 (2018) vanligt förekommande att drabbas av bristningar i underlivet, problem med blås- och tarmfunktionen samt smärta. Bristningar i underlivet är sår i slida och mellangård som kan uppstå om kvinnan föder vaginalt (1177, 2018). Med ökad belastning på rygg och leder kan även fibromyalgi utlösas vid en graviditet och något som kan orsaka smärta efter graviditeten (Fibromyalgi, n.d). I en rapport om komplikationer vid förlossning av Socialstyrelsen (2018) visar resultatet att risken för flertalet komplikationer ökar med nästan tre gånger vid första graviditeten i jämförelse vid födseln av andra eller tredje barnet.

Komplikationerna varierar beroende på om kvinnan förlöste vaginalt eller med kejsarsnitt, men det kan konstateras att komplikationerna är många och i vissa fall livshotande. Vissa komplikationer kommer inte försvinna för kvinnan och hon kommer behöva leva med dessa (Socialstyrelsen, 2018). Andra kroniska sjukdomar som migrän kan uppkomma under graviditeten, vanligast under den första trimestern medan vissa får anfällen efter förlossningen (Huvudvärksförbundet, n.d).

Graviditetsrelaterad kardiomyopati är också ett tillstånd där tecken på sviktande hjärta kan uppkomma i slutet av graviditeten eller en tid efter förlossningen (Medibas, 2012). Tillståndet innebär att sjukdomen angriper muskulaturen i hjärtat som i sin tur ökar risken för att bilda blodproppar i hjärtat (Medibas, 2012). Graviditetsrelaterad kardiomyopati är ytterst ovanligt men sägs drabba 1 av 4000 kvinnor i USA (Medibas, 2012).

Stöd från relationer

Enligt Bergström (2003) tenderar kvinnan i övergången till att bli förälder att förändra sina relationer i sin omgivning. Dessa förändringar, som både kan stärka och försämra relationer, kan vara en följd av exempelvis olikheter/likheter i värderingar. När kvinnan blir mamma ökar hennes behov av närhet och bekräftelse i samtliga relationer (Bergström, 2003). Mamman söker stöttning av sin omgivning och känner ett behov av att kunna diskutera föräldraskapet med dessa (Bergström, 2003). Den blivande eller nyblivna mamman tenderar att vilja dela sina erfarenheter med andra kvinnor som är i liknande situationer, något som enligt Bäckström et al. (2017) i sitt resultat presenterar att det skapar en känsla av lugn och gemenskap. Genom att engagera sig i sitt sociala

nätverk och att samtala med dessa blir mamman säkrare i sin roll som förälder och känner sig mer förberedd på vad som kommer hända härnäst med barnets utveckling och mammans känslor kring detta (Bäckström et al., 2017). Enligt Bergström (2003) tenderar många blivande mammor att upprätta relationen med hennes egna föräldrar. Oavsett hur relationen till dessa personer varit under kvinnans liv så använder hon sina erfarenheter med dem som utgångsläge för hur hon vill vara som förälder. Antingen tar hon avstånd från deras föräldraskap eller så blir hon influerad av deras sätt att uppfostra barn (Bergström, 2003).

Bäckström et al. (2017) beskriver hur de deltagande kvinnorna känner att deras relation till sin partner stärktes under graviditeten. När partnern engagerar sig i kvinnans graviditet, exempelvis via professionella klasser eller parterapi, skapas en känsla av samhörighet och delat ansvar (Bäckström et al., 2017). Den ökade kommunikationen i relationen kan hjälpa mamman att bli mer lugn och fokusera mer på sin egen hälsa (Bäckström et al., 2017). Relationen till ens partner sätts på prov under graviditeten och det ställs högre krav på varandra, då den blivande mamman tenderar att känna ett större bekräftelsebehov från sin partner (Bergström, 2003). Karlström, Nystedt och Hildingsson (2015) menar att partnern är en del av ett lag i den blivande mammans förlossning och stödet från denna är viktig för att mamman ska känna sig trygg. Enligt O'Hara och McCabe (2013) kan brist på socialt stöd eller bristfälliga relationer vara riskfaktorer till varför en kvinna upplever förlossningsdepression. En annan riskfaktor är om den blivande mamman har ett stressigt vardagsliv där hon inte får någon hjälp av sina närstående, vilket skapar en känsla av ensamhet och utsatthet (O'Hara & McCabe, 2013). Bäckström et al. (2017) beskriver fyra olika sorters stöd; emotionellt, värderande, informativt och instrumentellt. Det *emotionella stödet* innefattar kärlek och förtroende till individer som skapar en känsla av säkerhet och tillhörighet av sina närstående. Det *värderande stödet* handlar om att uppmuntra individens styrkor och egenskaper för att stärka individens självkänsla. Det *informativa stödet* handlar skäligen om att ge information för att lösa eventuella problem medans det *instrumentella stödet* är att hjälpa med det faktiska problemet (Bäckström et al., 2017).

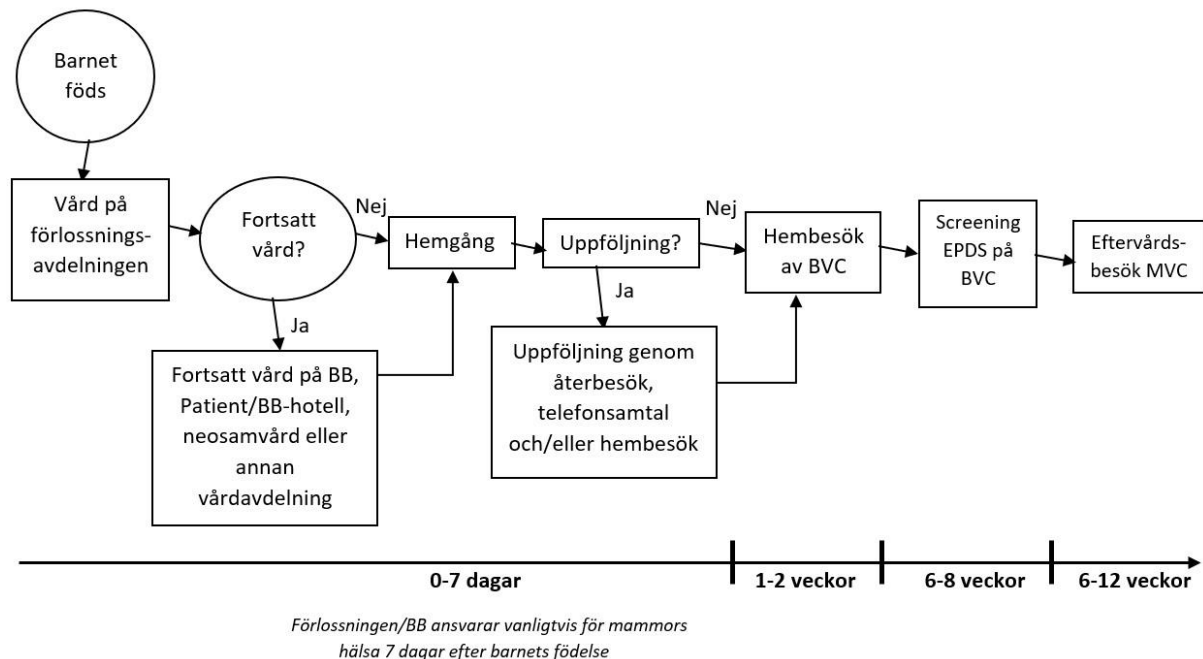
Stöd från vården

Under graviditeten söker den blivande mamman även stöd inom sjukvården, det vill säga sin barnmorska. Trots att denna sortens stöd skiljer sig från det sociala stödet så är de båda av värde för mamman (Bäckström et al., 2017). Bergström (2003) skriver att stödet hos vården är viktig om kvinnan upplever jobbiga känslor efter förlossningen. Det krävs att både vården och omgivningen tar situationen på allvar för att underlätta för kvinnan (Bergström, 2003). Enligt Karlström et al. (2015) är det viktigt för den blivande mamman att ha en bra relation med sin barnmorska där hon känner sig sedd och hörd, vilket leder till att kvinnan känner sig mer självsäker och stark i sin förlossning.

Socialstyrelsens rapport (2017) visar att det finns brister i vården och stödet efter förlossningen. Bland annat saknar 63% av sjukhusen skriftliga rutiner på hur psykisk ohälsa efter förlossning ska hanteras. Dessutom brister det i att ge ut information som innefattar den psykiska ohälsan efter förlossning och var de nyblivna mammorna ska vända sig (Socialstyrelsen, 2017). Vid tidig hemgång kan det dröja en till två veckor innan mamman får träffa en barnmorska på barnhälsovården, BHV, vilket kan skapa

problem då vissa komplikationer efter förlossningen riskerar att missas. En uppföljning kan i vissa fall dröja upp till tolv veckor enligt rapporten (Socialstyrelsen, 2017). Tidigare forskning har enligt Barnmorskeförbundet (2017) visat på att 12% av nyförlösta kvinnor i Stockholm har sökt akutvård den närmsta tiden efter förlossningen på grund av komplikationer som uppstått i efterhand som tyder på en brist i vård eller uppföljning.

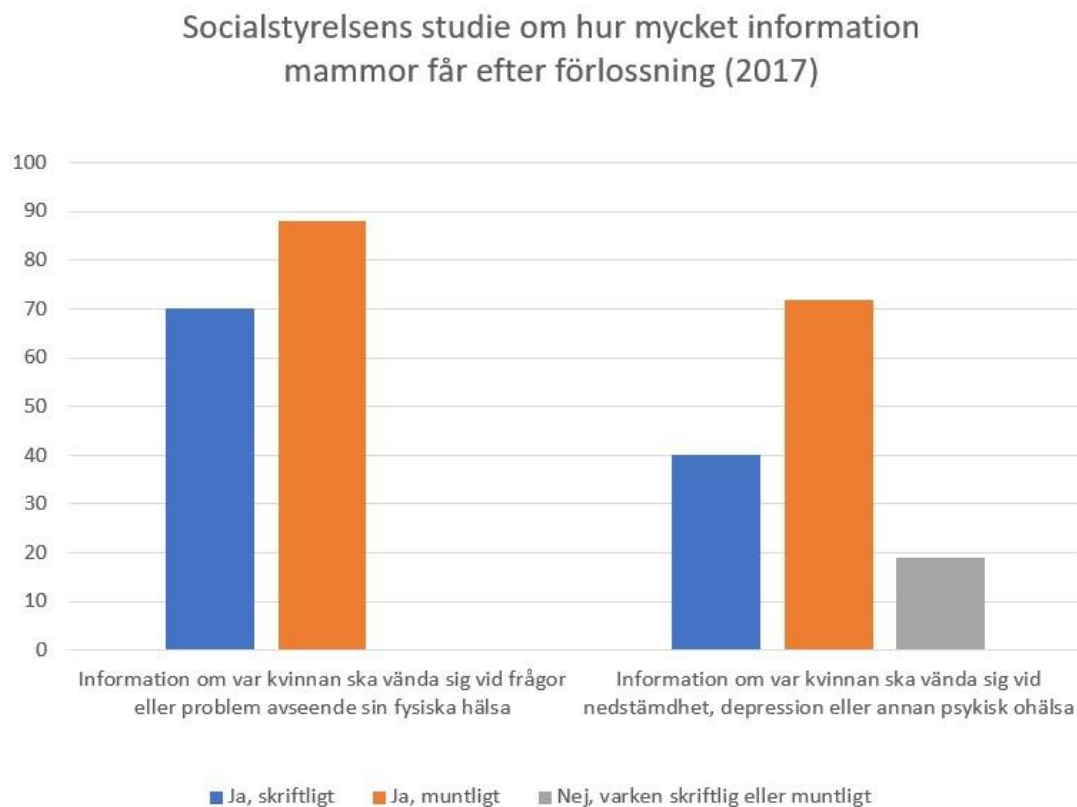
Socialstyrelsen (2017) beskriver hur de skickade ut en enkät i syfte att undersöka uppföljningen av förlossningsvård till 21 landsting varav 20 av dessa svarade, vilket motsvarar 95% av Sveriges landsting. Resultatet av Socialstyrelsens rapport (2017) visar att en tredjedel av sjukhusen alltid följer upp kvinnans hälsa efter en förlossning medan 56% gör det i enstaka fall. Efter sex till åtta veckor bör sjukhuset erbjuda ett screeningtest för att följa upp kvinnans mentala hälsa efter förlossningen (Barnmorskeförbundet, 2017). Ungefär 70-90% av sjukhusen erbjuder detta via landstinget. Siffran varierar och resultatet visar att ett landsting erbjöd bara hälften av nyförlösta kvinnor denna typ av uppföljning (Socialstyrelsen, 2017).



Figur 1 - Vårdkedjan efter förlossning (Källa: Socialstyrelsen)

Det finns en tydlig brist gällande vårdens sätt att hantera uppföljning, rådgivning, stöd och behandling av såväl psykisk och fysisk problematik efter förlossning (Socialstyrelsen, 2017). Kvinnan och barnets hälsa ska vara ett stort fokus efter förlossningen, men cirka 90% av landstingen har ingen som helst överrapportering vad gäller förlossningen till varken mödrahälsovården eller barnhälsovården (Socialstyrelsen, 2017). Barnmorskor inom mödrahälsovården kan ta del av såväl barnets som den nyblivna mammans journaler medan BHV-sköterskor bara kan ta del av barnets journaler, vilket gör att mödrahälsovården måste få en ordentlig överrapportering så ingen information missas (Socialstyrelsen, 2017). BHV-sköterskor kan dock ta kontakt med mödrahälsovården om förlossningen har varit komplicerad eller om mamman visar på psykosocial problematik (Socialstyrelsen, 2017). Barnhälsovården gör vanligtvis besök hos mamman en till två veckor efter födseln där

den första uppföljningen ska ske, bland annat de mentala och fysiska problemen men också stöd och råd kring amning, barnets utveckling, levnadsvillkor och det sociala stödet (se *Figur 1*). Vad det gäller stöd och vård kring den psykiska hälsan efter förlossningen medges det att nyblivna mammor som upplever nedstämdhet, depression och andra typer av mentala besvär efter förlossningen skickas vidare till en psykolog eller kurator, men att i vissa fall får en läkare bedöma hennes tillstånd och boka in ett besök hos specialistmödravården (Socialstyrelsen, 2017). Ett fåtal sjukhus menar att de förlänger vårdtiden efter ett sådant besked (Socialstyrelsen, 2017). Vad det gäller en negativ förlossningsupplevelse erbjuder 37 av 43 sjukhus samtal med en barnmorska medan 6 sjukhus menar att de inte alls har en åtgärdsplan (Socialstyrelsen, 2017).



Figur 2 - Information innan hemgång (Källa: Socialstyrelsen)

Vid hemgång fick Socialstyrelsen (2017) som svar att det som brister är informationen kring var kvinnan ska vända sig vid mentala bieffekter efter förlossningen där 19% svarade att de varken har skriftlig eller muntlig information (se *Figur 2*).

Karlström et al. (2015) visar i sin rapport hur viktigt det är för en mamma att ha en bra förlossningsupplevelse. Under förlossningen arbetar mamman, barnmorskan och assisterande sjuksköterska som ett lag för att mamman ska känna sig trygg och stark (Karlström et al., 2015). Det är en grundläggande del i den svenska sjukvården att barnmorskan ska skapa en relation med den blivande mamman för att kunna lita på varandra och stärka varandras förmågor (Karlström et al., 2015).

Frågeställningar

Vi har valt *fyra* frågeställningar att besvara i vår studie:

1. Har förstagångsmammors ålder, relationer till anhöriga, stöd från social omgivning och sjukvård någon betydelse för hur de mår mentalt?
2. Har en besvärlig förlossning eller fysiska men efter förlossning ett samband med psykiska besvär hos förstagångsmammor?
3. Får förstagångsmammor bättre information om de eventuella fysiska bieffekterna av att föda barn jämfört med de psykiska bieffekterna av att föda barn?
4. Ger psykiska besvär innan förlossning större risk att få förlossningsdepression hos förstagångsmammor?

Metod

Vi har valt att utföra en surveyundersökning med kvantitativ inriktning. För att göra ett större material tillgänglig för analys är kvantitativ metod ett bra tillvägagångssätt då det är lättare att kunna dra generella slutsatser (Ekström et al., 2013). Vi konstruerade en enkät med utvalda frågor som vi skickade ut till fem grupper på Facebook. Två av dessa grupper, *Queens Norrköping* med 3 105 medlemmar samt *Honey & the bees* med 138 061 medlemmar, hade inget med moderskap att göra utan är enbart grupper för tjejer och kvinnor. De andra tre grupperna, *Mammor united* med 22 105 medlemmar, *Mammagrupp med högt i tak* med 8 743 medlemmar och "*Dåliga mammor*" med 10 068 medlemmar är till för mammor att diskutera frågor kring graviditet och moderskap. I och med att vi själva inte har barn fick vi kontakta administratörerna för grupperna för att på så sätt få tillgång till grupperna och kunna dela ut vår enkät. Vi lade också ut vår enkät på våra egna Facebook-sidor med en tydlig förklaring kring studien för att locka till oss fler deltagare.

Vi hade enkäten ute i 7 dagar och fick in sammanlagt 668 svar. Genom att använda sociala medier för att publicera sin studie ger det forskare möjlighet att nå ut till större antal människor med någonting gemensamt (Denscombe, 2018).

Urval

Vårt urval är kvinnor över 18 år som enbart har fött ett barn de *senaste 5 åren*. Vi har använt oss av ett klusterurval med en befintlig grupp. Ett klusterurval används skäligen för att undersöka ett redan befintligt kluster/grupp i populationen och används ofta i surveyundersökningar (Denscombe, 2018). Det har också på sikt blivit ett snöbollsurval då deltagarna delat våra inlägg och taggat personer i kommentarsfälten som de tycker borde svara. Snöbollsurval innebär alltså att urvalet växer där en person hänvisar studien eller enkäten till en annan person (Denscombe, 2018). Urvalet växer till en så kallad snöboll med att de nytillkomna personerna i sin tur svarar på enkäten och ombeds att få med ytterligare personer som vill delta (Denscombe, 2018). Denna typ av urval är effektivt för att bygga upp ett stort projekt eller samla in många deltagare (Denscombe, 2018).

Avgränsningar

Vi har valt att avgränsa oss till kvinnor som under de *senaste 5 åren* fött ett barn. Vi anser att om vi har med kvinnor som fött *mer* än ett barn kan dessa upplevelser förväxlas och resultatet blir därmed inte tillförlitligt. Skälet till varför vi valt att

avgränsa åldern på barnet till högst 5 år är att vi antar att även där kan minnen och känslor förväxlas hos mamman.

Då studien har en psykologisk approach samt tidsbegränsning på cirka 2 månader kommer vissa faktorer inte inkluderas såsom socioekonomiska aspekter. Vi kommer i synnerhet begränsa oss till att undersöka de psykologiska aspekterna i relationer, stöd och välbefinnande hos våra deltagare. Med tanke på den tidsram vi måste förhålla oss till kommer vi behöva att avlägsna faktorer som kommer att ta tid, fastän det skulle vara intressant och dessutom relevant för studien.

Utformning av enkät

Vid utformning av frågor för vår enkät följde vi vissa punkter Denscombe (2018) poängterar för att ge ett tillförlitligt resultat och hög svarsfrekvens. Först och främst ska enkäten vara lättillgänglig för deltagare (Denscombe, 2018). Vår enkät är skapat genom *Google Formulär*, ett gratis program online där man skapar olika former av frågeformulär. Användandet av *Google Formulär* innebar att deltagarna behövde svara på samtliga påståenden för att kunna gå vidare till nästa avsnitt och för att slutligen kunna skicka in den. För att nå en hög svarsfrekvens ska ämnet till studien ligga deltagaren varmt till hjärtat (Denscombe, 2018). Vår enkät som fick namnet "En studie om förstagångsmammor" fängade därmed intresset hos de som kunde relatera till ämnet. Genom att framställa ämnet på ett optimistiskt och entusiastiskt sätt gör det deltagarna intresserade (Denscombe, 2018). I följebrevet till enkäten förtydligades syftet med studien, kriterierna som ska uppnås för att delta samt de etiska kraven som menar att personen som svarar på enkäten är anonym och kan avbryta studien när som helst (se *Bilaga 1*). Genom att visa tacksamhet för deltagarnas insats skapar det en känsla av att "göra skillnad" hos dessa och de tenderar att känna sig delaktiga i något som de är intresserade av (Denscombe, 2018). Frågorna i en enkät ska vara lättformulerade och inte vara en börda för deltagarna och dessutom är det viktigt att ge information om hur lång tid deltagandet innefattar (Denscombe, 2018). Följer man inte dessa riktlinjer tenderar deltagare i frustration att lämna undersökningen och svarsfrekvensen blir låg (Denscombe, 2018). Majoriteten av frågorna i denna enkät är utformade som ställningstaganden där deltagaren ska rangordna på en skala mellan 1–5 där 1 är *instämmer inte alls* och 5 är *instämmer helt*. Det förekommer även frågor där deltagarna enbart skulle kryssa i rutan för "Ja" eller "Nej" samt att skriva in ett kort svar som följdfråga på tre av dessa. Vid utformning av frågor och påståenden valde vi att dela upp dessa i kategorier för att vi lättare skulle kunna skilja på de begrepp vi sökte till våra frågeställningar, det vill säga "Relation till föräldrar", "Relation till partner", "Relation till vänner", "Stöd från sjukvården" och "Socialt stöd". Dessa kategorier fick namnen "Allmänt", "Social omgivning", "Fysiskt", "Mentalt" och "Stöd" (Se *Bilaga 2*).

Bortfall

Enkäten, som var skapad genom *Google Formulär*, var formulerat på ett sätt att om man deltog skulle deltagarna svara på obligatoriska avsnitt för att kunna skicka in sitt svar, vilket gjorde att vi inte fick några "halvfärdiga" svar och därmed inte några bortfall i detta slag. Av de 668 svarande var det 19 personer som inte uppfyllde kraven för att kunna delta i undersökningen. Det var 2 personer som var under 18 år, 1 person som föder år 2019 och 16 personer uppfyller inte kravet att barnet ska vara född de senaste 5 åren utan i detta fall är barnen födda från år 2012 och bakåt. Procentuellt fick

vi ett bortfall på 2,8%. Dessa personer kommer därmed inte inkluderas i resultatet. Enligt Denscombe (2018) är det oundvikligt att det kan förekomma urvalsfel när man använder en surveyundersökning då den kan hamna hos obehöriga personer.

Validitet och reliabilitet

För att få ett tillförlitligt resultat hade vi i samråd med handledare satt som mål att få in 200 svar, men som tidigare nämnt lyckades vi samla in 668 svar vilket var över förväntan. Det finns både för- och nackdelar med att välja kvantitativ analysmetod (Denscombe, 2018). Då svaren är anonyma kan vi inte veta om de som svarar på enkäterna är sanningsenliga. Vi kan inte heller veta om personen som svarar enbart har ett barn, är en kvinna eller svarar ärligt på frågorna. Deltagare kan även vara en änglamamma, alltså en person som förlorat sitt barn, något vi inte inkluderade i enkäten. Vi tror att vår studie kommer visa på stark validitet då de variabler som mäts kommer gå att applicera genom våra väl utformade enkätfrågor (se *bilaga 2*). Reliabiliteten i vår studie kommer vara svårare att belägga då det är svårt att bevisa hur sanningsenliga enkätsvaren är delvis på grund av hur ärligt deltagarna svarat samt eventuell misstolkning (Denscombe, 2018). I och med att vi gör en kvantitativ studie kan vi inte heller gå djupare in i ämnet eller fördjupa oss i vissa frågor då inga enskilda samtal/intervjuer har utförts. Detta har fått en del kritik från andra forskare inom de kvalitativa områdena (Ekström et al., 2013). En fördel med att ha enkäter istället för fysiska träffar med deltagare är att det inte förekommer en intervjuareffekt som kan påverka deltagarnas svar (Denscombe, 2018).

Dataanalys

Dataanalysen genomfördes genom statistikprogrammet SPSS. För inläring av programmet användes huvudsakligen hemsidan SPSS-akuten (2018) som komplement till vår tidigare kunskap. Vidare information och hjälp gällande SPSS har försetts av vår handledare Ulf Träff som arbetar som Professor vid Linköpings Universitet.

För att besvara våra frågeställningar har det krävts att beräkna olika analysmetoder. För att besvara frågeställning 1 ”*Har förstagångsmammors ålder, relationer till anhöriga, stöd från social omgivning och sjukvård någon betydelse för hur de mår mentalt?*” utfördes en multipel regressionsanalys för att undersöka om det finns ett statistiskt samband för befintligt stickprov mellan en variabel och flera prediktorer. I detta fall undersöktes det om variabeln ”Mentalt mående idag” hade något samband med prediktorerna ”Ålder”, ”Relation föräldrar”, ”Relation partner”, ”Relation vänner”, ”Stöd från sjukvård” samt ”Socialt stöd”.

För att besvara frågeställning 2 ”*Har en besvärlig förlossningsupplevelse eller fysiska men efter förlossning ett samband med psykiska besvär hos förstagångsmammor?*” utfördes två Chi-två test; ett Pearson’s r för att undersöka huruvida fysiska men efter förlossning kan vara en bidragande faktor till förlossningsdepression eller nedstämdhet under första perioden som mamma, samt ett Kendalls Tau för att förklara om tidigare psykiska besvär (diagnostiserad med personlighetsstörning eller tidigare haft ångestliknande symtom) kan komma att vara en bidragande faktor till förlossningsdepression.

För att besvara frågeställning 3 ”*Får förstagångsmammor bättre information om de eventuella fysiska bieffekterna av att föda barn jämfört med de psykiska bieffekterna*

av att föda barn?” utfördes en envägs-ANOVA med upprepad mätning för att kunna jämföra medelvärden för respektive kategori från enkäten, det vill säga “Jag har fått bra information av sjukvården om eventuella fysiska bieffekter efter förlossning” och “Jag har fått bra information av sjukvården om eventuella mentala bieffekter efter förlossning” samt för att få fram den förklarade variansen.

För att besvara frågeställning 4 ”Ger psykiska besvär innan förlossning större risk att få förlossningsdepression hos förstagångsmammor?” utfördes tre Chi-två test Pearson’s r då svaren från enkäten är en dikotomi; då passar denna form av analys bäst.

För att analysera våra valda kategorier “Relation föräldrar”, “Relation partner”, “Relation vänner”, “Stöd från sjukvården” samt “Socialt stöd” sammanställdes svar från enkäten från utvalda frågor som följer:

- Relation föräldrar
- “Jag har en bra kontakt med mina föräldrar”
 - “Jag har lätt för att prata med mina föräldrar”
 - “Jag har haft en bra uppväxt”
 - “Jag och mina föräldrar har liknande värderingar”
- Relation partner
- “Jag och min partner har en bra relation”
 - “Jag litar på min partner”
 - “Jag har lätt för att prata med min partner”
 - “Min partner finns där för mitt barn”
- Relation vänner
- “Jag har många vänner”
 - “Jag har minst en vän jag kan prata med om jag mår dåligt”
 - “Jag har mycket kontakt med andra mammor”
 - “Jag kan prata öppet med min omgivning om mitt föräldraskap och hur jag uppfostrar mitt barn”
- Stöd från sjukvården
- “Jag har fått bra stöd av sjukvården efter min förlossning”
 - “Jag hade en bra kontakt med min barnmorska under den första perioden som mamma”
 - “Jag har fått bra information av sjukvården om eventuella fysiska bieffekter efter förlossning”
 - “Jag har fått bra information av sjukvården om eventuella mentala bieffekter efter förlossning”
- Socialt stöd
- “Jag har fått bra stöd från mina föräldrar”
 - “Jag har fått bra stöd från min partner”
 - “Jag har fått bra stöd från barnets andra förälder”
 - “Jag har fått bra stöd från min partners familj”
 - “Jag har fått bra stöd från mina vänner”
 - “Jag upplever att jag alltid har någon att vända mig till om det uppstår problem”

Etiska överväganden

Det finns fyra forskningsprinciper att utgå från som forskare för att studien ska följa de etiska reglerna (Denscombe, 2018). Forskaren ska skydda deltagarnas intresse, garantera att deltagandet är frivilligt samt baserat på informerat samtycke, undvika falska förespeglingar och dessutom följa den nationella lagstiftningen (Denscombe, 2018). Dessa kan inneslutas i kraven nedanför:

1. **Informationskravet:** Forskaren ska informera deltagarna om vad studien går ut på samt vad syftet med studien är (Vetenskapsrådet, 2002). Denscombe (2018) skriver att de deltagande måste ha tillräckligt med information för att på så vis kunna göra en förnuftig bedömning om de vill delta eller inte. Vi förklarar detaljerat i följebrevet till enkäten (se *bilaga 1*) vad studien går ut på och vad syftet med studien är. Vi förklarar också tydligt att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta undersökningen.
2. **Samtyckeskravet:** Deltagarna bestämmer personligen om de vill delta i studien eller inte (Vetenskapsrådet, 2002). Denscombe (2018) skriver att deltagandet aldrig ska tvingas fram utan det måste alltid vara frivilligt. Denscombe (2018) menar också att samtycket måste vara skriftligt och fungerar då som en formell dokumentering av överenskommelsen att delta och dessutom bevisar på att deltagaren blivit informerad om undersökningen och dess syfte. Vi hade inte möjlighet att få en skriftlig överenskommelse från våra deltagare då vi skickade ut vår enkät online. Som nämnt i informationskravet förklarar vi tydligt att deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Det innebär att om personen väljer att svara på enkäten godkänner personen att vi använder informationen till det huvudsakliga syftet, dock kommer personen vara anonym.
3. **Konfidentialitetskravet:** Uppgifterna om personerna som deltar ska behandlas med största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna ska förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte ska kunna ta del av dem (Vetenskapsrådet, 2002). I och med att deltagarna är anonyma i enkäten får vi inte ut namn, personnummer eller annan information som på något sätt kan identifiera deltagarna.
4. **Nyttjandekravet:** Informationen som ges av deltagarna nyttjas inte till något annat än det huvudsakliga syftet (Vetenskapsrådet, 2002). Vi förklarar tydligt i följebrevet till enkäten att den information vi får av de deltagande inte kommer användas till något annat än till studiens syfte (se *bilaga 1*).

Könsidentitet

Vi vill också förmedla att vi i denna uppsats väljer att studera personer som identifierar sig som kvinnor och har rollen "mamma". Könsidentitet beskrivs enligt BUP (2018) som det kön individen identifierar sig som. Det är individen själv som bestämmer hur den definierar sitt kön och vilka ord man vill använda om sig själv (t.ex man, kvinna, icke-binär, genderfluid, intergender etc.). På grund av tidsbegränsning kommer vi inte ha utrymme att studera andra könsidentiteter. Vi kommer däremot att rekommendera en vidare forskning kring personer som har fött sitt första barn, som inte har könsidentiteten kvinna och vilket bemötande de får från omgivning och vård.

Resultat

Beskrivning av stickprov

I enkäten svarade 668 deltagare men enbart $N = 649$ uppfyllde kraven vilket betyder att 2.8% av deltagarna blev bortfall. Medelåldern på deltagarna var 28.04 år med ett intervall mellan 18-46 år. Vid frågan om vilket år barnen är födda blev medelvärdet 2016.40. Vad gäller frågan om kvinnornas graviditet var planerad svarade 61.6% att graviditeten var planerad. Av deltagarna hade 87,4% en partner och av dessa var 80.9% barnets biologiska förälder.

Har förstagångsmammors ålder, relationer till anhöriga, stöd från social omgivning och sjukvård någon betydelse för hur de mår mentalt?

För att besvara frågeställningen beräknades en multipel regressionsanalys. Prediktorerna i analyserna är ålder, relation föräldrar, relation partner, relation vänner, stöd från sjukvården och socialt stöd (se Dataanalys för definiering av kategorier).

Femton procent (15%) av variationen i mentalt mående förklarades av den totala modellen, $R^2 = .150$, $F(6, 580) = 17.06$, $p < .001$, Relation partner ($\beta = .14$) och Relation vänner ($\beta = .13$), Stöd från sjukvård ($\beta = .09$) och Socialt stöd ($\beta = .15$) var signifikanta prediktorer (se Tabell 3). Detta innebär att relationen till partner, relation till vänner, stöd från sjukvården och socialt stöd har betydelse för det mentala måendet hos förstagångsmammor.

Tabell 3.
 Resultat av multipel regressionsanalys för "mentalt mående idag"

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	$pr^{2\dagger}$
Mentalt mående idag.					
$F(6, 580) = 17.06$, $p < .000$, $R^2 = .150$					
Ålder	-.00	.00	-.03	-.808	.00
Relation föräldrar	.01	.05	.01	0.246	.00
Relation partner	.17	.06	.14	3.075*	.01
Relation vänner	.18	.06	.13	2.977*	.01
Stöd från sjukvård	.10	.04	.09	2.365*	.00
Socialt stöd	.22	.08	.15	2.717*	.01

$\dagger pr^2$ = Kvadrerade partkorrelationen, representerar det unika bidraget för varje variabel.
 * = Signifikant.

Har en besvärlig förlossningsupplevelse eller fysiska men efter förlossning ett samband med psykiska besvär hos förstagångsmammor?

Resultatet av enkäten visade att 26% av deltagarna har upplevt förlossningsdepression, dock kan inte detta generaliseras på populationen på grund av reliabilitet. För att undersöka om fysiska men uppkomna i samband med förlossningen ökar risken för att drabbas av förlossningsdepression beräknades ett Chi-två test. Testet visade att fysiska men efter förlossning inte har någon betydelse för upplevd förlossningsdepression, $X^2(1, N=649) = 2.08, p < .15$. Med fysiska men innebär inte att förlossningen varit besvärlig eller traumatiserande utan att mamman fått exempelvis bristningar eller svårålkta ärr efter förlossning. För att undersöka huruvida det finns ett samband mellan om kvinnan fått fysiska men efter förlossning och upplevd nedstämdhet under första perioden som mamma beräknades ett ytterligare Chi-två test. Resultatet visade att de deltagare som fått fysiska men efter förlossningen i större utsträckning upplevde nedstämdhet efter förlossningen, $X^2(1, N=649) = 6.41, p = .011$. Nedstämdhet i denna betydelse är inte en depression.

Vid frågan om huruvida en besvärlig förlossningsupplevelse har ett samband med psykiska besvär hos förstagångsmammor utfördes två beräkningar av Kendalls Tau. Med besvärlig förlossning innebär inte att kvinnan nödvändigtvis upplevt fysiska men efter förlossning och kan istället innefatta att själva förlossningen upplevts svår psykiskt. Variablerna som användes vid första beräkningen var "Förlossningsupplevelse" med "Upplevd förlossningsdepression". Resultatet $r_\tau = .15, p < .001$ visade att förlossningsupplevelsen hos deltagarna har betydelse för om de upplevde förlossningsdepression. I detta fall tyder det på att de som haft en besvärlig förlossning också blivit drabbade av förlossningsdepression. Ett andra Kendalls Tau beräknades med variablerna "Förlossningsupplevelse" med "Upplevd nedstämdhet under första perioden som mamma" där resultatet $r_\tau = .16, p < .001$ visade att nedstämdhet efter en besvärlig förlossning också är en betydande faktor. Detta innebär att personer som haft en besvärlig förlossningsupplevelse också har upplevt nedstämdhet under första perioden som mamma.

Får förstagångsmammor bättre information om de eventuella fysiska bieffekterna efter sin förlossning eller de psykiska bieffekterna?

En envägs ANOVA med upprepad mätning beräknades för att undersöka hur deltagarna hade skattat vilken typ av information av sjukvården de upplevde att de hade fått bättre av. Resultatet visar att deltagarna upplevde att de fått bättre information kring de psykiska bieffekterna efter sin förlossning, snarare än de fysiska bieffekterna. För att se hur stor skillnad det var mellan informationerna utgår vi från beräkningen: $F(1, 68) = 8.215, p = 0.004, \eta^2 = .013$. Den visar en liten skillnad på 1.3% förklarad varians mellan informationen kring de fysiska och psykiska bieffekterna. Medelvärde för de som svarade att de fått bättre information om de fysiska bieffekterna efter sin förlossning är 2.37 (SD = 1.40). Medelvärde är 2.49 (SD = 1.41) för de som svarat att de fått bättre information om de psykiska bieffekterna efter sin förlossning. Detta innebär att det fanns en ytterst liten skillnad gällande hur bra information deltagarna upplevde att de fått gällande fysiska och psykiska bieffekter efter förlossning.

Ger psykiska besvär innan förlossning större risk att få förlossningsdepression hos förstagångsmammor?

För att besvara denna frågeställning utfördes tre Chi-två test. Den standardiserade residualen i samtliga tester är ett *post-hoc test* för att ta reda på vilka kategorier som skiljer grupperna åt. I första beräkningen användes variablerna "Ångestliknande symtom innan graviditet" och "Upplevd förlossningsdepression". Resultatet visade att många deltagare som tidigare haft ångestliknande symtom innan graviditeten även upplevt förlossningsdepression, $X^2(1, N=649) = 28.22, p < .001$. Av de 371 personer som svarade att de upplevt en förlossningsdepression hade 126 av dessa haft ångestliknande symtom innan förlossningen (standardiserad residual = 3.0). Detta tyder på att 34% av de med tidigare ångestrelaterade symtom drabbats av en förlossningsdepression. Motsvarande andel för de utan ångestliknande symtom innan graviditeten var 15.5% (43 av 278).

Vid den andra Chi-två-beräkningen användes variablerna "Diagnostiserad med personlighetsstörning" och "Upplevd förlossningsdepression". Resultatet visade att de deltagarna som var "Diagnostiserad med personlighetsstörning" uppvisade en förhöjd frekvens av förlossningsdepression, $X^2(1, N=649) = 19.22, p < .001$. Tjugoen av de 37 mammorna (56.8%) som angett att de diagnostiserats med en personlighetsstörning blev också drabbade av förlossningsdepression (standardiserad residual = 3.7). Motsvarande andel för de utan personlighetsstörning var 24.2% (148 av 612).

Det tredje Chi-två testet beräknades med variablerna "Medicineras för ångestliknande symtom" och "Upplevd förlossningsdepression". Resultatet visade att de deltagarna som medicineras för ångestliknande symtom uppvisade en förhöjd frekvens av förlossningsdepression, $X^2(1, N= 649) = 30.92, p < .001$. Av de 113 deltagare som svarat att de blir medicinerade för ångestliknande symtom var det 53 (46.9%) som upplevt förlossningsdepression (standardiserad residual = 4.3). Motsvarande andel för de som inte medicinerade för ångestliknande symtom var 21.6% (116 av 536).

Diskussion

I diskussionen kommer studiens resultat diskuteras utifrån tidigare forskning och teorier. Metoden kommer också diskuteras med understöd av kritik, bortfall, svårigheter och framgångar. Slutligen kommer det presenteras en slutsats samt förslag till framtida forskning inom liknande ämne.

Resultatdiskussion

Har förstagångsmammors ålder, relationer till anhöriga, stöd från social omgivning och sjukvård någon betydelse för hur de mår mentalt?

Resultatet av den multipla regressionsanalysen visar relationen till partner, relation till vänner, stöd från sjukvården och socialt stöd har betydelse för det mentala måendet hos förstagångsmammor. Däremot framkom inget samband mellan hur gammal kvinnan var när hon födde sitt första barn och mentala måendet. Inte heller relation till föräldrar var relaterat till det mentala måendet hos förstagångsmammor.

Av studien framgår att relationen har betydelse för förstagångsmammans mentala mående, i synnerhet relationen till partner och vänner. Resultatet visar att 87.4% av deltagarna var i en relation. Bäckström et al. (2017) förklarar hur kvinnan tenderar att känna att relationen till partnern stärks under graviditeten. I analysen av betydelsen av

relation till partner för mammans mentala mående inkluderade vi inte om kvinnan är i relation med barnets andra förälder, därmed kan vi inte säga något om detta mer än att majoriteten av våra deltagare som har partner är i relation med barnets andra förälder (80.9%). Då så pass många av deltagarna är i relation trodde vi från början att relationen till partner kan ha betydelse för mammans mentala mående, vilket vi fick bekräftat av analyserna.

Relationen till vänner var också av betydelse för mammans mentala hälsa vilket är intressant. Bäckström et al. (2017) förklarar hur den nyblivna mamman gärna söker sig till kvinnor i liknande situationer som ger mamman en känsla av lugn och gemenskap. Den nyblivna mamman blir enligt Bäckström et al. (2017) säkrare i sin roll som mamma genom att engagera sig i sitt sociala nätverk. Detta kan vi tänka oss är en bidragande faktor till varför vårt resultat visade att relationen till vänner har betydelse för mammans mentala hälsa.

Vårt resultat kunde inte visa att förstagångsmammans relation till hennes egna föräldrar har någon betydelse för hennes mentala mående. Bergström (2003) förklarar att relationen till ens egna föräldrar kan komma att stärkas eller försämrans när kvinnan blir gravid då hon använder sina erfarenheter från sin egna barndom som ett utgångsläge om hur hon själv vill bli som förälder. Om vårt resultat beror på att vi har ett stort åldersspann eller om det finns flertalet underliggande faktorer som påverkar kan vi inte veta, men denna studie kunde inte hitta något samband mellan relationen till ens föräldrar och förstagångsmammans mentala mående.

Stöd från social omgivning har även visat sig vara viktig för förstagångsmammans mentala mående. Både Bergström (2003) och Bäckström et al. (2017) belyser vikten av bra socialt stöd som en faktor till mammors välbefinnande. Utan bra socialt stöd tenderar kvinnorna enligt tidigare forskning att känna mer ångest och risken att uppleva depression är hög (Bergström, 2003; Bäckström et al., 2017; McLean, 2011; O'Hara & McCabe, 2013). För betydelsen av socialt stöd för förstagångsmammans mentala mående lades sex stycken frågor från enkäten ihop där fem av dessa handlade om ifall deltagarna upplevt att de fått bra stöd från sina föräldrar, sin partner, barnets andra förälder, partnerns familj och sina vänner. Den sista frågan löd "Jag upplever att jag alltid har någon att vända mig till om det uppstår problem". På grund av att vi valde att summera dessa personer i samma uträkning kan vi inte skilja om någon av dessa personer skulle vara mer/mindre viktig för förstagångsmamman. Att stödet från social omgivning visade sig ha betydelse för mammans mentala mående var inget som förvånade oss då det finns mycket tidigare forskning om detta.

Ytterligare en faktor som tycks ha betydelse för förstagångsmammans mentala mående är stödet från sjukvården. Tidigare forskning (Bergström, 2003; Bäckström et al. 2017) kunde förklara att förstagångsmammor värderar stödet från sjukvården lika högt som från sin sociala omgivning. Bäckström et al. (2017) beskriver att förstagångsmamman behöver det *emotionella*, *värderande*, *informativa* och *instrumentella* stödet. Dessa delar går att applicera på både stöd från social omgivning men även med stöd från sjukvården. Förstagångsmammor förlitar sig på de professionella och söker stöd gällande sina funderingar och känslor kring att bli föräldrar, något som Karlström et al. (2015) menar är viktigt, speciellt om kvinnan haft en negativ förlossningsupplevelse. Då vi i vår studie kommit fram till mer

generella slutsatser kan vi inte säga så mycket om vad det är i stödet från sjukvården som är av betydelse för mamman, men vi kan förstå att mamman värderar stödet från sjukvården högt och att det måste fungera mellan dessa två parter för att mamman inte ska riskera att må dåligt psykiskt.

Tidigare forskning visar att ju äldre kvinnan är när hon föder sitt första barn tenderar hon att känna sig otillräcklig som mamma och känna mer ångest (McLean, 2011). För deltagarna i denna studie som har ett intervall mellan 18-46 år verkar resultatet säga att den kronologiska åldern inte har någon betydelse för hur de mår mentalt. Oavsett åldern på kvinnan när hon föder sitt första barn tror vi att det i dagens samhälle snarare beror på personliga skillnader än åldern i sig gällande hur hon mår mentalt. En äldre förstagångsmamma innebär inte som tidigare forskning påstår att kvinnan skulle känna sig otillräcklig i sin roll som mamma, snarare motsatsen. Då svenska kvinnor idag lever i ett mer jämställt samhälle där de inte behöver leva som den normativa "goda modern" skapas bättre förutsättningar för andra valmöjligheter. Bäck-Wiklund & Bergsten (2010) beskriver hur kvinnan i historien varit skapad och menad för att bli mamma. Detta har förändrats med samhällets utveckling och attityderna kring moderskap i allmänhet.

Har en besvärlig förlossningsupplevelse eller fysiska men efter förlossning ett samband med psykiska besvär hos förstagångsmammor?

I denna studie har olika former av psykiska besvär framkommit. Bland dessa har förlossningsdepression varit vanligt förekommande då hela 26% av deltagarna har upplevt förlossningsdepression. Skulle man generalisera detta på populationen är det i jämförelse med tidigare forskning en väldigt hög andel då enligt Polania (2014) är det 14% av gravida kvinnor som fyller kriterierna för att lida av svår depression under och efter graviditeten. Vi tycker det är en väldigt intressant fråga att diskutera; hur kommer det sig att så pass många av våra deltagare har upplevt förlossningsdepression? I vår enkät beskrev vi utförligt vad en förlossningsdepression innebar (se *Bilaga 2*) så risken för feltolkning anser vi är liten. På grund av de rådande normerna om "den goda modern" kan man anta att kvinnor gärna inte pratar om sina psykiska besvär i form av förlossningsdepression då attityderna kring detta är att kvinnan skulle vara en "olämplig mamma", något som Johansson (2014) tar upp. Vi tror att på grund av att vår enkät var anonym kunde deltagarna svara ärligt på frågorna utan att oroa sig över eventuella konsekvenser av detta.

Tidigare forskning visar att fysiska men från förlossning eller att kvinnan haft en dålig förlossningsupplevelse har stor påverkan till psykiska besvär hos förstagångsmammor (Bergström, 2003; Polania, 2014). Bergström (2003) förklarar att en positiv förlossningsupplevelse kan få kvinnan att känna sig nästintill manisk då hon känner lycka och styrka. Har hon däremot en negativ upplevelse kan det ta över hela hennes känsloliv och hon ökar risken för depression (Bergström, 2003). Av våra deltagare kunde resultatet visa att det inte finns något samband mellan fysiska men från förlossning och hennes mentala mående. Fysiska men innefattar exempelvis bristningar i underlivet, tarm-och blåsproblem, och så vidare. Detta tror vi inte nödvändigtvis behöver betyda att mamman upplevt förlossningen som något jobbigt.

Vårt resultat visar däremot på ett samband mellan en besvärlig förlossning och upplevd förlossningsdepression och/eller nedstämdhet under första perioden som

mamma. Vad som innefattar en besvärlig förlossning tror vi kan vara individuellt hos deltagarna, men att de psykiska aspekterna tar mer plats än de fysiska men som kan uppkomma vid en förlossning. Därför kan det antas i enlighet med tidigare forskning (Bergström, 2003) att kvinnor som haft en besvärlig förlossningsupplevelse också ligger i riskzonen för att få förlossningsdepression.

Får förstagångsmammor bättre information om de eventuella fysiska bieffekterna av att föda barn jämfört med de psykiska bieffekterna av att föda barn?

Deltagarna i studien upplever att de fått bättre information kring de psykiska bieffekterna efter förlossning än de fysiska bieffekterna efter förlossning. Enligt Socialstyrelsens (2017) rapport beskrivs det tydligt att den vård som finns i Sverige efter förlossningen visar på brister och att en del tydliga riktlinjer för hur man ska behandla förstagångsmammor som fått psykiska besvär efter sin förlossning inte ens existerar. I Socialstyrelsens undersökning (2017) för vad som egentligen diskuteras efter en förlossning visar att det av 2 av 10 punkter pratas om det emotionella och psykiska besvären efter en förlossning. Socialstyrelsen (2017) tyder på att den skriftliga informationen om vad för typ av besvär som förstagångsmamman upplever ligger på en god nivå med de fysiska besvären men att den muntliga dialogen kring de psykiska besvären ligger i underkant med de fysiska. Det som sticker ut är att dialogen om var kvinnan kan vända sig om hon upplever psykiska besvär efter förlossningen brister i både den muntliga och skriftliga dialogen och i 19% av fallen har det dokumenterats att det inte alls förekommer någon typ av dialog kring information om var kvinnan kan vända sig vid eventuella psykiska besvär.

Vår hypotes om att det pratas mycket om de fysiska besvären efter en förlossning kommer delvis från Socialstyrelsens (2017) rapport men också från den fördom vi har kring hur samhället överlag tar sig an psykiska problem. Trots att det är en ytterst liten skillnad i medelvärden för de som upplever att de fått bättre information om de psykiska bieffekterna jämfört med de fysiska bieffekterna säger det ändå emot den tidigare forskning vi besitter. Socialstyrelsens undersökning gjordes för cirka två år sedan, år 2016, och det kan ha bidragit till att vi fick en annan inblick i svaren från våra deltagare som svarade år 2018. Visserligen tror vi att det kan bero på att vi pratar mer kring psykisk ohälsa idag och att det ständigt är något som utvecklas, inte minst bland sociala medier.

I vår studie visade det sig att många av våra deltagare fick fysiska men i samband med sin förlossning. Här kunde det också dras en slutsats om att det är en faktor som är relativt vanlig bland kvinnor som fött barn, både vaginalt och via kejsarsnitt och att det därför läggs mycket resurser inom just det området. De fysiska skadorna kan på något sätt lappas ihop lättare medan de psykiska besvären kräver mer tid och engagemang från sjukvårdens sida. Polania (2014) skriver också i sin studie att varför det inte finns allt för mycket resurser kring att hantera den psykiska ohälsan hos mödrar är delvis på grund av den föreställning om att kvinnor som lider av en psykisk sjukdom inte skaffar barn eller inte är kapabla till att behålla barn. Dock är det bekräftat utifrån vår studie att deltagarna upplever att informationen om de psykiska besvären efter förlossning är bättre än de fysiska, om än så med liten marginal.

Ger psykiska besvär innan förlossning större risk att få förlossningsdepression hos förstagångsmammor?

Resultatet visar att de som tidigare har haft psykiska besvär innan graviditeten i form av bland annat ångest, depression, eller diagnostiserad personlighetsstörning är de som är överrepresenterade i de som upplevt förlossningsdepression. Detta resultat stämmer överens med den tidigare forskning som påvisar att de som har störst risk för att drabbas av en förlossningsdepression eller en förlossningspsykos är kvinnor som i skedet innan en graviditet eller förlossning har haft psykiska besvär eller har en diagnostiserad personlighetsstörning (Polania, 2014). I detta fall upplevde vi inte resultatet som perplex då vi sedan tidigare i våra studier haft empirin kring att de tidigare upplevelser av psykisk ohälsa kan vara en bidragande faktor kring en del olika aspekter som mående efter förlossning, hur man tar sig igenom uppbrott eller hanterar olika situationer.

Tidigare forskning åskådliggör också resultatet att om en nybliven mamma är diagnostiserad med en personlighetsstörning ökar risken för att få en förlossningsdepression. Vårt resultat visar på att 56.8 % av våra deltagare som lider av en personlighetsstörning också har upplevt en förlossningsdepression.

Resultatet från studien visade dessutom på att de som blir medicinerade för ångestliknande symtom också är överrepresenterade bland de som upplevt förlossningsdepression. Det som dock blir problematiskt att veta är om deltagarna innan förlossningen blivit medicinerade eller om de fortfarande i skedet efter förlossningen är medicinerade för ångestliknande symtom. I detta fall skulle det också påverka resultatet då tidigare forskning (Polania, 2014) visar på att om kvinnan tidigare blivit behandlad för sina psykiska besvär löper hon mindre risk att drabbas av en förlossningsdepression.

Att drabbas av en förlossningsdepression i samband med att medicineras för ångestliknande symtom har visserligen en medicinsk och biologisk förklaring när det gäller hormoner och substanser. Det vi också kom att diskutera kring vad det gäller psykisk ohälsa hos mammor och medicinering är myten om "den goda modern" som Johansson (2014), McLean (2011), Bäck-Wiklund och Bergsten (2010) tar upp i sina studier och huruvida det i sig kan ha ett samband med förlossningsdepression. Sedan urminnes tider har mamman haft en roll som beskyddare (Johansson, 2014). Mamman är den som i samhällets ögon ska vara kapabel till att inte bara se över sitt barn utan också kunna se över personer i sin närhet. Johansson (2014) tar bland annat upp det som anses vara en så kallad "olämplig mamma" där de som lider av en psykisk sjukdom eller blir medicinerade inkluderas. Det finns som sagt en normativ bild av hur en "god" mamma ska vara som präglar samhället vilket kan leda till att om en mamma som innan förlossningens skede har ångestliknande symtom eller medicineras faller in i ramen för det som anses vara en "olämplig mamma". Detta kan bidra till en självuppfyllande profetia hos mamman som också kan drabba hennes mående efter förlossningen. Att denna typ av syn på hur en "lämplig" mamma ska vara tror vi bidrar till en stigmatisering av den mamma som framförallt medicineras, tidigare haft psykiska besvär eller är diagnostiserad med en personlighetsstörning då det också blir en form av bekräftelse på att hon är "sjuk" och "olämplig" som mamma. Som nämnt i myten om "den goda modern" har mamman krav på sig själv där hon ska vara en form av medlare för kärlek till personerna runt omkring sig och även uppfostra sina barn till

att bli goda medborgare, vilket i sig bidrar till en press och stress hos mammor som kan ha svårt att uppfylla den profetian (Johansson, 2014). Detta tror vi inte bara innebär att man är i riskzonen för att bli nedstämd eller deprimerad utan också medför en stor risk i hur man ser sig själv i sin roll som mamma. Trots att det finns en tydlig bild av kvinnor i egenskap av kvinnor *kan*, *vill* och *bör* bli mammor finns det också en social uppfattning om vem denna kvinna ska vara och hur denna kvinna *bör* bete sig för att på så vis kunna betraktas som en värdig mamma (Johansson, 2014).

Metoddiskussion

Vi valde att utföra en kvantitativ metod för denna uppsats, något vi är mycket tillfreds med i efterhand. Vi har upplevt att metoden överlag har varit smidig och med tanke på att vi ville få ut ett stort omfång av svar passade denna metod bäst. Denna uppsats har riktat sig mot förstagångsmammor och för att få ut det resultatet vi behövde hade inte en kvalitativ metod lämpat sig. Med en kvalitativ metod hade vi visserligen fått ut djupare svar som på sikt kan vara till värde för uppsatsen men som vi i dagsläget inte upplevde behövdes då målet var att få ut ett mer generellt svar. Det vi hade tyckt varit av intresse för uppsatsen skulle vara att kombinera det kvalitativa och det kvantitativa genom att blanda enkätundersökningen med en intervju med 1-2 deltagare. På så sätt hade vi kunnat få en djupare förståelse som vi i efterhand på enkätundersökningen hade velat ha svar på. Men med brist på tid valde vi att inte utföra den kombinationen - något vi inser i efterhand var ett bra beslut. Vi är mycket nöjda med val av grupp och är tacksamma att så många förstagångsmammor tog sig tid att delta i denna studie. Vi tror att intresset att diskutera sina erfarenheter och känslor är stort hos förstagångsmammor, vilket kan vara en förklaring till varför så många deltog.

Det som var lätt med den kvantitativa metoden var att skicka ut enkäten. Vi arbetade ihärdigt med att försöka få ut bra frågor som vi upplever skulle täcka upp de områden vi ville undersöka. Det som är med fördel att göra en kvantitativ metod är att det i flesta fall sparar tid då ingen tid behövs bokas och anpassas för en intervju. Enkäten ligger istället ute på den valda sidan och det är lätt att jobba med annat under tiden. Vi hade inte heller svårigheter med att lista ut var vi ville lägga ut vår enkät utan det var en självklarhet för oss båda att använda oss av Facebook-grupper. Det hinder vi mötte där var att försöka komma in i *mamma-grupper* som är avsedda för personer som har barn, något vi båda skribenter inte har. Det löste vi dock snabbt genom att kontakta administratörer som gladeligen ställde upp till vår hjälp! Det som dock var en svårighet med uppsatsen i helhet var att analysera resultatet vi fick i SPSS. Vi båda har i ringa mängd erfarenhet av SPSS men med hjälp av vår handledare fick vi hjälp med att både analysera och tolka resultatet. En annan svårighet vi stötte på i samband med att vi analyserade våra resultat var de bortfall som uppkom. Av 668 personer som svarade var det 649 personer som hade svar som uppfyllde våra krav. Här fick vi gå igenom våra svar för att på så sätt hitta de som avvek vilket i sig också blev ett projekt men också betydelsefullt för att få ut ett tillförlitligt svar. Vi hade också till en början svårt att få till frågeställningar och vi upplevde att den röda tråden vi var ute efter inte syntes med våra frågeställningar. Detta berodde mycket på att vår enkät utgjorde ett stort område hos förstagångsmammorna. Med hjälp av vår handledare lyckades vi få ut fyra frågeställningar som vi i slutändan upplevde kunde täcka våra områden och också bidra till den röda tråden.

En av våra stora framgångar i denna uppsats var att trots bortfallen få ut ett sådant stort antal deltagare. Vi kunde inte ana att det skulle bli det omfånget. Vi tänkte att det i bästa fall skulle sträcka sig till 200 deltagare som mest men efter 48 timmar ute på Facebook fick vi över 600 svar. Trots att vi i slutändan upplevde att vi fick ut ett stort antal deltagare kom vi ändå in i diskussionen kring varför det blev den summan med tanke på att de Facebook-grupper vi lade ut vår enkät på sammanlagt bidrog till 182 082 medlemmar. Det vi diskuterade kring först och främst var att många inte upplevde att de föll i ramen för vilken typ av person vi sökte eller att de som såg enkäten inte ansåg ämnet som särskilt intressant. En till förklaring, och förmodligen också det mest väsentliga; Facebooks algoritmer. Algoritm är enligt Nationalencyklopedin (n.d) inom matematiken och databehandlingen en systematisk procedur som i begränsat antal steg anger hur man utför en beräkning eller löser ett givet problem. Algoritmer på nätet fungerar på ett liknande sätt och detta är något som uppmärksammats en hel del det senaste året, framför allt på Instagram. Algoritmerna på sociala medier sorterar inläggen så att de som syns är oftast från personer man har nära kontakt med, som man har ett engagemang med på sociala medier genom likes, kommentarer och delningar (Statens medieråd, 2018). På så sätt påverkar vi det vi vill se på våra sociala medier. Facebook i detta fall valde att använda sig av sina algoritmer då de vill förhindra fake news till största möjliga mån (Meltwater, 2018). Facebook vill ha kontroll över vad som sprids och också rensa mycket som kan anses vara spam, samt precis som andra medier som använder sig av algoritmer, höja de inlägg som har ett stort engagemang (Meltwater, 2018). Våra inlägg bidrog inte till mycket likes eller kommentarer vilket i sig bidrog till att de försvann i flödet. Detta tror vi är en stor anledning till varför vi inte fick fler svar än de 668 som svarade.

Att hålla sig till de etiska kraven för uppsatsen var inte svårt. Vi hade till förmån av den kvantitativa metoden en fördel vad det gäller anonymitet då vi använde oss av en enkät som inte kräver några uppgifter som kan avslöja vem personen är. På så sätt tror vi också, baserat på de svar vi fick in, att våra deltagare vågade svara så ärligt som möjligt på våra frågor. Vi tror att om vi delat ut enkäterna till folk på allmänna platser hade vi med största sannolikhet inte fått ut det resultat vi fick då personernas identiteter lättare hade kunnat identifieras och på så sätt hade deltagarna kanske inte svarat ärligt på frågorna. Något som dock blir en konsekvens av att lägga ut en enkät på nätet är att vi inte kan med 100% säkerhet veta att personen som svarar på enkäten är den den utger sig för att vara. På så sätt är anonymiteten via nätet både till fördel och nackdel för studien.

Som också nämnt i metoden har vi valt att avgränsa oss till personer som identifierar sig som kvinna och som fött ett biologiskt barn, eftersom att vi i detta fall ville undersöka just det urvalet. Vi anser att det är viktigt att belysa detta då vi lever i ett samhälle där normen är att personer med ett manligt eller kvinnligt juridiskt kön också ÄR män eller kvinnor.

Slutsatser

Under studiens gång har det framkommit flertalet resultat som både styrkt och gått emot tidigare forskning. Slutsatserna av vår studie, i enlighet med tidigare forskning är att förstagångsmammor är i behov av socialt stöd och stöd från sjukvården. Vad det gäller relationer är relation till framförallt partner och vänner av betydelse för förstagångsmammans mentala mående. Tidigare psykiska besvär som ångestliknande

symtom, medicinering för ångestliknande symtom eller om man är diagnostiserad med en personlighetsstörning innebär att man löper större risk att få förlossningsdepression. Fysiska men efter förlossning och förlossningsdepression har inte något samband men en besvärlig förlossningsupplevelse kan vara en bidragande faktor till varför en kvinna kan uppleva förlossningsdepression.

Vår hypotes om att förstagångsmammor får bättre information om de eventuella fysiska bieffekterna än de mentala bieffekterna stämmer inte, då våra deltagare menar att de fått bättre information om de eventuella mentala bieffekterna efter sin förlossning. Detta går emot Socialstyrelsens utförliga forskning kring vård efter förlossning i Sverige och är därmed den största upptäckten som skiljer vår studie från andras.

Framtida forskning

Under studiens gång har vi kommit fram till flertalet faktorer som kan komma att påverka förstagångsmammors upplevelser och känslor kring att bli föräldrar för första gången. På grund av den tid vi hade till vårt förfogande kunde vi inte fördjupa vår kunskap i specifika ämnen men vi tror att vårt arbete skulle vara av intresse för vidare forskning. Först och främst hade en kvalitativ fördjupning av studien varit av intresse. Som tidigare nämnt fanns inte tiden för en kvalitativ och kvantitativ kombination, men att få fördjupade svar från enkäterna och att ha en diskussion kring ämnet hade definitivt kunnat tillbringa en hel del svar. Något vi kunnat läsa oss till genom tidigare forskning gällande kvinnors förlossningsupplevelse kan vara beroende om de förlöst vaginalt eller genom ett planerat- eller akut kejsarsnitt. Detta har enligt tidigare forskning haft betydelse på kvinnors mentala hälsa då deras upplevelse kan ha varit traumatiskt eller påverkat deras hälsa på annat sätt. Vi tror att det hade kunnat förklara resultatet på ett djupare plan och på så sätt kunnat dra andra slutsatser.

I vår studie kunde vi inte avgöra om kvinnorna som deltog lever i ett heteronormativt förhållande, vilket vi tror kan vara av intresse för vidare forskning om det skulle kunna komma att påverka det mentala måendet. Det kan vara intressant att analysera HBTQia+-personer som föder barn för första gången som en jämförande grupp. När vi undersökte ämnet har vi inte stött på många studier som tar upp detta, däremot har forskning om adoptivföräldrar/mammor kommit att vara intressant som en jämförande grupp- i det fallet för att undersöka förstagångsmammors upplevelser och känslor kring att vara förälder, det vill säga inte förlossningsupplevelsen.

Referenser

Tryckta referenser

Bergström, M. (2003) *Att bli mamma. Tankar och känslor kring att vänta, föda och leva med barn*, Stockholm: Bonnier.

Bäck-Wiklund, M., & Bergsten, B. (2010) *Det moderna föräldraskapet*. Stockholm: Natur & Kultur Akademisk.

Denscombe, M. (2018) *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*, Lund: Studentlitteratur.

Ekström, M., Berglez, P., Johansson, B., Eriksson, G., Nilsson, Å., Larsson, L., Kroon-Lundell, Å., Vigsjö, O., Fogde, M., Ledin, J., & Östman, J. (2013) *Metoder i kommunikationsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, M. (2014) *I moderskapets skugga, berättelser om normativa ideal och alternativa praktiker*. Örebro: Örebro universitet.

Karlström, A., Nystedt, A., Hildingsson, I. (2015) The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy & Childbirth*, Vol. 15:251.

Nihlén, J., & Nilsson, S. (2006) *Genusboken*. Stockholm: Liber.

O'Hara, M.W., McCabe, J.E. (2013) Postpartum Depression: Current Status and Future Directions, *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407

Polania M.L. (2014) Kap. 5 Pregnancy and the Perinatal Period. N. Benders-Hade, M.E. Barber (red) *Motherhood, mental illness and recovery: Stories of hope* (s. 53-69) New York: Springer.

Elektroniska referenser

1177 (2018-02-15) *Bristningar under förlossning*. Hämtad 2018-11-21 från <https://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Bristningar-under-forlossning/>

1177 (2015-12-07) *Kejsarsnitt*. Hämtad 2018-11-21 från <https://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Behandlingar/Kejsarsnitt/>

Barnmorskeförbundet (2017-04-18) *Vård efter förlossning – nationell kartläggning Socialstyrelsen*, Hämtad 2018-11-21 från <https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/vard-efter-forlossning-nationell-kartlaggning/>

BUP (2018-01-08) *Könsidentitet*, Hämtad 2018-11-19 från <http://www.bup.se/sv/Rad-och-fakta/Artiklar/konsidentitet/>

Bäckström C., Larsson T., Wahlgren E., Golsäter M., Mårtensson L., Thorstensson, S. (2017-02-25) 'It makes you feel like you are not alone': Expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 51-57. Hämtad 2018-11-23 från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1085492/FULLTEXT01.pdf>

Fibromyalgiförbundet (n.d) *Fibromyalgi och graviditet*, Hämtad 2018-11-21 från <http://www.fibromyalgi.se/1.0.1.0/587/1/>

Huvudvärksförbundet (n.d) *Migrän och graviditet*, Hämtad 2018-11-21 från <http://www.migran.org/subpage1.asp?nodeid=135791>

McLean, J. (2011-12-20) *Of A Certain Age: On Older First-time Mothers* (Avhandling), Antioch University New England, Department of Clinical Psychology. Hämtad 2018-12-06 från https://etd.ohiolink.edu/pg_10?0::NO:10:P10_ACCESSION_NUM:antioch1329860710#abstract-files

Medibas (2012-11-11) *Graviditetsrelaterad kardiomyopati*, Hämtad 2018-11-22 från <https://medibas.se/handboken/kliniska-kapitel/hjarta-karl/patientinformation/olika-tillstand/kardiomyopati-graviditetsrelaterad/>

Meltwater (2018-11-21). *Facebooks nya algoritmer - detta kommer hända*. Hämtad: 2018-12-17 från <https://www.meltwater.com/se/blogg/facebook-nya-algoritm/>

Nationalencyklopedin, (n.d) *Algoritm*. Hämtad: 2018-12-17 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/algoritm>

Socialstyrelsen (2018-05-20) *Komplikationer efter förlossning: Riskfaktorer för bristningar, samt direkta och långsiktiga komplikationer*, Hämtad 2018-12-06 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-5-20>

Socialstyrelsen (2011-11-12) *Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom – förlossning*, Hämtad 2018-11-05 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-12>

Socialstyrelsen (2017-04-13) *Vård efter förlossning – En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. Hämtad 2018-10-22 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-4-13>

SPSS-akuten (2018) Hämtad 2018-11-22 från <https://spssakuten.com/>

Statens medieråd. (2018-10-04) *Algoritmer - så påverkar de vår nätvardag*. Hämtad: 2018-12-11 från <https://statensmedierad.se/mik/algoritmersapaverkardevardag.2669.html>

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*, Hämtad 2018-10-23 från https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Bilaga 1 - Följebrev

En studie om förstagångsmammor

Hej!

Vi är två studenter som i skrivande stund arbetar med vår kandidatuppsats i Psykologi vid Linköpings Universitet. Vi är intresserade av att undersöka förstagångsmammors upplevelser och känslor kring att bli föräldrar för första gången gällande välbefinnande och stöttning av sin sociala omgivning. Därför skulle vi vara väldigt tacksamma om du ville svara på följande frågor och påståenden.

Undersökningen riktar sig till dig som är 18 år eller äldre som har fött ETT biologiskt barn under de senaste 5 åren.

Det är frivilligt att delta och du kan när som helst avbryta din medverkan. Läs igenom informationen noggrant innan du svarar på frågorna. Dina svar är anonyma och kommer inte kunna kopplas till enskild person och kommer inte heller nyttjas på annat sätt än till undersökningens syfte, så svara ärligt på frågorna.

Har du några frågor eller funderingar kring studien är du välkommen att kontakta oss.

MVH

Sanna Frank

Lajla Dzebic

07 [REDACTED]

07 [REDACTED]

Tack för att du deltar!

Bilaga 2 - Enkät

Allmänt

Var vänlig och svara på följande frågor genom att skriva ett svar på raden under frågan och kryssa i rutorna "Ja" eller "Nej".

Din ålder (angivet i antal år, t.ex. 28):

.....

Vilket år föddes ditt barn (angivet i årtal, t.ex. 2017):

.....

Var din graviditet planerad?

- Ja
- Nej

Har du en partner?

- Ja
- Nej

OM ja, är din partner barnets biologiska förälder?

- Ja
- Nej

Social omgivning

Beskrivning:

Följande påståenden är rankade från 1-5 där 1 är *instämmer inte alls* och 5 är *instämmer helt*. Vänligen kryssa i varje påstående utefter hur du känner, oavsett om du är osäker på hur du ska svara. Det förekommer även frågor där du ska kryssa i "Ja" eller "Nej".

Förklaring av begrepp:

Föräldrar - innefattar din/dina vårdnadshavare oavsett om det är dina biologiska-, foster- eller adoptivföräldrar eller andra personer som tog hand om dig under din uppväxt.

1. Jag har en bra kontakt med mina föräldrar

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

2. Jag har lätt för att prata med mina föräldrar

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

3. Jag och mina föräldrar har liknande värderingar

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

4. Jag har haft en bra uppväxt

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

5. Jag har många vänner

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

6. Jag har minst en vän jag kan prata med om jag mår dåligt

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

7. Jag har förlorat kontakten med vänner efter jag blev mamma

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

8. Jag har mycket kontakt med andra mammor

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

9. Jag tar åt mig av vad mina närstående tycker

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

10. Jag vill att andra säger åt mig vad jag ska göra

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

11. Folk i min närhet tycker jag är en bra mamma

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

12. Jag kan prata öppet med min omgivning om mitt föräldraskap och hur jag uppfostrar mitt barn

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

Följande påståenden gäller för dig som är i en relation (oavsett om det är barnets andra förälder eller inte).

Beskrivning: Hoppa över detta stycke om du INTE är i en relation.

13. Jag och min partner har en bra relation

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

14. Jag litar på min partner

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

15. Jag har lätt för att prata med min partner

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

16. Min partner finns där för mitt barn

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

Följande påståenden gäller för dig som inte är i relation med barnets andra förälder.

Beskrivning: Hoppa över detta stycke om du är i relation med barnets andra förälder.

17. Är ditt barns andra förälder involverad i ditt och ditt barns liv?

- Ja
- Nej

18. Jag har en bra kontakt med barnets andra förälder

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

19. Jag och barnets andra förälder har liknande värderingar

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

20. Separationen från den andra föräldern var odramatisk

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

21. Jag kan känna ånger över separationen

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

Fysiskt

Beskrivning: Under följande påståenden vill vi att du kryssar i "Ja" eller "Nej". Du ska även skriva i ett svar om det krävs som följdfråga. Dessutom finns det påståenden som är rankade från 1-5 där 1 är *instämmer inte alls* och 5 är *instämmer helt*. Vänligen kryssa i varje påstående utefter hur du känner, oavsett om du är osäker på hur du ska svara.

Förklaring av begrepp:

Fysisk sjukdom - Detta har vi valt som ett samlingsbegrepp för alla sjukdomar som inte är psykiska. Det kan vara att man lider av en fysisk funktionsnedsättning som begränsar en i vardagen eller att man lider av en annan sjukdom som t.ex cancer, diabetes, reumatism eller någon annan typ av sjukdom som inte är en psykisk sjukdom.

Fysiska men - kan vara om du fick bristningar i underlivet, blås- eller tarmproblem, smärta i kropp (var gärna tydlig med vilken kroppsdel) etc.

1. Jag lider av en fysisk sjukdom?

- Ja
- Nej

OM ja, vilken/vilka?

.....

OM ja, blir du medicinerad?

- Ja
- Nej

2. Jag hade en bra förlossning

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

3. Jag fick fysiska men efter förlossningen

- Ja
- Nej

OM ja, vilket/vilka?
.....

4. Jag har god hälsa

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

Mentalt

Beskrivning:

Här ska du svara på påståenden som involverar din mentala hälsa både innan, under och efter din graviditet. I denna del vill vi att du kryssar i "Ja" eller "Nej". Dessutom finns det påståenden som är rankade från 1-5 där 1 är *instämmer inte alls* och 5 är *instämmer helt*.

Vänligen kryssa i varje påstående utefter hur du känner, oavsett om du är osäker på hur du ska svara.

Förklaring av begrepp:

Förlossningsdepression - Enligt 1177 är förlossningsdepression ett stadie som kan drabba många föderskor. Det är vanligt att man känner sig nedstämd 2-3 dagar efter förlossningen men håller nedstämdheten i sig efter 2 veckor kan det vara så att man drabbats av en förlossningsdepression. Man kan ha svårt att knyta an till sitt barn, vara deprimerad och ha tankar på att skada sig själv och/eller barnet.

Ångestliknande symtom - Enligt 1177 är ångest en stark oro eller rädsla som tydligt känns i kroppen. Det kan vara att man har tryck över bröstet, blir torr i munnen, man har en klump i magen, känner sig svag i muskler och man kan få överklighetskänslor. Det finns många olika symtom på ångest men när den blir intensiv och plötslig kan man drabbas av en panikångestattack. En panikångestattack kan enligt 1177 vara mycket obehaglig, ge fysiska symptom som bl.a frossa, darrningar, stickningar och domningar, överklighetskänslor och en känsla av att tappa kontroll eller dö. I denna kategori har vi även valt att ta med sömnproblem, stress, depression och andra psykiska åkommor.

1. Jag har upplevt förlossningsdepression (Postpartum)?

- Ja
- Nej

2. Jag har upplevt nedstämdhet som är kopplad till min första period som mamma

- Ja
- Nej

3. Jag medicineras för ångestliknande symtom

- Ja
- Nej

4. Jag går i någon form av samtalsterapi för ångestliknande symtom

- Ja
 Nej

5. Jag har innan min graviditet haft ångestliknande symtom

- Ja
 Nej

6. Jag är diagnostiserad med en personlighetsstörning

- Ja
 Nej

OM Ja, vilken/vilka

.....

7. Jag tvivlade under min graviditet på om jag skulle bli en bra mamma

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

8. Jag tycker att jag är en bra mamma

- Ja
 Nej

9. Jag har återhämtat mig bra mentalt efter min förlossning

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

10. Jag mår bra mentalt idag

	1	2	3	4	5	
Instämmer inte alls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instämmer helt

Stöd

Beskrivning:

Här kommer du få svara på frågor angående vilket stöd du har fått efter din förlossning, både från sjukvården och från din omgivning. Följande påståenden är rankade från 1-5 där 1 är *instämmer inte alls* och 5 är *instämmer helt*. Vänligen kryssa i varje påstående utefter hur du känner, oavsett om du är osäker på hur du ska svara.

Tänk dig in i din nuvarande situation samt hur du kände under perioden efter att du fött ditt barn. Påståendena är tolkningsbara men svara utefter hur du känner och hur du har upplevt att stödet har varit.

1. Jag har fått bra stöd från sjukvården efter min förlossning

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

2. Jag hade en bra kontakt med min barnmorska under första perioden som mamma

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

3. Jag har fått bra information av sjukvården om eventuella fysiska bieffekter efter förlossning

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

4. Jag har fått bra information av sjukvården om eventuella mentala bieffekter efter förlossning

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

5. Jag kan vända mig till sjukvården om jag mår dåligt psykiskt

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

6. Jag har fått bra stöd från mina föräldrar

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

7. Jag har fått bra stöd från min partner

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

8. Jag har fått bra stöd från barnets andra förälder

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

9. Jag har fått bra stöd från min partners familj

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

10. Jag har fått bra stöd från mina vänner

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

11. Jag upplever att jag alltid har någon att vända mig till om det uppstår problem

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

12. Jag upplever en press från min omgivning om hur jag ska uppfostra mitt barn

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

13. Jag upplever att stödet från min omgivning hade kunnat vara bättre

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt

14. Jag upplever att stödet från sjukvården hade kunnat vara bättre

1 2 3 4 5
Instämmer inte alls Instämmer helt