



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

KVINNORS UPPLEVDA BEHOV AV UPPFÖLJNING HOS BARNMORSKA TIDEN EFTER FÖRLOSSNING

En intervjustudie med förstföderskor

**Therese Karlsson
Linda Mörner**

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet, Examensarbete i Reproductiv och Perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Lasse Persson

Titel svensk:	Kvinnors upplevda behov av uppföljning hos barnmorska tiden efter förlossning
Titel engelsk:	Women´s perceived needs for a follow-up with the midwife the time after delivery
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet, Examensarbete i Reproduktiv och Perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Lasse Persson
Nyckelord:	Förstföderskor, Behov, Uppföljning, Barnmorskemottagning, Postpartum

Sammanfattning

Bakgrund: Det är en stor omställning att bli mor för första gången. Barnmorskan har en viktig roll i att stödja och stärka kvinnans väg in i moderskapet. Kvinnan blir erbjuden en tid för efterkontroll hos barnmorskan på barnmorskemottagningen sex till tolv veckor efter förlossningen. Det uppstår ett "glapp" när kvinnan lämnar BB-avdelningen fram till tiden för efterkontroll. Det krävs mer forskning för att undersöka vad kvinnorna efterfrågar tiden efter förlossning.

Syfte: Syftet var att beskriva förstföderskors upplevelse av övergång till moderskap och behov av uppföljning hos barnmorska på barnmorskemottagningen under tiden mellan hemgång från BB till efterkontroll.

Metod: Kvalitativ intervjustudie med sju förstföderskor utfördes i sydvästra Sverige. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen ledde fram till tre huvudkategorier; *Upplevelse av övergång till moderskap*, *Behov av uppföljning* och *Behov av information*. Utifrån dessa utformades tio subkategorier; *Föreställningar om moderskap*, *Upplevelse av en omställning*, *En känslig tidsperiod*, *Mer fokus på den psykiska hälsan*, *Oro över läkningsprocessen*, *Orsaker till kontakt med vårdpersonal*, *Önskan om tidigare kontakt med barnmorska på barnmorskemottagning*, *Behov av bekräftelse från barnmorskan*, *Information om tiden efter förlossningen* och *Information om vem man ska kontakta*.

Slutsats: De intervjuade önskade tidigare uppföljning än efterkontrollen hos sin barnmorska på barnmorskemottagningen. Kvinnorna uttryckte ett behov av att få prata med sin barnmorska, som de hade en relation till, om sina upplevelser i att bli mor. Det fanns även ett behov av att barnmorskan gjorde en tidigare undersökning och bekräftade läkningen i underlivet.

Nyckelord: Förstföderskor, Behov, Uppföljning, Barnmorskemottagning, Postpartum

Abstract

Background: It is a major change to become a mother for the first time. The midwife has an important role in supporting and strengthening the woman's way into motherhood. The woman is offered a follow-up visit at a maternity care central six to twelve weeks after childbirth. There is a "gap" between when the woman leaves the maternity ward until the time of the follow-up visit. More research is needed to determine what a woman request for after childbirth.

Aim: The aim was to describe how primiparous perceive transition to motherhood and their needs for a follow-up with the midwife at the maternity care central during the time between discharge from maternity ward to the follow-up visit.

Method: Qualitative interviews with seven primiparas were performed in the southwest of Sweden. The material was analysed using qualitative content analysis.

Result: The analysis led to three main categories: *Experience of transition to motherhood*, *Needs for follow-up* and *Needs for information*. Based on these, ten subcategories were designed; *Imagination of motherhood*, *Experience of a conversion*, *A sensitive period of time*, *More focus on mental health*, *Concern about the healing process*, *Causes of contact with health professionals*, *Wish for earlier contact with midwife at maternity care central*, *Needs for confirmation from the midwife*, *Information about the postpartum period* and *Information about whom to contact*.

Conclusion: The interviewed desired a prior follow-up rather than the follow-up visit to their midwife at the maternity care central. The women expressed a need to talk to their midwife, with whom they had a relationship, about their experience of becoming a mother. There was also a need for a midwife to do an earlier examination to confirm the healing of the genital.

Keyword: Primiparous, Needs, Follow-up, Maternity care central, Postpartum

Förord

Ett hjärtligt tack till intervjupersonerna som gjort denna studie möjlig och administratörerna i samtliga Facebook-grupper. Vi vill även tacka nära och kära som har stöttat och peppat genom hela processen. Ett avslutande stort tack till vår handledare Åsa Premberg som har bidragit med värdefull vägledning.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Moderskap	1
Barnmorskans roll.....	2
Vård efter förlossning	2
Internationella exempel på vård efter förlossning	3
Kvinnornas upplevelse efter förlossning	4
Brist på information och förberedelse	5
Transition till moderskap.....	6
Problemformulering	7
Syfte	8
Metod	8
Kvalitativ metod	8
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden.....	11
Risk-nytta analys	12
Resultat.....	13
Upplevelse av övergång till moderskap.....	14
Föreställningar om moderskap.....	14
Upplevelse av en omställning	15
En känslig tidsperiod.....	15
Behov av uppföljning	17
Mer fokus på den psykiska hälsan	17
Oro över läkningsprocessen	18
Orsaker till kontakt med vårdpersonal	19
Önskan om tidigare kontakt med barnmorska på barnmorskemottagning	19
Behov av bekräftelse från barnmorskan	21
Behov av information	22
Information om tiden efter förlossningen	22

Information om vem man ska kontakta	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion.....	26
Slutsats	29
Implikation.....	30
Referenslista	31
Bilagor	

Inledning

I Sverige är kvinnan enligt mödrahälsovårdens basprogram på regelbundna besök på barnmorskemottagning under sin graviditet. Efter förlossningen tar det sex till tolv veckor innan kvinnan har tid för efterkontroll hos sin barnmorska (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, SFOG, 2008). Socialstyrelsen (2017) belyser det ”glapp” som uppstår tiden efter förlossning och utskrivning från BB-avdelning, fram till efterkontrollen hos barnmorskan. Studier beskriver en önskan hos kvinnor om mer fokus på deras fysiska och psykiska tillstånd efter förlossningen (Barimani, Oxelmark, Johansson & Hylander, 2015; Martin, Horiwitz, Balbierz & Howell, 2014). Både politiker (Regeringskansliet, 2018), allmänna tidskrifter och organisationer som exempelvis Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU, 2018) belyser vikten av att satsa på eftervården av nyförlösta kvinnor. Under vår utbildning till barnmorskor har intresset väckts kring förstföderskors upplevda behov av uppföljning hos barnmorska under detta ”glapp”. För att belysa vad kvinnorna själva upplever och har för behov tiden från hemgång från BB till efterkontroll hos barnmorska genomfördes en intervjustudie med förstföderskor. Detta för att vi som blivande barnmorskor, men också yrkesverksamma barnmorskor, ska kunna arbeta för en eftervård som utgår från kvinnornas önskemål och behov.

Bakgrund

Moderskap

En av kvinnans största utvecklings- och livshändelser är att bli mor (Brodén, 2004). Det sker ofta två samtidiga processer i att bli mor. De består av engagemang samt förändring och utveckling. Engagemang handlar om att prioritera barnets välbefinnande och hälsa, men också att överlämna sig själv till den nya situationen. Processen inom förändring och utveckling gäller kvinnans jag, livsmål och sociala relationer (Nelson, 2003). Det biologiska moderskapet innefattar en förändring, såväl psykisk som fysisk, vilket även resulterar i stora sociala förändringar. Ett föräldrapar skapas, ett barn ska bli till och en familj ska utformas (Brodén, 2004).

Moderskapet kan generera en period av förändrat socialt nätverk och en känsla av ökad ensamhet (Devito, 2010). Under denna period blir partnern ett betydelsefullt stöd för kvinnan, men även hennes egna föräldrar och stöd från släkt, vänner och hälso- och sjukvårdspersonal (Deave, Johnson & Ingram, 2008). Mötet med barnet upplevs omvälvande och leder till förändringar i relationer men även förändringar i synen på sig själv och livssituationen. Den omvälvande processen kräver alltså tid och kraft (Friberg & Edhborg, 2014).

Barnmorskans roll

Förenta Nationerna (FN) har upprättat globala mål (Sustainable Development Goals, SDG) där punkt tre fokuserar på hälsa och välbefinnande (United nations, 2015). World Health Organization (WHO, 2017) menar att ha hälsa innebär en mänsklig rättighet där normer, lagar och institutioner ska se till att den upprätthålls. Hälsobegreppet innefattar även sexuell hälsa (WHO, 2017). Ett globalt mål som FN belyser är att innan år 2030 säkerställa tillgången till sexuell och reproduktiv hälsovård för alla. Detta ska inkludera familjeplanering, information och utbildning samt att reproduktiv hälsa samordnas i nationella strategier och program (United nations, 2015). Barnmorskan har en viktig uppgift i att stödja och vårda kvinnans väg in i moderskapet som genererar en positiv påverkan på kvinnan, hennes nyblivna familj och i förlängningen även samhället i stort (Berg & Premberg, 2010). Enligt den etiska koden för barnmorskor International Confederation of Midwives (ICM, 2008) ska en barnmorska vara lyhörd för såväl psykiska som fysiska och emotionella behov hos kvinnor som oavsett omständigheter söker vård. Barnmorskan ska delta i utveckling och genomförande av hälsoprogram och riktlinjer för att främja hälsa hos alla kvinnor och deras familjer. Svenska barnmorskeförbundets (2018) kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska poängterar vikten att som barnmorska tillgodose tillgänglig och kontinuerlig vård som är personcentrerad och jämlik. Men också främja det normala i en graviditet, förlossning och tiden efter en förlossning som innefattar amning, anknytning och interaktion.

Vård efter förlossning

Under de senaste decennierna har vårdtiden för nyblivna föräldrar på BB-avdelning förkortats från en genomsnittstid på sex dygn till två dygn (Sveriges kommuner och landsting, 2018). Socialstyrelsen (2017) belyser det "glapp" som uppstår efter att mor och barn har blivit utskrivna från BB-avdelningen. Det råder en otydlighet över var nyförlösta kvinnor ska söka vård vid fysiska och/eller psykiska problem efter förlossningen, enligt Socialstyrelsens bedömning.

Enligt Socialstyrelsen (2017) ansvarar förlossningskliniken för vården av kvinnan i sju dagar efter förlossningen i cirka 70 procent av landstingen och regionerna i Sverige. Detta innebär att kvinnan under den första veckan efter förlossning i första hand ska vända sig till förlossningskliniken vid frågor eller uppföljning. Kvinnorna erbjuds en efterkontroll hos barnmorskan på barnmorskemottagning sex till tolv veckor efter förlossningen för att få uppföljning av fysisk och psykisk hälsa. Familjen träffar också en barnsjuksköterska från barnavårdscentral (BVC) vid ett hembesök en till två veckor efter förlossningen med primärt fokus på barnets hälsa. Enligt Chu, Callaghan, Skapiro-Mendoza och Bish (2007) ger efterkontrollen på barnmorskemottagningen en möjlighet för barnmorskan att bedöma kvinnans fysiska och psykiska välbefinnande, ge råd och lämplig remittering av redan

befintligt eller nyupptäckt tillstånd såsom högt blodtryck, diabetes eller övervikt. Eftersom de första sex veckorna efter en förlossning innebär en tid av anpassning och återhämtning och lärande för föräldrarna, menar Youash, Campbell, Avison, Peneva, Sharma och Xie (2013) att det är viktigt att erbjuda familjer tillräckligt stöd och utbildning.

Postpartum är tiden efter eller i nära anslutning till förlossning (Nationalencyklopedin NE, 2018). Postpartumperioden börjar en timme efter framfödandet av barnet och varar i sex till åtta veckor (Fahey & Shenassa, 2013). En central roll i vården under postpartumperioden är att försöka reducera hälsorisker hos kvinnan, såväl i det tidiga förloppet som i det långa. Möjligheten att upptäcka hälsorisker anses vara begränsad om enbart ett uppföljande besök görs hos barnmorska (Martin, Horowitz, Balbierz & Howell, 2014; Tully, Stuebe & Verbiest, 2017; Declercq, Sakala, Corry, Applebaum & Herrlich, 2014). Tully et al. (2017) framför att kvinnor uppger att de är osäkra på vem de ska kontakta angående frågor eller bekymmer, speciellt när deras frågor kan gälla allt från amning till något medicinskt. Socialstyrelsen (2017) menar att för att kunna identifiera kvinnor som upplever fysiska och/eller psykiska komplikationer efter förlossningen krävs tidig uppföljning och fler besök på barnmorskemottagning. Detta för att förbättra tillgången till stöd och vård utifrån individuella behov (Youash et al., 2013). En studie från Schweiz (Kurth, Krähenbühl, Eicher, Rodmann, Fölmlli, Conzelmann & Zemp, 2016) visade att föräldrar upplevde sitt barns födelse som en stor förändring i familjen och föräldrarna kände sig överväldigade av ansvar. De beskrev att deras föreställning om postpartumperioden inte stämde överens med verkligheten.

Internationella exempel på vård efter förlossning

Runt om i världen finns det skillnader gällande uppföljning av kvinnor efter förlossning. Mödrahälsovårdssystemet i Nederländerna har som syfte att göra det möjligt för samtliga nyblivna familjer att få postpartumvård i deras egna hem (Baas, Wiegers, De Cock, Erwich, Spelten & Hutton, 2017). En barnmorska besöker familjen tre till fem gånger, eller mer vid behov, under de första åtta till tio dagarna efter en förlossning. Kvinnorna får ett samtal hem eller ett tidigt besök efter förlossningen för att planera deras eftervård tillsammans med ett eftervårdsteam, bestående av en barnmorska och en "Maternity care assistant" (MCA). En MCA besöker familjen tre till åtta timmar, varje dag, under de första åtta till tio dagarna efter förlossning. Detta med syfte att finnas tillgänglig för den nyblivna modern, hennes partner och barnet gällande vård, stöd, instruktioner och guidning. Samtidigt kan en MCA screena, upptäcka komplikationer och vid behov kontakta barnmorskan som då blir involverad i tid och kan bistå kvinnan eller remittera henne vidare. Genom att kvinnan får information och utbildning genom sitt eftervårdsteam, inbäddat i sin vardag, blir den mer lätthanterlig och accepterad. Hon får både hälsovård och psykosocial vård. Eftersom besvär tidigare kan identifieras blir det också en fråga om kostnadseffektivitet då besvären inte behöver bli långvariga problem. Med hjälp av en MCA kan den nyblivna modern också få vila och

därmed reduceras extrem trötthet och fysisk utmattning bland mödrar, som är vanligt förekommande problem under postpartumperioden (Baas et al., 2017).

Även Kansas City i USA har ett system med barnmorskor som besöker nyblivna familjer i deras hem en till två dagar efter hemgång från sjukhuset. Under besöket som varar en och en halv timme gör barnmorskan en fysisk och psykisk bedömning av både modern och barnet. Exempel på vad barnmorskan bedömer är anknytning, kvinnans behov, övergång till moderskap, amning, sömn, underliv/bristning, avslag och en allmän bedömning om barnets hälsa. Kvinnorna som fick hembesök av barnmorska var mycket nöjda (Dana & Wambach, 2003).

Dahlberg, Haugan och Aune (2016) har studerat ett projekt som utförts i Norge, där syftet var att erbjuda kvinnorna ett eller flera hembesök av en barnmorska två till sex dagar efter förlossningen. Projektet var baserat på en kontinuitet i vården, där barnmorskan som ansvarade för kvinnan under graviditeten gjorde ett eller flera hembesök under postpartumperioden. Under hembesöket erbjöd barnmorskan individuellt stöd med exempelvis råd gällande amningen. Den nyblivna modern kunde även prata med barnmorskan om förlossningen och om hennes upplevelse av förlossningen. Kvinnorna upplevde hembesöket av en barnmorska de redan kände som en trygghet. Kvinnorna som hade en relation till barnmorskan såg fram emot hembesöket och upplevde att barnmorskan tog sig tid och inte var lika stressad som de var på sjukhuset. De upplevde att de kunde ställa fler frågor och få råd gällande exempelvis amning och vård av barnet. Kvinnorna kände en trygghet i att kunna kontakta barnmorskan även efter hembesöket. För några kvinnor var det tillräckligt att prata via telefon när de önskade råd efter hembesöket. Barnmorskans tillgänglighet resulterade i mindre stress och kvinnorna behövde inte söka vård på sjukhuset för en extra uppföljning eller för att få råd i amningen (Dahlberg et al., 2016).

Kvinnornas upplevelse efter förlossning

Fjärde trimestern är ett återkommande begrepp i studier och definieras som de tre första månaderna efter en förlossning (Spelke & Werner, 2018; Fahey & Shenassa, 2013). Denna period blir ofta förbisedd och är ett mindre undersökt område. I fjärde trimestern behöver kvinnan inte enbart återhämta sig fysiskt från graviditet och förlossning utan även återfå sin självuppfattning och vårda sig själv och sin nyblivna familj (Fahey & Shenassa, 2013). Enligt World Health Organization (WHO, 1998) har kvinnor tiden efter förlossning behov av information gällande kroppslig förändring både vad som är normalt och tecken på komplikationer men också egenvård, kroppslig läkning, samliv, preventivmetoder, nutrition, amning och allmänt stöd från vårdpersonal. Declercq et al. (2013) framför att trots att majoriteten av kvinnorna rapporterar extrem trötthet, stress, fysisk utmattning, bröstömhet, ryggvärk, brist på sexlust, utmaningar gällande viktkontroll och inkontinens efter en förlossning, så brister tillgängligheten till vård.

Under postpartumperioden uppger var tredje kvinna att hon “känner sig nere, depressiv eller hopplös” men också att hon har ett “minskat intresse eller lust att göra saker” (Declercq et al., 2013). Något som genomsyrar kvinnors upplevelse av postpartumperioden är lågt självförtroende, ofta kännetecknat av frågan “gör jag det här rätt?” och en önskan om att få information som kan hjälpa dem att få svar på frågan (Henshaw, Cooper, Jaramillo, Lamp, Jones & Wood, 2018). Det kan finnas känslor av skuld, jämförelse och en uppfattning om att bli dömd av andra. Några andra svårigheter som kvinnor rapporterar är att det är en utmaning att lära sig att arbeta som ett team, att försöka amma är stressigt och att kvinnan inte vet tillräckligt om sin fysiska återhämtning och inte heller om sin mentala hälsa (Henshaw et al., 2018).

Flera kvinnor önskade ett hembesök av barnmorska när de blivit utskrivna från sjukhuset för att få träffa barnmorskan ansikte mot ansikte istället för att bli uppringd via telefon (Shorey, Chan, Chong & He, 2015). Det är viktigt som vårdpersonal att lyssna på kvinnorna och ta deras behov i beaktande. På så vis stärks relationen mellan vårdgivare och patient och ökar sannolikheten till god uppföljning postpartumt (Spelke & Werner, 2018).

Brist på information och förberedelse

Flertalet studier indikerar att kvinnor upplever att de inte känt sig förberedda på känslomässiga, biologiska och sociala förändringar som sker under postpartumperioden. Mindre än hälften av kvinnorna har uppgett att de har fått tillräcklig information gällande nutrition, fysisk aktivitet, viktnedgång, postpartumdepression, förändringar i sexualitet och känslomässig förändring (Tully et al., 2017; Declercq et al., 2014). Något som minskar risken för depressiva besvär är om kvinnor erhåller information om vanliga problem som kan uppstå under postpartumperioden, såsom amning och fysisk återhämtning. Det gav alltså positivt utfall bland kvinnorna om de fick information om både förlossningsvärkar, förlossning och återhämtning (Youash et al., 2013). Information och råd gällande postpartumperioden som bör ges under graviditeten är; urininkontinens, förändring i sömn, emotionell förändring, samliv, förväntad viktnedgång och rekommendationer för träning och hälsosam mat (Declercq et al., 2014; Martin et al., 2014; Kleppel, Suplee, Stuebe & Bingham, 2016). Enligt Tully et al. (2017) bör alla kvinnor också få information om varningstecken och symtom som kan uppstå efter en förlossning och som ska föranleda snabb kontakt med sjukvården. De bör även få skriftliga instruktioner för att veta vem de ska kontakta gällande vanliga besvär postpartum.

I en studie utförd i Sverige (Persson, Fridlund, Kvist & Dykes, 2011) påpekar kvinnor att de önskar bli mer förberedda på postpartumperioden innan förlossningen genom information från vårdpersonal. Kvinnorna anser att det är barnmorskans ansvar att under föräldrautbildning informera om vanliga besvär första tiden efter förlossning. Förstföderna poängterar att de

i efterhand inte hade kunnat föreställa sig vilka frågor de skulle ställa innan de fått barn och upplevt postpartumperioden själva. Persson et al. (2011) skriver vidare att något som är viktigt för kvinnorna är att få möjlighet att ställa frågor under BB-tiden för att känna mer trygghet inför hemgång. Tiden hemma uppger kvinnorna att de hade behov av att kontakta någon när frågor gällande deras egen hälsa eller barnets uppstod. Det är viktigt för kvinnorna att veta var man kan få hjälp dygnet runt. Även om vissa kvinnor inte hade några frågor så kunde vetskapen om att de hade någon att kontakta vid behov vara tillräcklig för att känna sig trygg.

En del kvinnor kan vara obekväma i att öppna upp för att diskutera något ämne som de själva ser som intimt. Under hela första året efter en förlossning, vid exempelvis vårdcentralsbesök, bör vårdgivaren därför öppna upp för samtal kring vanliga besvär efter en förlossning (Declercq et al., 2014; Martin et al., 2014). Om kvinnorna inte visste var de skulle söka vård för sina besvär vände sig en del kvinnor till webbsidor som de tyckte var användbara och stödjande, medan andra kvinnor upplevde webbsidor som dömande och motstridiga (Henshaw et al., 2018).

Martin et al. (2014) presenterade kvinnors syn på eftervården och visade att de upplevde brist på kunskap om hälsa postpartum, brist på förberedelse inför denna period, brist på kontinuitet i vården och frånvaro av mödrahälsovård under den tidiga postpartumperioden. De intervjuade föderskorna, obstetiker samt barnmorskor som också deltog i studien uttryckte en frustration kring brist i kontinuitet. I studien identifieras det "glapp" som uppstår tiden innan efterkontrollen. Efter att ha haft regelbunden kontakt med barnmorskan under graviditeten menade kvinnorna att stödet försvann efter förlossningen. Kvinnorna uttryckte att när de själva var mer bekymrade över hur deras symtom påverkade det dagliga livet var vårdgivarna mer bekymrade över potentiellt farliga fysiska komplikationer, som infektion och blödningar. Kvinnorna upplevde bättre stöd från vårdgivare om de under sen graviditet fick en lista med hänvisningar om vad man kan förvänta sig postpartum och hur man förbereder sig på bästa sätt, eller kontakt via telefon. Vårdgivarna själva uppgav att information gällande återhämtning postpartum ska kunna ges till kvinnan under tredje trimestern (Martin et al., 2014). Tully et al. (2017) menar att det krävs mer forskning för att identifiera vad kvinnorna efterfrågar tiden efter förlossning och om möjligt följa upp kvinnorna tidigare än efterkontrollen för att göra vården mer personcentrerad. Även Stumbras, Rankin, Caskey, Haider och Handler (2016) belyser att det finns ett definitivt behov av mer forskning relaterat till lämplig tid för kvinnornas uppföljning och mer frekvent vård under postpartumperioden.

Transition till moderskap

Transitionsteori har valts för att skapa förståelse i kvinnornas övergång till att bli mor för första gången. Det latinska ordet transition definieras som att "gå över", "passera över tid",

“från en plats till en annan” vilket innebär att förändras (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006). En transition kan innebära en förändring hos en person gällande förväntningar, relationer och förmågor men förutsätter att personen tar sig an kunskap, förändrar sitt beteende och därigenom förändrar sin definition av sig själv i sociala sammanhang. En förändring hos en person sker ofta mellan hälsa och ohälsa. Andra exempel på transitioner är från barndom till ungdom, från vuxen ålder till ålderdom men också övergången till att bli mor (Meleis, 1975). Nelson (2003) menar att transitionen till moderskapet innebär ett aktivt engagemang. Detta kräver att modern öppnar upp för möjligheten att växa och förändras in i moderskapet. Som teoretisk referensram valdes Afaf Meleis transitionsteori som belyser transition i moderskapet.

Enligt Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias och Schumacher (2000) är transitioner komplexa och flerdimensionella där flera viktiga egenskaper för upplevelsen av transitionen har identifierats. Viktiga egenskaper i transitionen är medvetenhet, engagemang, förändring och skillnad, tidsperiod samt vändpunkter och specifika händelser. Transitioner kännetecknas av att de pågår under en tidsperiod, ofta med inslag av instabilitet, förvirring och ångest vilken ofta avslutas med en känsla av stabilitet. Med vändpunkter och specifika händelser menar Meleis et al. (2000) att vissa transitioner startar med en specifik händelse, exempelvis en förlossning. Vid transition till moderskap kan följande faktorer i omgivningen främja transitionen; stöd från partnern, vänner och familj, att ha en förebild, inhämta information från vårdpersonal, kurser och litteratur samt få råd och svar på frågor (Meleis et al., 2000).

Problemformulering

Tidigare forskning visar att kvinnor efter förlossning upplever både psykiska och fysiska besvär under postpartumperioden samt att de hade önskat bli förberedda på detta redan under graviditeten och få information av barnmorska på barnmorskemottagning. Trots detta är postpartumperioden mindre undersökt och blir ofta förbisedd. Vårdtiden på BB har förkortats och kvinnorna önskar mer fokus på sitt eget tillstånd tiden efter förlossning. Det uppstår ett “glapp” tiden efter hemgång från BB till efterkontrollen på barnmorskemottagning. Ovanstående presenterade studier har visat att det behövs mer forskning om lämplig tid för uppföljande vård i postpartumperioden. Det saknas däremot kunskap om vad förstföderskor har för upplevda behov av uppföljning hos barnmorskan på barnmorskemottagningen, tiden efter att de har gått hem från BB-avdelning till efterkontrollen.

Syfte

Syftet var att beskriva förstföderskors upplevelse av övergång till moderskap och behov av uppföljning hos barnmorska på barnmorskemottagningen under tiden mellan hemgång från BB till efterkontroll.

Metod

Kvalitativ metod

För att beskriva förstföderskors upplevda behov av uppföljning hos barnmorska på barnmorskemottagningen, tiden mellan hemgång från BB till efterkontroll på barnmorskemottagning, valdes en kvalitativ metod. Henricson och Billhult (2017) framför att kvalitativ metod används när personers beskrivningar och det sagda ordet är föremål för analys. Kvalitativa data kan insamlas med hjälp av intervjuer för att skapa en förståelse och insikt. Data från kvalitativa studier kan ge rika beskrivningar av upplevda fenomen trots ett litet antal deltagare. Kvale och Brinkmann (2014) anser att den kvalitativa forskningsintervjun innebär att försöka begripa världen utifrån intervjupersonens synvinkel och ur deras erfarenheter utvecklas en mening.

Urval

Intervjuer genomfördes med förstföderskor som bodde och hade fött barn på sjukhus i Västsverige, det vill säga Västra Götaland, Halland och Skåne. Tre olika län valdes för geografisk spridning, med variation i regionernas riktlinjer i beaktande. Totalt sju förstföderskor intervjuades om deras upplevda behov av uppföljning hos barnmorska på barnmorskemottagning, tiden efter hemgång från BB till efterkontroll. Tre förstföderskor var bosatta i Skåne, två i Halland och två i Västra Götaland. Kvinnorna i studien var mellan 21-36 år. Samtliga kvinnor var födda i Sverige och hade som lägst en gymnasial utbildning, tre av dessa hade även högskoleutbildning. Deras manliga partner var född i Sverige och var också förstagångsförälder. Deltagarna var i ett samboförhållande med barnafadern och de flesta förlovade eller gifta. Kvinnorna hade sin efterkontroll hos barnmorskan på barnmorskemottagningen mellan sju till nio och en halv vecka efter förlossningen. Alla utom en kvinna hade deltagit i föräldrautbildningen som erbjöds under graviditeten. En kvinna flyttade under graviditeten och bytte barnmorska, i övrigt hade resterande deltagare samma

barnmorska hela graviditeten. En kvinna bytte barnmorska till efterkontrollen på grund av missnöje med sin dåvarande barnmorska.

Inklusionskriterier utformades för att belysa förstföderskor som tillhörde mödrahälsovårdens basprogram och inte följdes upp tidigare i vården av annan anledning. Dessa kriterier var följande: svenskspråkig, frisk, förstföderska, normal och fullgången graviditet, vaginalförlöst och fått ett friskt barn som vårdades på BB-avdelning efter förlossningen. Kvinnan skulle ha fött barn 5-15 veckor tidigare för att ingå i studien. Detta för att intervjua kvinnorna i nära anslutning till deras efterkontroll hos barnmorska på barnmorskemottagningen och på så vis belysa upplevda behov under en period som låg nära i tiden för kvinnorna att berätta om. Exklusionskriterier som valdes ut var att kvinnan inte skulle ha drabbats av en bristning som engagerar ändtarmsmuskeln, det vill säga grad tre eller fyra. Detta kan generera besvär som föranleder tidigare uppföljning.

Datainsamling

Samtliga verksamhetschefer för barnmorskemottagningar i Västra Götaland och Halland kontaktades via mejl med information om studiens syfte och tillvägagångssätt samt gav ett skriftligt godkännande för att få tillåtelse att utföra studien med hjälp av barnmorskor på barnmorskemottagningen för rekrytering av kvinnor i samband med efterkontroll hos barnmorskan (bilaga 1). I mejlet bifogades även information till kvinnorna, utarbetad efter Etikprövningsnämndens forskningspersonsinformation (FPI, bilaga 2) (Etikprövningsnämnden, u.å.). En verksamhetschef som ansvarade för tre barnmorskemottagningar i Göteborg var behjälplig i rekryteringsprocessen. Eftersom endast ett användbart svar erhöles från verksamhetschefer i Västra Götaland och Halland, valdes sociala medier som primär rekryteringsmetod. Via Facebook kontaktades administratörer i fyra olika grupper; "BF 2 september 2018", "BF september 2018 Göteborg", "BF september 2018 Malmö", "Vi gravida med BF 2018". I alla grupper utom "BF september 2018 Göteborg" erhöles svar och tillåtelse att publicera en kort information om studiens syfte (bilaga 3).

Om kvinnan var intresserad mejlade hon till författarna och fick på så vis ta del av FPI. Vid ytterligare intresse meddelade hon efter överenskommelse tidpunkt och plats för intervju. Även via Messenger anmälde kvinnorna sitt intresse och redan rekryterade deltagare gav tips om andra intresserade förstföderskor. Via Facebook, Messenger och mejl rekryterades samtliga deltagare till studien. Om kvinnorna önskade delta i studien och uppfyllde inklusionskriterierna fick de bestämma tidpunkt och intervjuplats. Under intervjutillfället gav de muntligt samtycke till att medverka och några bakgrundsfrågor ställdes innan intervjun startade (bilaga 4). Två av deltagarna intervjuades efter önskemål i deras hem. Resterande fem deltagare intervjuades via telefon eller FaceTime på Messenger. Intervjuerna var semistrukturerade och genomfördes av båda författarna. Med hjälp av en diktafon, som

deltagarna gav medgivande till, spelades intervjuerna in. Intervjuerna utfördes under 30-55 minuter.

Enligt Danielson (2017a) innebär en semistrukturerad intervju att öppna frågor formuleras i en viss struktur, men som inte behöver tas i någon specifik ordningsföljd. Öppna frågor ger svar på till exempel individens erfarenheter, upplevelser och känslor. Samtliga intervjuer startade med en öppen intervjufråga; "Hur har din upplevelse varit av att bli mamma för första gången?". På så vis kunde intervjupersonen få berätta fritt om sin upplevelse och erfarenhet. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) kan inledande frågor av sådan karaktär ge rika beskrivningar som är spontana, där intervjupersonen kan berätta vad som är de viktigaste aspekterna inom ämnet. Fem frågor med fokus på tiden mellan hemgång från BB till efterkontrollen på barnmorskemottagningen användes som underlag för intervjun (bilaga 5). Frågorna hade inte någon specifik ordningsföljd, utan anpassades till vad som uppkom under intervjun.

Utifrån vad intervjupersonen berättade, användes även uppföljande frågor, specificerande frågor samt sonderande frågor. Kvale och Brinkmann (2014) beskriver att uppföljningsfrågor innefattar att intervjuaren har en nyfiken och kritisk inställning för att intervjupersonens svar ska ge vidare innehåll. Vid intervjuerna användes specificerande frågor vilket innebär att specifika frågor används för att fånga mer precisa upplevelser, till exempel genom att fråga "Hur kändes det för dig?". Även sonderade frågor användes vilket innebär att följdfrågor som till exempel "Vill du berätta mer om det?" ställdes. I enlighet med Danielson (2017a) avslutades varje intervju med frågan "Vi har inga fler frågor. Har du något mer som du vill ta upp eller fråga om innan vi avslutar intervjun?". Detta för att summera frågorna och eventuellt erhålla ytterligare beskrivningar som inte kommit fram under intervjun.

Dataanalys

När intervjuerna hade genomförts överfördes avidentifierade ljudfiler av författarna till bådas datorer för transkribering. För att analysera intervjuerna användes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats inspirerad av Elo och Kyngäs (2008). När det inte finns tillräckligt med tidigare kunskap om fenomenet eller om kunskapen är fragmenterad är ett induktivt förhållningssätt rekommenderat (Elo & Kyngäs, 2008). Intervjudata transkriberades ordagrant där det manifesta innehållet var föremål för analys. För att få en djupare förståelse av inhämtat material lästes och granskades den transkriberade texten upprepade gånger. I textmaterialet färgkodades den text som svarade på syftet och lästes igenom på nytt. När texten lästes igenom skrevs anteckningar och ord i marginalerna av dokumenten, detta för att kort beskriva innehållet i texten. En del av den färgkodade texten togs därefter ut som meningsenheter som därefter utformades i kondenserade meningsenheter. Det gavs möjlighet att urskilja materialet på en högre nivå genom att abstrahera den kondenserade texten. Koder skapades för att kunna beskriva meningsenheten med ett ord (Danielson, 2017b). De koder

som liknade varandra grupperades ihop under olika rubriker och blev ett underlag för kategorisering med subkategorier. Subkategorier med liknande innehåll grupperades sedan in i huvudkategorier. I Tabell 1 presenteras analysprocessen. För att erhålla ett pålitligt resultat analyserades materialet återkommande, både som helhet och i delar.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen med kvalitativ innehållsanalys.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
<i>"...utan det var ju bara det att man kände inte alla de där starka känslorna som alla påstår sig att man skulle känna..."</i>	Att inte känna det som man trodde man skulle göra	Inte som förväntat	Föreställningar om moderskap	Upplevelse av övergång till moderskap
<i>"...så tänkte jag 8-9 veckor då kanske, har det läkt ihop fel kanske det är försent?... Jag ville inte att det skulle gå för lång tid innan någon tittade. Så att jag hade nog velat få den här liksom checken kanske"</i>	Önskat bli undersökt tidigare; tänk om det läkt fel	Oro	Oro över läkningsprocessen	Behov av uppföljning

Forskningsetiska överväganden

Studien genomfördes enligt 2§ i lagen om etikprövning av forskning som avser människor och deltagarna fick enligt 16§ information om att de medverkade frivilligt och när som helst kunde avbryta studien (SFS 2003:460). Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns det ett berättigat krav, forskningskrav, på att forskning bedrivs och bidrar till individ- och samhällsutveckling. Samtidigt krävs det ett skydd för individer som ingår i forskning, så kallat individskydds krav. De fyra forskningsetiska principer som studien följt i enlighet med Vetenskapsrådet (2002) är; informationskravet, konfidentialitetskravet, samtyckeskravet samt nyttjandekravet.

Deltagarna i studien erhöll skriftlig information som hade utformats efter Etikprövningsnämndens riktlinjer (Etikprövningsnämnderna, u.å.) och gav via mejl skriftligt samtycke till att delta. Inför varje intervju gick författarna igenom FPI med intervjupersonen muntligt och erhöll på så vis ytterligare medgivande innan intervjustart. Deltagarna informerades om att de kunde avbryta intervjun under processen utan att ange orsak, att deras data blev avidentifierad och kodad samt att den enbart skulle användas till studien. Inspelad data hanterades konfidentiellt och var endast tillgänglig för författarna och handledaren. Inspelad data raderas efter publicering och deltagarna informerades om hur de kunde ta del av publiceringen. Författarna ansvarade över att deltagarna inte utsattes för risker och försäkrade

intervjudeltagarna om detta. Personuppgifter har hanterats utifrån lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218).

I slutet av en intervju kan det råda en viss spänning eller oro, eftersom intervjupersonen har varit öppen om personliga och ibland känslomässiga upplevelser och kanske undrar över intervjuens syfte, och hur den kommer att användas. Därför gavs intervjudeltagarna möjlighet att kontakta författarna kort efter intervjun om de önskade lägga till eller ta bort data.

Risk-nytta analys

Kvinnorna som frivilligt valde att delta i intervjuerna fick information om att det fanns en obetydlig risk med att delta i studien och deltagandet skulle inte påverka deras vård. Det går däremot inte att som författare till studien försäkra sig om att intervjudeltagarna inte har påverkats negativt av att ha deltagit i studien. Ämnet berör en känslig period i livet och individen kan uppleva ett självtlämnande. Under intervjun var författarna lyhörda och observanta på hur intervjudeltagaren uppfattade och upplevde frågorna och ämnet som berördes. Intervjudeltagarna var väl medvetna om att de när som helst fick avbryta intervjun för att ta en paus eller i efterhand ta bort delgiven information som kunde anses för personlig. Risken för integritetsintrång ansågs vara liten.

Samtliga intervjudeltagare uppgav nyttan med att få delge sin berättelse och förhoppning om att få vara med och bidra till utveckling. Nyttan gällde också att själv få reflektera över sin upplevelse och chans att sprida den till såväl barnmorskor som blivande mödrar. Fynden som framkommer ur studien skulle kunna leda till förbättringsarbete bland barnmorskor. Risk-nytta analys har utförts fortlöpande under arbetets gång för att kunna garantera och påvisa att nyttan har övervägt riskerna med studien.

Resultat

Ur analysen framkom tre huvudkategorier och tio subkategorier. Resultatet styrks med citat från intervjupersonerna (IP) som kodats med nummer. Följande tabell (tabell 2) visar en översikt av huvudkategorier och subkategorier.

Tabell 2. Översikt av huvudkategorier och subkategorier.

Subkategorier	Huvudkategorier
Föreställningar om moderskap	Upplevelse av övergång till moderskap
Upplevelse av en omställning	
En känslig tidsperiod	
Mer fokus på den psykiska hälsan	Behov av uppföljning
Oro över läkningsprocessen	
Orsaker till kontakt med vårdpersonal	
Önskan om tidigare kontakt med barnmorska på barnmorskemottagning	
Behov av bekräftelse från barnmorskan	
Information om tiden efter förlossningen	Behov av information
Information om vem man ska kontakta	

Upplevelse av övergång till moderskap

Föreställningar om moderskap

Kvinnorna hade föreställningar kring vad det skulle innebära att bli mor för första gången. Det beskrevs att det kom som en chock att bli mor då upplevelsen inte motsvarade deras förväntningar. Föreställningarna grundade sig ofta i en bild av vad andra hade framfört och handlade främst om lyckan och kärleken i samband med barnets födelse. Föreställningarna handlade även om hur den första tiden hemma med barnet skulle vara.

Det var inte det att man inte kände att man inte älskade henne, utan det var ju bara det att man kände inte alla de där starka känslorna som alla påstår sig att man skulle känna. Och sen så kände man att det bara var fel på en själv och sådär. (IP1)

Sen har jag ju förstått, från andra mammor att, det är väldigt omvälvande och det hade man ju såklart en bild av före också. Men, men det var nog mycket mer och mycket än vad man någonsin hade kunnat tro. Alltså jag hade inte alls förstått hur, hur liksom, hormonellt och liksom vilken liksom berg- och dalbana. (IP4)

Nej men absolut inte som jag hade tänkt mig. (...) Och att man, kanske inte kände den här superlyckan (...) Men just den här, som många pratar om och frågar; befinner ni er i bebisbubblan nu? Liksom. Alltså den fanns ju inte. Den har väl börjat komma lite nu. (IP2)

Föreställningarna som kvinnorna hade innefattade även den kroppsliga förändringen efter förlossningen. Återhämtningen tog längre tid än förväntat, och framför allt promenader hindrades av kroppsliga besvär.

Det var väl en konstig känsla. Man inte riktigt visste hur man ja, man har ju en bild av hur det ska vara att det... man ska må bra och... ut på promenader och så där. Men. Det kunde jag ju inte (...) det har jag ju kommit igång med nu. (IP7)

En kvinna uppgav att hon inte hade så höga förväntningar eller föreställningar kring hur det skulle vara att bli mor för första gången. Hon hade en mer avslappnad inställning och öppet förhållningssätt till den nya livssituationen.

Jag vet inte.. Men jag försökte inte ha så mycket förväntningar, jag tänkte, jag vet ju inte vad jag ger mig in på. Liksom, så jag får försöka och ta det utifrån vad det blir. (IP6)

Upplevelse av en omställning

Att bli mor för första gången beskrevs som en stor omställning. Omställningen innebar en personlig förändring från att ha varit en person till att plötsligt alltid vara två. Vilket medförde att ta hand om en individ som var beroende av en.

Så att det är ju, man tänker ju inte på samma sätt som man gjorde innan, för nu är man helt plötsligt två. Man har alltid en som man tar med sig. (IP1)

Även en känslomässig förändring infann sig hos kvinnorna. Det framkom upplevda känslor av hopplöshet och hjälplöshet under en tid som kvinnorna beskrev att de satt på soffan och grät. Trots att kvinnorna hade sin bebis att ta hand om och, som de uttryckte, var beroende av en, så infann sig en känsla av ensamhet. Ingen tid för egna intressen fanns och kvinnorna upplevde tiden som svår eftersom barnet behövde närheten av sin moder. Det var lätt att glömma bort sig själv och sin egen hälsa såsom egenvård och måltider. Barnet prioriterades i första hand. Denna omställning kom som en chock för kvinnorna.

Hur fruktansvärt jobbigt det är, alltså hur olycklig man kan känna sig. Ja. Det får man liksom inte höra. Det kom som en chock. (IP2)

Det är såklart allt på en gång. Det var rätt så chockartat. (...) Framför allt psykiskt för mig men såklart också fysiskt och det adderar ju till det psykiska liksom, att man, man är rätt så trasig liksom, totalt sätt liksom. (IP4)

Omställningen innebar också en vardaglig förändring med bland annat sömnrubbing, att sänka sina krav på till exempel ett städlat hem, men även att lära sig att prioritera på ett annat sätt. Kvinnorna beskrev att de inte kände sig förberedda på omställningen att bli mor, men de visste inte heller hur de hade kunnat förbereda sig på det.

För att jag menar, det är en stor omställning från då varit gravid, haft en förlossning, och sen har man helt plötsligt ett barn man ska ta hand om, som ska ha mat på nätterna, och det är ju en ganska stor omställning från att ha sovit 8 timmar i sträck, till att vakna var tredje timma och gå upp och göra mat eller amma eller så. (IP1)

Alltså jag tror det är svårt att förbereda sig för det. För att... Ja, man köper grejer och man försöker fixa, och liksom ha, så att man har allt det praktiska, det fysiska, alla saker, skötbord, kläder och blöjor och allt vad det är. (...) Jag hade nog inte kunnat förbereda mig mer eller mindre, liksom... Det var bara som en helomvändning. Chock, typ. (IP3)

En känslig tidsperiod

Det beskrevs att den första tiden hemma med barnet var en psykisk påfrestning, där känslor av nedstämdhet och utmattning var återkommande. En tydlig beskrivning var att perioden upplevdes som en berg- och dalbana där känslorna ändrade karaktär. Känslorna kunde variera

mellan exempelvis att vara glad och ledsen. Däremot upplevdes perioden med dessa typer av känslor som övergående och att kvinnorna till slut mådde bättre psykiskt. Vissa beskrev det som att övergången gick från en dag till en annan, medan några beskrev det som en successiv process. Gemensamt var att de vände sig och på så vis upplevdes det lättare att hantera situationen och kvinnorna mådde bättre. Tidsperioden var begränsad och pågick mellan två till fem veckor. Några bidragande faktorer till att kvinnorna vände sig var att de accepterade situationen, ändrade tankesättet, fick in rutiner, hittade praktiska lösningar som exempelvis bärsjal och fick prata om sin situation med andra. Perioden handlade även om att lära känna och knyta an till barnet men också att se barnets utveckling och själv växa in i rollen som mor.

Sen när, var det tydligt för mig när den värsta hormonberg-och dalbanan tog slut då vände det liksom lite över en natt att jag plötsligt, det var liksom inte lika pissigt längre. Haha. Livet. (IP4)

(...) jag själv kanske har varit såhär, ena dagen är man lite ledsen eller någonting eller sen kan man vara ledsen över någon som säger något, sen kan jag vara ledsen över att han är fin... upp och ned såhär. (IP5)

Alltså, jag vet inte, jag tror bara att det liksom blev successivt bättre. Man så, vände sig vid det och så. Men jag tror inte att det var så att det var från en dag till en annan att man bara... Utan det var nog så att de första dagarna så kunde man sitta och gråta nästan hela dagarna. Och liksom vara såhär "ååh, vad jobbigt allting är" och sen kanske det blev mindre och mindre. (...) Men när man liksom kom till ro med den tanken att jag kommer inte få sova när jag vill, då blev det nog lättare. (IP3)

Något som var genomgående hos kvinnorna var att införa rutiner för att på så vis underlätta övergången till att må bättre psykiskt. Exempel på rutiner som uppgavs var dagliga promenader och inbokade aktiviteter. Processen i att må bättre startade för en del kvinnor i samband med att partnern gick tillbaka till arbetet, då fick de hela ansvaret och skulle klara vardagen självständigt.

Så blir det så "Gud hur ska jag klara det här själv". Men, det bara lossnade. Nästan exakt, eller bara någon dag... Samma dag som xxx åkte typ, så fick jag ju finna mig i det och göra vad jag kunde, och det gick bra. (IP6)

Och sen så var det precis innan han började gå tillbaka till jobbet som jag började liksom orka och ta hand om henne mer. Och inte bara amma utan... Jag orkade med att vara uppe lite och jag tog lite småpromenader på någon kilometer och så där. Så det var det som vände och så började jag nog boka upp mig lite, ja det var efter en till vecka, efter 5 veckor tror jag. Som jag började få lite panik att jag bara hade legat i soffan så då började jag boka in mig på lite och aktiviteter och mammaträningar och sådant där. (IP7)

Kvinnorna upplevde att kontakten med närstående hade stor betydelse, både för att få avlastning och tips men också att få prata om sin psykiska och fysiska hälsa. Det var även viktigt för kvinnorna att prata med andra mödrar som varit i en liknande situation eller som kunde relatera till vad kvinnan gick igenom och bekräfta hennes känslor och upplevelse. Genom att få höra detta av andra kvinnor upplevde kvinnorna att de kände sig mindre ensamma och lättare kunde behärska sin situation. När kvinnorna fick ventilera sina svårigheter och få tips från en erfaren eller en mor i samma situation kunde de lättare se mönster och lära känna barnet. På så vis infann sig en trygghet. Närstående kunde för kvinnorna vara bland annat sin egen mor, svärmor, syster, kompis eller mödrar i sociala kanaler.

Och det, att man får höra att man inte är ensam. Eller att man får höra att fler liksom har det likadant. (...) ”kolla här nu skriker hon och sen fiser hon, det var ju bara en liten fis på tvären” (...) se mönster då. Ja, så det var ändå skönt att höra från en erfaren. (IP2)

Så hade jag ju min mamma som jag pratar med minst varje dag, flera gånger per dag ibland. Och hon var ju här väldigt ofta också. (...) Mina två bästa barndomskompisar, eller vad man ska säga, dom har barn båda två. Så dom pratar jag lite med ibland. Och sen när man var ledsen och dom bara ”ja, så är det, liksom”, ”ja, det är såhär”. (IP3)

Sen har jag haft mamma som stöd. Hon bor inne i stan. Så henne har jag kunnat ringa och så. Och likadant xxx då, min kompis. Har jag ju kunnat fråga om det är någonting. (...) Och mamma har ju avlastat, hon har kommit med matlådor och hon har fixat och städlat och eh... och praktiska grejer liksom. (IP6)

Behov av uppföljning

Mer fokus på den psykiska hälsan

Det framkom ett upplevt behov av att få prata med någon, företrädesvis barnmorskan på barnmorskemottagningen, som de under graviditeten hade skapat en relation till. En av kvinnorna föreslog även att man som nybliven förälder skulle bli erbjuden ett samtal med en psykolog. Kvinnorna hade velat få svar på frågor som rörde deras psykiska hälsa och upplevelsen av förlossningen. De önskade mer fokus på sig själva för att få bekräftelse på sin personliga upplevelse från förlossningen och känslor som uppstått tiden efter förlossningen. För de flesta av kvinnorna handlade uppföljningen av psykisk hälsa främst om att få dela med sig av sin upplevelse med någon.

Kanske komma tillbaka efter en vecka och träffa en barnmorska (...) tio dagar... eller någonting sådant, efter. Om en själv och inte om barnet liksom. (...) Så, fast som sagt, det är

ju väldigt mycket, och med all rätt, alltså, fokus på barnet liksom. (...) Det är lång tid innan det blir något liksom... på mamman. (IP3)

Alltså både att sömnen rubbas, och man ska vara tillgänglig hela tiden för barnet, alltså allting så att en sådan koll bara av hur man hanterar det, tycker jag är väldigt viktigt. Och visst, man träffar BVC, alltså någon gång, typ en gång i veckan det första, men då är ju fokus på barnet, då är det ju inte ett fokus på hur mamman mår. (IP1)

Flera av kvinnorna nämnde "mammasantalen" på BVC, där de fick fylla i formuläret EPDS (The Edinburg Postnatal Depression Scale), när barnet var cirka två månader gammalt. Frågorna i formuläret handlade om hur stämningläget hade varit de senaste sju dagarna. Kvinnorna upplevde bland annat att detta fokus på deras egen hälsa kom för sent. Det handlade inte om perioden då de var nedstämda och utmattade, utan snarare om en period där de redan mådde psykiskt bättre och inte hade samma behov av att prata med någon om dessa känslor. Det fanns en önskan om att samtalet ägde rum under perioden när de upplevde känslor av nedstämdhet och utmattning. Men också att det inte blev en fråga om att fylla i ett formulär för att samla poäng, utan snarare ett tillfälle att få berätta om sina känslor.

(...) och så sitter man där liksom, så är man på BVC, så var det för mig i alla fall. Också skrek hon liksom och hon ville amma och det var båda bröstet och det blev liksom ingen ro över huvud taget så att. (...) Och när man fyllde i det där pappret liksom, hur det känts den senaste veckan, ja, då fyller ju inte jag i att jag liksom, känt att jag inte pallat mer för 2 veckor sedan till exempel. (IP2)

Jo, vid hennes tvåmånaderskontroll, då hade dom det här mamma samtalet, att, hur man mådde och sådär. Men det tycker jag också att det är för lång tid (...) Ja, det var ju då, alltså, det var ju egentligen inte så mycket man pratade om utan det var om att man skulle fylla i ett formulär eller två. (...) egentligen ganska konstiga frågor. (IP1)

Oro över läkningsprocessen

En stor oro som framkom var gällande den fysiska förändringen och återhämtningen och handlade främst om hur underlivet läkte efter förlossningen. Kvinnorna oroade sig över att det skulle läka fel och hade önskat att barnmorskan på barnmorskemottagningen gjorde en tidig undersökning för att få bekräftelse på att det läkte som det skulle. Det fanns även en oro kring hur länge stygnen skulle sitta kvar vilket var något som kvinnorna kände sig osäkra på och funderade över.

(...) För jag kände lite grand att eftersom jag oroade mig så läkning och stygn och så, så tänkte jag 8-9 veckor då kanske, har det läkt ihop fel kanske det är försent? Hann jag tänka liksom att. Jag ville inte att det skulle gå för lång tid innan någon tittade. Så att jag hade nog velat få den här liksom checken kanske (IP4)

För det gick man ändå och tänkte på, för det är ändå 8 veckor fram till EK, det är ändå två månader liksom. Och, ja för det enda som sa på BB var då med det här typ stygnen, det kan ta si och så lång tid och sen så liksom, får man höra i efterhand att ja det kan vara så att de sitter kvar fortfarande på efterkontrollen. (...) För det gick man också och tänkte på "fan, stygnen liksom, ramlar inte dom av, ska inte dom.. " Så har det gått flera veckor så sitter dom kvar och man bara "ja men det kanske inte läker som det ska. (IP3)

Det framkom att efterkontrollen var ett tillfälle, en hållpunkt, där de fick bekräftelse och tillåtelse gällande kroppslig förändring och återhämtning. En kvinna upplevde att hon väntade på tillåtelse och bekräftelse från barnmorskan för att exempelvis kunna ha samlag och använda tampong igen. Några kvinnor tackade ja till erbjudandet om en gynekologisk undersökning på efterkontrollen, medan några uppgav att de inte tyckte att det behövdes eftersom de inte längre hade några besvär. Däremot fick de instruktioner om att vid smärta eller besvär, vid exempelvis samlag, skulle de kontakta barnmorskemottagningen.

Men det är, det känns ju lite som att det är den man väntar på för att höra att allt är bra och sen kan man köra på som vanligt. Typ, för nu ska man ju inte bada, inte ha sex, inte använda tampong, alltså sådana grejer. Jag tänker efter det att.. Då, känns det som att man är såhär skannad att nu är det bra. (IP5)

Orsaker till kontakt med vårdpersonal

Några av kvinnorna hade sökt vård gällande fysiska besvär, men ingen hade sökt vård gällande sin psykiska hälsa. Det förekom att kvinnorna varit i kontakt med amningsmottagningen vid ett flertal tillfällen. De hade även sökt hjälp för bröstkomplikationer så som svamp, mjölkstockning, mjölkstas och sugblåsor. Andra anledningar var feber i samband med mjölkstas, underlivsbesvär, problem med läkning av bristning samt hemorrojder.

Alltså vi har ju varit i mycket kontakt på grund av amningen. Jag vet inte om det räknas. Men dels så var vi ju, redan när vi åkte hem från xxx så, så rekommenderade dom och bokade in två tider till oss på amningsmottagningen (...) men sen lite senare så eh, bokade vi själva tid på amningsmottagningen i xxx. När det liksom, inte gick längre själva och vi var, lite... det kändes lite hopplöst så då fick vi hjälp där och fick igång någon slags amning. (IP4)

Önskan om tidigare kontakt med barnmorska på barnmorskemottagning

Det uttrycktes en önskan om att få träffa barnmorskan på barnmorskemottagningen tidigare än efterkontrollen. Även de kvinnor som inte hade behov som föranledde tidigare kontakt upplevde ändå att en tidigare uppföljning skulle ha varit bra, särskilt om de hade upplevt några besvär. Kvinnorna själva gav förslag på hur och varför de upplevde behov av uppföljning hos barnmorskan innan efterkontrollen. Det fanns flera önskemål om att få träffa

barnmorskan på barnmorskemottagningen efter en till två veckor, eller efter fyra veckor. Orsaker till detta var att de flesta var oroliga, eftersom efterkontrollen var cirka två månader efter förlossningen, att underlivet skulle läka fel under denna tid. Det fanns även funderingar och frågor gällande förlossningen som var en börda för kvinnorna att bära på och som de istället fick äta med andra, eftersom de inte träffade barnmorskan tidigare. Ingen uppgav att de hade haft ett postpartumsamtal med barnmorska på BB-avdelningen innan hemgång. Att få träffa barnmorskan tidigare än efterkontrollen gällde också kvinnornas behov av att få prata om sitt välmående med någon som visste hur deras graviditet hade varit och hur de kände inför moderskapet.

Hade man gjort om man säger så som kanske en efterkontroll, precis innan du går hem från BB, och sen en kanske efter halva tiden, istället för 8-12 veckor så kanske man tar 4-6 veckor och sen då den vanliga 8-12, liksom. För att få lite uppföljning och kunna alltså, dels alltså det här psykiska att man inte ska behöva gå och må dåligt, känna saker som man kan va osäker på och sådär då, och sen även, alltså kolla alltså där nere hur det ser ut och alltså sådär (...) sen är det många som har problem men inte upptäckts förrän det är för sent eller inte försent, men alltså, senare än vad det hade behövt vara. (IP1)

Man är ju inte heller riktigt människa för att ta sig någonstans och så. Allt för tidigt. Så att. Det kanske är lagom där, efter 4, kanske halva tiden, eller så. Mer än fyra veckor liksom. (...) men jag, mådde ju mycket sämre där i början nu dom här 8-9 veckorna efter då hade det ju liksom vänt. För mig. Så att nu kan jag ju hantera mig själv haha. Men men och då kanske som sagt, då kanske det inte är lönt att vården lägger resurser på det om det ändå löser sig efter ett tag så att säga. Men men om det var, om man någon gång behövde stöd så var det ju tidigare eller så, för mig. (IP4)

Sex av sju kvinnor erbjöds en efterkontroll, enligt basprogrammet sex till tolv veckor efter förlossningen hos barnmorskan på barnmorskemottagningen. En kvinna fick möjligheten att välja om uppföljningen hos barnmorskan på barnmorskemottagningen skulle ske tidigare än så, eller om hon ville ha en tid senare, enligt mödrahälsovårdens basprogram. Med motivering om att hon mådde bra tackade hon ja till en senare efterkontroll. Däremot uppgav hon att hon hade velat ha en tidigare uppföljning om hon hade haft besvär eller behov av det.

Om jag kände att det var någonting som gjort annorlunda eller oroar mig för bristningarna eller något sådant där. Eller ja. Eller om jag känner att jag haft en dålig erfarenhet av eller upplevelse av förlossningen eller eller BB i efterhand, så ja då hade jag nog velat haft det tidigare så att jag hade kommit ihåg och haft det relativt färskt liksom. (IP6)

Endast en av kvinnorna fick ett samtal av barnmorskan på BB-avdelningen två dagar efter hemgång. Detta samtal var uppskattat samtidigt som kvinnan hade önskat ytterligare ett samtal några dagar senare. De övriga kvinnorna blev inte uppringda av en barnmorska men

uttryckte en önskan om att få ett samtal under första tiden hemma för att få prata av sig och få tips.

Det hade nog varit bättre om de kanske hade, eller att de ringde då och sen några dagar senare igen. För nu var det såhär att man fortfarande är helt inne i allt nytt hemma och hann inte riktigt känna av. (IP 5)

Absolut att någon hade slagit en signal och frågat liksom hur det var så hade man liksom kunnat få kräka av sig lite och få lite tips. (IP2)

Behov av bekräftelse från barnmorskan

Kvinnorna uppgav ett behov av att få bekräftelse på att det de kände psykiskt, men även fysiskt var normalt. Det fanns en oro över om deras känslor var normala och om deras fysiska återhämtning var normal. De blev bekräftade i att det de kände var normalt från antingen barnmorskan på barnmorskemottagningen på efterkontrollen och/eller tidigare av närstående samt vänner.

Ja där (hos barnmorskan) kändes det som att man kanske hade behövt prata av sig lite mer då om en sådan grej som förlossningen och och ja berg-och dalbana, få bekräftat att det, "nu mår du kanske inte så bra men det är helt normalt och det kommer bli bättre nästa vecka". (IP4)

Det var egentligen alltså, dom här Facebook-grupperna man var med i med andra mammor som födde i samma månad. Det var egentligen där som man tänkte att, ja men det är ju vanligt med... typ ja... alltifrån två till sex eller sju veckor, liksom... Men sen var det många som blödde mindre och blödde längre, men det var liksom inte... Men alltså, det var ju egentligen inte inom vården man kunde normalisera det, utan det var egentligen av att höra andra mammor då. (...) Men där i början hade jag nog känt att man hade velat träffa, då barnmorskan för att kunna veta att det är normalt att känna såhär (...) man vill ju ändå ha en bekräftelse (från vården) på vad som är normalt och när man behöver kolla upp det liksom (IP1)

Kvinnorna hade olika nära relation till sin barnmorska på barnmorskemottagningen. Något som var gemensamt för kvinnorna var att barnmorskan på barnmorskemottagningen skulle vara lätt att nå och tillgänglig för frågor och tankar såväl under graviditeten som tiden efter förlossningen.

Men det har varit, jag har gillat henne jättemycket. Och tänker att, får jag ett barn till, vi har ju köpt hus, och ska flytta, men jag kommer nog åka in till henne. (...) alltid ja, väldigt hjälpsam och svarade alltid på mejl, likadant, det var alltid lättast så, alltså mejla för att få tag på henne, så och då svarade hon alltid, jag tror alltid hon svarade samma dag. (IP3)

De kvinnor som uppgav att de inte hade en god relation till sin barnmorska på barnmorskemottagningen, upplevde detta som ett stort hinder för att ta kontakt när de hade behov av att träffa eller prata med barnmorskan. Om de hade haft en bättre relation hade barnmorskan varit en person de hade vänt sig till.

(...) Om hon min barnmorska kanske hade kontaktat mig och att hon hade berättat "Ja men jag finns här och hör av dig om det är någonting nu" så hade det varit enklare för mig att ta kontakt om jag hade haft några frågor. (...) Men jag tror absolut alltså om man hade haft en barnmorska som man hade trivts med, att det kanske hade varit den första man hade kontaktat också. Det tror jag på, absolut. För dom har ju ändå varit med under 9 månader. Och det tror det gör mycket att det är någon som man verkligen vågar prata med och som man känner. (IP2)

Under graviditeten upplevde de flesta kvinnorna att de kunde fråga och prata med barnmorskan på barnmorskemottagningen om det mesta, oavsett vad det gällde. Men tiden efter förlossningen var det inte lika självklart för kvinnorna vilken funktion barnmorskan på barnmorskemottagningen hade. Det rådde en oklarhet i vad barnmorskan kunde bistå kvinnan med och vilka frågor eller besvär kvinnan kunde ta upp med barnmorskan. Eftersom de flesta av kvinnorna inte hade någon kontakt med sin barnmorska på barnmorskemottagningen efter förlossningen fram till efterkontrollen fick frågor och funderingar vänta till besöket. Detta också för att kvinnorna upplevde det svårt att veta vad de skulle kontakta barnmorskan tidigare om, eller om besväret eller funderingarna gällde någon annan vårdinstans. Däremot uppger kvinnorna att om de hade träffat barnmorskan vid ett tidigare besök hade det varit lättare att, som under graviditeten, fråga och prata om det mesta, oavsett vad det gällde.

Jag vet inte hur mycket... dom har liksom ingen så... jag vet inte hur mycket barnmorskan har liksom utbildning på det här med att liksom ta hand om och bemöta ledsna eller deprimerade mammor och så men. (IP3)

(...) Dagarna liksom, hur går dagarna och. Ja men bara lite tips liksom hur, hur dom kan liksom... "Hur kan jag göra liksom, nu har jag inte kunnat borsta tänderna på 3 dagar liksom, hur ska jag få till det?" Men det kanske inte är så lätt för en barnmorska heller i för sig att svara på, alltså hur man ska få... Jag vet inte. (IP2)

Behov av information

Information om tiden efter förlossningen

De flesta kvinnorna upplevde ett stort fokus på graviditet och förlossning men kände sig inte väl förberedda på tiden efter förlossning. En upplevelse var att det var svårt att förflytta fokus

till tiden efter. Däremot fanns det en skillnad bland kvinnorna i hur mycket de egentligen hade velat veta och hur mycket information de skulle ha varit mottagliga för innan förlossningen. En kvinna uppgav att det enda hon visste om tiden efter förlossning var informationen om att försöka sova när bebisen sover. En annan kvinna som fick inflammation i underlivet uppgav att hon inte alls var förberedd på att detta kunde uppstå, men hon var också osäker på om hon hade velat få informationen under graviditeten, med risk för att oroa sig i onödan om hon inte hade drabbats. Gemensamt för kvinnorna var dock att de önskade mer information om tiden efter förlossning angående exempelvis blödning, bröstkomplikationer, smärta, fysisk och psykisk återhämtning och känslor som kan uppstå.

Och det var jag ändå medveten om under graviditeten att, jag vet att mitt fokus är bara förlossningen, men jag kan inte ta till mig resten, för det är liksom för mycket. (IP4)

Man får ju en broschyr om grejer som gäller barnet den första tiden med amning, och det är mat och det är om den har ont i magen allt vad det nu är, alltså hade jag varit ärlig hade jag velat ha en broschyr till mamma, alltså istället för att ha bara två sidor längst bak i boken där det står lite övningar om hur man kan komma tillbaka rent alltså muskelmässigt, så hade det ju kunnat vara bra att, ”det här är normalt att känna”, si och såhär länge kan du ha ont, buksmärter efter förlossningen, såhär och såhär länge kan du blöda i rikliga mängder och sådär. Alltså många sådana där frågor som man ställer sig: ”ska det verkligen göra sådär ont, såhär länge” och ”vad kan man göra åt det och vart ska man vända sig”... (IP1)

Det var fokus på hur jag mådde då och sen när förlossningen närmar sig så var det fokus på hur, såhär smärtlindringsmetoder och sådana grejer. Det var inte mycket prat om hur det var efteråt. Och det kanske gör att man inte själv tänkte så mycket på det heller, för att dom inte tog upp det. (IP5)

Flertalet kvinnor uppgav att de hade haft behov av att veta hur länge både psykiska och fysiska besvär skulle pågå. Något som återkom hos flera kvinnor var hur lång tid de skulle blöda efter förlossningen, men också hur länge sutureringsmaterialet skulle sitta kvar i underlivet.

Det här med blödning var bara att det är normalt, men det var aldrig någonting hur mycket, hur länge... (IP1)

Dom sa bara att stygnen skulle försvinna och sådant, men jag har ingen aning om hur lång tid det tar eller så men.. Jag tänker att, sådant får man väl se på efterkontrollen sen. (IP5)

Man kanske skulle ha fått lite mer information om hur lång tid, alltså det kan ta. För man tänker ju, man jämför ju med... andra åkommor eller så som man har haft... typ, om jag skär mig i fingret, så tar det liksom tre dagar sen har det liksom läkt. Eller så... Man har inte koll

på det heller, för jag tänkte så. Det gör ju ont, men nu har det ju gått två månader liksom. (IP3)

Information om vem man ska kontakta

Kvinnorna upplevde att de inte visste vem de skulle kontakta vid eventuella besvär eller behov. Något som förekom ofta var att de visste vem de skulle kontakta angående bebisen men inte vad gällde kvinnans egna behov. Några kvinnor hade kontaktat 1177, andra hade frågat sina kompisar och en kvinna hade blivit hänvisad till Kvinnokliniken av sin kompis som var sjuksköterska. De flesta önskade mer tydlig information om var de kunde vända sig vid specifika besvär eller behov som exempelvis feber, smärta och bröstkomplikationer.

Från början hade man ju ingen aning, man bara är det någon som tar hand om detta? Nej, kände man. Att var ska jag vända mig? (IP4)

Men jag vet inte med vården. Jag vet inte liksom vem jag skulle ha kontaktat. Alltså vem skulle man ringa, skulle man ringa till sin BVC eller ska man ta kontakt med sin barnmorska (...) med en själv tänker man, det är väl vanliga akuten eller vårdcentralen bara... (...) Så att få någon sån information, ”Ja, mår du dåligt så kan du alltid kontakta din barnmorska eller den och den” (...) Man är trött och ledsen så man orkar liksom inte ta tag i något större projekt. Och liksom så, börja kolla upp och ta reda på nåt sådant. (IP3)

(...) men, det var ju inget självklart för var man skulle vända sig, för de hade man ju behövt kollat upp i så fall. (IP1)

Metoddiskussion

En kvalitativ metod valdes eftersom syftet med studien var att beskriva förstfödorskors upplevda behov. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är det en fördel att använda sig av kvalitativ metod när man vill försöka förstå en annan persons perspektiv och erfarenheter. Intervjuer valdes som datainsamlingsmetod för att skapa förståelse och insikt i kvinnornas upplevda behov (Henricson & Billhult, 2017).

Det var god variation i åldrar mellan deltagarna i studien. Kvinnorna var mellan 21-36 år gamla vilket gav en medelålder på 28,7 år. Det fanns även en spridning i utbildningsnivån bland kvinnorna vilket, tillsammans med ålder, bidrog till ett tillförlitligt resultat och en styrka i studien. Ingen av kvinnornas partners hade barn sedan tidigare vilket också gav styrka i studien eftersom de inte kunde bidra med erfarenhet i föräldraskap.

Inför rekryteringen utformades inklusions- och exklusionskriterier för att omfatta de kvinnor som motsvarade syftet med studien och inte hade ökat behov eller redan befintlig kontakt med vården. Fokus lades på den friska förstföderskan som hade haft en normal graviditet och en vaginal förlossning för att belysa upplevda behov av uppföljning postpartum. Ett av inklusionskriterierna var att kvinnan skulle vara svenskspråkig för att underlätta intervju och transkribering under den tidsram som fanns för detta. En svaghet i detta var att inte belysa upplevelser från kvinnor från andra kulturer. Studien fokuserade på kvinnor som fött barn inom tidsperioden 5-15 veckor vid intervjustart. Anledningen till den valda tidsperioden var att de upplevda behoven skulle ligga nära i tiden och på så vis vara färskt i minnet. Detta för att inte få med behov som uppstått efter efterkontrollen, vilket ansågs som en styrka i studien. En svaghet i studien skulle ha kunnat vara att den valda tidsperioden bidrog till ett stort bortfall. Detta eftersom det kan vara en känslig period med ett nyfött barn och att en del kvinnor inte var redo eller ville dela med sig av sina upplevelser. Däremot uttryckte kvinnorna i studien att den mest känsliga perioden hade gått över vid intervjun och kvinnorna hade på så vis mer perspektiv på situationen och kunde lättare prata om den. En styrka i studien var att kvinnorna frivilligt anmälde sig till studien och var benägna att berätta om sina upplevelser.

Facebook-grupper valdes som primär rekryteringsmetod i Skåne, Halland och Västra Götaland. De tre olika länen valdes för att ge styrka i studien med geografisk spridning. Rekryteringen gjordes via fyra olika Facebook-grupper med inriktning på nyblivna mödrar, vilket var en styrka eftersom det då blev mer riktad information om studien direkt till kvinnorna. De kvinnor som var intresserade av studien kunde anmäla sitt intresse utan att känna sig påtvingade att delta, vilket gav ett öppet och frivilligt deltagande. En styrka i detta är även att vårdpersonal inte var involverad i rekryteringen och kvinnorna behövde inte oroa sig för att deras vård skulle bli påverkad eller känna sig tvingade att delta. En svaghet i att rekrytera via specifika Facebook-grupper skulle kunna vara att deltagarna som var med i Facebook-grupperna hade ett uttryckt behov av att prata med andra i samma situation. Om rekrytering inte innefattade medlemmar i en Facebook-grupp hade resultatet eventuellt kunnat se annorlunda ut gällande behovet av att prata om sin upplevelse och situation.

Totalt åtta deltagare önskade delta i studien och uppfyllde inklusionskriterierna. En av personerna som rekryterats valde senare att inte delta på grund av sjukdom. Det totala antalet deltagare på sju personer ansågs vara tillräckligt för studiens omfattning och tidsram. Alla deltagare utom en hade sin bebis med vid intervjun vilket kunde distrahera. Danielson (2017a) skriver att vid en intervju kan det vara bra att avskilja familjemedlemmar för att inte bli störd. Däremot skulle närvaron av bebisen kunna bidra till att kvinnorna kom närmre och relaterade till ämnet. Intervjuerna som utfördes via högtalartelefon avlyssnades extra noggrant gällande röst och tonläge eftersom kroppsspråket ej kunde uppmärksammas. Under de intervjuer som utfördes via FaceTime kunde både kroppsspråk, mimik och det sagda ordet uppmärksammas. En fördel med intervjuer genom högtalartelefon och FaceTime var att intervjun blev mer koncentrerad till ämnet. En nackdel skulle kunna vara att kvinnorna eventuellt inte framförde

sådant de hade kunnat göra vid ögonkontakt, vilket inte var något som upplevdes, utan innehållsrika beskrivningar och känslor framkom även via telefon.

Intervjuerna genomfördes av båda författarna vilket ansågs som en styrka då vi kunde komplettera varandra under intervjun gällande följdfrågor. Eftersom vi var ovana vid att utföra kvalitativa intervjuer och ämnet resulterade i mycket känslor hos deltagarna upplevdes som en trygghet att utföra intervjuerna gemensamt. Däremot kan två intervjuare generera rubbning i maktbalansen vilket skulle kunna vara en svaghet i studien. Inför första intervjun bestämdes det att om intervjun påverkades av att båda intervjuade skulle resterande intervjuer äga rum enskilt. Det upplevdes dock att kvinnorna kände trygghet och vågade öppna upp sig inför två okända personer vilket resulterade i att intervjuerna fortsatte gemensamt.

Författarna transkriberade varannan utförd intervju och därefter lyssnade de igenom varandras transkribering för ett mer tillförlitligt resultat. Det transkriberade materialet lästes sedan igenom upprepade gånger av båda parter. Även under analysfasen lästes originalmaterialet igenom flertalet gånger för att säkerställa att det var deltagarnas upplevelser som analyserades och att resultatet inte skulle påverkas av förförståelse. Detta ökade även studiens pålitlighet. En svaghet är att författarna inte har genomfört semistrukturerade intervjuer och en kvalitativ innehållsanalys tidigare vilket kan leda till att viktigt innehåll kan gå förlorat. Dock är det en styrka att handledaren varit delaktig i processen och kontinuerligt läst igenom materialet. Även tidsramen för bearbetning av materialet har varit begränsad vilket också kan påverka analysprocessen och är en svaghet i studien. Genom hela analysprocessen har författarna arbetat gemensamt och hjälpts åt att granska och bearbeta materialet återkommande i enlighet med Elo och Kyngäs (2008) kvalitativa innehållsanalys. Exempel på analysprocessen visas i Tabell 1, dels för att påvisa hur analysprocessen sett ut men också för att öka bekräftelsebarheten i examensarbetet. Resultatet i denna studie kan inte generaliseras eftersom urvalet var litet med endast sju personer. Dock kan resultatet vara överförbart i liknande kontext eller grupp eftersom flera likheter fanns i kvinnornas upplevelser, vilket även stöds med innehållsrika citat.

Resultatdiskussion

Studien beskriver förstföderskors upplevda behov av uppföljning hos barnmorska på barnmorskemottagning. I resultatet framkom tre kategorier som svarar på syftet. Dessa kategorier är: *Upplevelse av övergång till moderskap*, *Behov av uppföljning* och *Behov av information*. Kärnan i resultatet är att förstföderskors upplevda behov av uppföljning hos barnmorskan på barnmorskemottagningen gäller framför allt att få prata med den barnmorska de har haft under graviditeten, förutsatt att de har en god relation till varandra. Kvinnorna har en önskan om att få träffa barnmorskan efter en till två veckor och/eller fyra veckor efter

förlossningen, men också ha kvar tiden för efterkontroll sex till tolv veckor efter förlossningen. Anledningen till detta är att få möjlighet att prata om känslorna som uppstod i omställningen att bli mor, få ställa frågor som uppstått efter förlossningen men också få en gynekologisk undersökning gällande läkningen i underlivet. Att som barnmorska endast träffa kvinnan vid ett uppföljande besök hindrar möjligheten att upptäcka hälsorisker (Martin et al., 2014; Tully et al., 2017; Declercq et al., 2014). Därför vore fler uppföljande besök att föredra, också för att bemöta kvinnornas önskemål.

Övergången till moderskap kom, enligt kvinnorna i intervjuerna, som en chock och upplevdes inte som de hade föreställt sig att det skulle bli. Föreställningen om moderskapet kan främst grunda sig i vad vänner och bekanta delar med sig av. En bidragande orsak till att förväntningarna är så höga skulle kunna vara att andra nyblivna mödrar delar med sig av sitt liv på sociala medier och livet som nybliven mor glorifieras. När förväntningarna och föreställningarna inte motsvarade kvinnans egentliga verklighet upplevdes första tiden efter förlossningen som en chock. Men några veckor senare inföll deras förväntningar på hur moderskapet skulle vara. Enligt Meleis et al. (2000) är det betydelsefullt att ge sig möjligheten att förändras och växa in i moderskapet. I resultatet framkom det att en kvinna uppgav att hon inte hade så höga förväntningar på tiden efter förlossningen och upplevde inte perioden så chockartad. Kvinnorna hade olika upplevelser av övergången till moderskap och detta stöds av Haga, Lynne, Slinning och Kraft (2012) som beskriver att det finns två olika förhållningssätt gällande hur kvinnorna närmar sig moderskapet och postpartumperioden. De kvinnor som har större behov av kontroll i situationen har också högre förväntningar och blir mer besvikna när det inte blir som de har förväntat sig. Många upplever då postpartumperioden som en stor utmaning och depressiva besvär är mer förknippade hos kvinnor med kontrollbehov. De kvinnor som har ett mer avslappnat förhållningssätt och är mer öppensinnade visar sig ha mer realistiska förväntningar på postpartumperioden. För att bidra till att förstföderskor ska kunna ha en mer realistisk bild av postpartumperioden kan barnmorskans roll i detta kan vara att informera om denna övergående tidsperiod, redan under graviditeten. Meleis et al. (2000) beskriver att en transition pågår under en tidsperiod och kan ofta ha inslag av instabilitet, ångest och förvirring. Barnmorskan kan råda kvinnorna att ha ett mer öppet förhållningssätt till sina förväntningar om hur postpartumperioden ska vara, så att de på så vis blir medvetna om att perioden inte alltid uppfattas positiv, lättäm och lycklig.

Kvinnorna i våra intervjuer framförde att de inte visste hur de skulle kunna förbereda sig på denna tid eftersom stort fokus lades på förlossningen och inte på postpartumperioden. Delaney, George Dalmida och Gaydos (2015) belyser att förstföderskor har begränsad kunskap om eventuella psykiska besvär som kan uppstå under postpartumperioden. Det kan då vara svårt för kvinnorna att skilja på om ett psykiskt besvär de upplever är normalt eller om det innebär ett problem. Det belyses även att kvinnorna inte har de verktyg som behövs för att hantera de psykiska problem som kan uppstå under postpartumperioden. I slutet av graviditeten kan det vara viktigt att barnmorskan förbereder förstföderskor på att det är normalt att den första tiden som nybliven mor kan upplevas psykiskt påfrestande. Även

betona att perioden ofta är övergående. Om barnmorskan förbereder, men också påminner efter förlossningen, om hur första tiden kan vara skulle detta eventuellt kunna bidra till att förstföderskor upplever övergången mindre chockartad.

Kvinnorna i studien poängterade att barnmorskan var ett viktigt stöd under hela graviditeten och att de bar med sig sina frågor, funderingar och eventuella besvär till efterkontrollen. Efterkontrollbesöket blev komprimerat eftersom de inte hade fått utrymme för frågor och funderingar tidigare. Eftersom det enligt Socialstyrelsen (2017) uppstår ett "glapp" efter förlossningen, där kvinnor generellt i Sverige följs upp sex till tolv veckor postpartum, kan tiden upplevas mer besvärlig än vad den egentligen ska behöva vara. För att fånga in de kvinnor som har ett behov av att få prata om psykiska besvär efter förlossningen blir barnmorskans roll viktig. Kvinnorna upplevde att barnavårdscentralen men även närstående lade mycket fokus på barnet och önskade därför mer fokus på sin egen hälsa och välbefinnande. Även kvinnor i en studie utförd i Sverige av Barimani, Oxelmark, Johansson och Hylander (2015) bekräftar att de som nyblivna mödrar önskar mer uppmärksamhet kring sina egna behov. De upplevde att ingen frågade hur de kände och att ingen brydde sig om dem.

I resultatet framkom en önskan bland kvinnorna att få ett samtal från barnmorska på barnmorskemottagningen första eller andra veckan efter förlossningen. Detta för att redan då få dela med sig av sin upplevelse och få svar på frågor. Men framför allt att de får dela med sig av första tiden som nybliven mor och få sina känslor normaliserade av en barnmorska i tidigt skede. Detta var något som kvinnorna i vår studie hade som önskemål och detta styrks även av kvinnorna i studien utförd av Barimani et al. (2015). Barimani et al (2015) framför att nyblivna mödrar önskar bli kontaktade av sin barnmorska de träffat under graviditeten, strax efter förlossningen och ha ett tidigt uppföljningsbesök. Nyblivna mödrar känner sig besvikna över att relationen och kontakten de har haft med barnmorskan under graviditeten bryts och att de inte får stöd från barnmorskan. Det belyses också att de nyblivna mödrarna anser att det vore värdefullt att hålla kontakten med barnmorskan som de träffat under graviditeten även efter förlossningen. Detta eftersom de har utvecklat en förtroendefull relation med barnmorskan.

I resultatet framkom det att kvinnorna önskade tidigare kontakt och uppföljning hos barnmorska på barnmorskemottagning även gällande fysiska besvär som exempelvis underlivsbesvär, blödning, amning och bröstkomplikationer. Kvinnorna hade behov av att få hjälp med sina fysiska besvär och svar på sina frågor tidigare än efterkontrollen. Men de visste inte om barnmorskan på barnmorskemottagningen var den rätta personen att vända sig till. Kvinnorna upplevde att de hade varit lättare att berätta om sina besvär för sin barnmorska om de hade haft en etablerad kontakt även efter förlossningen. Barimani et al. (2015) och Tully et al. (2017) betonar att nyblivna mödrar inte har vetskap om var de ska vända sig gällande fysiska problem eller besvär. Även kvinnorna i vår studie upplevde brist på

information om var de skulle vända sig. De poängterade att i den situation de befann sig i, som nybliven mor, orkade man inte ta tag i det projekt det innebar att leta upp vem man skulle kontakta angående sina besvär. Även om vissa hade fått information om vem de skulle kontakta kunde de inte komma ihåg det ändå. Detta kan leda till att olika vårdinstanser kontaktas med frågor och besvär som de egentligen inte "ansvarar" för och kvinnan blir hänvisad till flera olika ställen innan hon får hjälp. Om barnmorskan på barnmorskemottagningen finns tillgänglig och följer kvinnan fram till efterkontrollen hade hon kunnat svara på frågor, normalisera eller remittera vidare oavsett vad gäller fysiska eller psykiska besvär. Enligt Dahlberg et al. (2016) resulterar tillgängligheten till barnmorskan i mindre stress hos kvinnorna. Då behöver de inte söka vård på sjukhuset för en ytterligare uppföljning för sina besvär. Barimani et al. (2015) menar att barnmorskan, som kvinnorna har träffat under graviditeten, har en större förståelse för kvinnans individuella behov och skulle därför kunna fungera som en samordnare efter förlossningen. På så vis hade barnmorskan kunnat identifiera de kvinnor som är i behov av mer stöd (Barimani et al., 2015). En anledning till att tidigarelägga uppföljning på barnmorskemottagning är att som barnmorska kunna identifiera kvinnornas behov eller besvär i ett tidigt skede och på så vis förhindra att besvären blir långvariga. Att identifiera behov och besvär tidigt är kostnadseffektivt, vilket Baas et al. (2017) stödjer. Antalet besök på olika vårdinstanser skulle kunna minska om kvinnorna vet vem de ska kontakta i första hand och får hjälp i tid.

Resultatet i studien påvisar att kvinnorna upplevde att de inte hade känt sig förberedda på de psykiska och fysiska förändringar som skedde under postpartumperioden. Detta stöds i flertalet studier, utförda av Tully et al. (2017), Declercq et al. (2014), Persson et al. (2011) och Martin et al. (2014). I resultatet framkom det att kvinnorna var tveksamma till om de hade velat veta eller hade kunnat ta emot all typ av information under graviditeten, men gemensamt önskar de ett större fokus på sin egen hälsa efter förlossningen. Barnmorskan på barnmorskemottagningen skulle under graviditeten kunna informera och förbereda kvinnan på postpartumperioden men framför allt vara tillgänglig för kvinnan även tiden efter förlossningen. Då är omställningen som störst och många kvinnor upplever behov av kontakt med barnmorskan. För att främja nyblivna mödrars välbefinnande och identifiera eventuella besvär samt sätta in åtgärder i tid krävs tidigare uppföljning hos barnmorska på barnmorskemottagning. Förslagsvis i form av ett telefonsamtal efter förlossningen och erbjudande om tätare besök innan efterkontrollen äger rum.

Slutsats

Förstföderskor upplever tiden efter förlossning till efterkontrollen hos barnmorskan på barnmorskemottagningen som en stor omställning både psykiskt och fysiskt. Under denna tidsperiod upplever kvinnorna ett behov av att få prata om sina känslor i moderskapet som

exempelvis anknytning, sin förlossningsupplevelse men också få bekräftelse på att det de känner är normalt att känna som nybliven mor. Kvinnorna har behov av att få reda på att underlivet läker som det ska och upplever att de får vänta länge till efterkontrollen då första undersökningen sker. Kvinnorna har önskemål om att bli uppringda och/eller få erbjudande om en tidigare uppföljning än när efterkontrollen inträffar cirka åtta veckor efter förlossningen. För att arbeta personcentrerat och främja kvinnans hälsa är det viktigt att barnmorskan följer kvinnan även efter förlossningen för att finnas tillgänglig och kunna ge stöd, råd och hänvisning till andra vårdinstanser vid behov och besvär.

Implikation

Eftervården för förstföderskor skulle kunna förbättras om barnmorskor på barnmorskemottagningar kontaktar kvinnan exempelvis en vecka efter förlossningen. Detta för att visa intresse för kvinnans situation men också visa sig tillgänglig för kvinnan om behov av kontakt skulle uppstå. Barnmorskan kan då i ett tidigt skede få reda på hur kvinnan mår både fysiskt och psykiskt och ge individuellt anpassad information samt eventuellt hänvisa till andra vårdinstanser som kvinnan kan ta kontakt med. Genom att barnmorskan på barnmorskemottagningen öppnar upp för samtal och stöd skulle detta eventuellt kunna öka kvinnornas trygghet och upplevelse av postpartumperioden.

För att förbereda kvinnorna på postpartumperioden skulle barnmorskan på barnmorskemottagning kunna bidra genom att informera redan under graviditeten om hur tiden efter att barnet är fött kan se ut och upplevas och ge exempel på vanliga fysiska och psykiska symtom som kan uppstå. För att skapa en god och säker eftervård för förstföderskor krävs fortsatt forskning och utveckling inom området. Vidare forskning skulle kunna innefatta kvinnornas upplevelse av tätare uppföljning hos barnmorska på barnmorskemottagning efter förlossningen. Detta i syfte att utforska om mödrahälsovårdens basprogram behöver utvecklas.

Referenslista

- Baas, C., Wiegers, T., De Cock, T., Erwich, J., Spelten, E., & Hutton, E. (2017). Experience with and amount of postpartum maternity care: Comparing women who rated the care they received from the maternity care assistant as 'good' or 'less than good care'. *Midwifery*, 55, 128.
- Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S., & Hylander, I. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 409-417.
- Berg, M. & Premberg, Å. (2010). Att bli förälder. I M. Berg. & I. Lundgren (red.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (2., [rev.] uppl. s. 69-83) Lund: Studentlitteratur.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens möjligheter: en tid då relationer skapas och utvecklas*. Stockholm: Natur och kultur.
- Chu, S., Callaghan, W. M., Shapiro-Mendoza, C. K., Bish, C. L. (2007). Postpartum care visits - 11 states and New York City, 2004. *Mortality and Morbidity Weekly Review*, 56(50), 1312-1316.
- Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39(C), 57-62.
- Dana, S., & Wambach, K. (2003). Patient Satisfaction With an Early Discharge Home Visit Program. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(2), 190-198.
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M.Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra upplagan., s.143-154). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M.Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra upplagan., s.285-299). Lund: Studentlitteratur.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8(30), 1-11.

- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2014). Major Survey Findings of Listening to Mothers III: New Mothers Speak Out: Report of National Surveys of Women's Childbearing Experiences Conducted October-December 2012 and January-April 2013. *The Journal of Perinatal Education*, 23(1), 17-24.
- Delaney, A., George Dalmida, S., & Gaydos, L. (2015). When It Is Not Postpartum Depression: Understanding the Postpartum Mental Health Needs of Mothers and How They Are Being Met. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(6), 416-423.
- Devito, J. (2010). How adolescent mothers feel about becoming a parent. *Journal of Perinatal Education*, 19(2), 25-34.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Etikprövningsnämnden. (u.å). Vägledning till forskningspersonsinformation. Hämtad 2018-11-27 från <https://www.epn.se/media/2573/vaegledning-till-forskningspersonsinformationgdpr-med-korrigeringar.pdf>
- Fahey, J., & Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 613-621.
- Friberg, M., & Edhborg, M. (2014). Becoming a Mother in the Shadow of Postpartum Depression from a Perspective of Transition. *Nordic Journal of Nursing Research*, 34(1), 4-8.
- Haga, S., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458-466.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017) Kvalitativ metod. I M.Henricson (Red.), (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (Andra upplagan., s.111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Henshaw, E., Cooper, J., Jaramillo, M., Lamp, A., Jones, M., & Wood, J. (2018). "Trying to Figure Out If You're Doing Things Right, and Where to Get the Info": Parents Recall Information and Support Needed During the First 6 weeks Postpartum. *Maternal and Child Health Journal*, 22(11), 1668-1675).

International Confederation of Midwives. (2008). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad 2018-12-06

från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

Kleppel, L., Suplee, P., Stuebe, D., & Bingham, A. (2016). National Initiatives to Improve Systems for Postpartum Care. *Maternal and Child Health Journal*, 20(Supplement 1), 66-70

Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329.

Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmli, L., Conzelmann, C., & Zemp, E. (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital - a focus group study. *BMC Health Services Research*, 16(82), 82.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218).

Hämtad 2018-11-28 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2018218-med-kompletterande-bestammelser_sfs-2018-218

Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Hämtad 2018-11-28

från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A., & Howell, E. (2014). Views of Women and Clinicians on Postpartum Preparation and Recovery. *Maternal and Child Health Journal*, 18(3), 707-713.

Meleis, A. I. (1975). Role Insufficiency and Role Supplementation: a Conceptual Framework. *Nursing Research*, 24(4), 264-271.

Meleis, A. M., Sawyer, L. K., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Nationalencyklopedin. (2018). Post partum. Hämtad 2018-11-20 från

<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/post-partum>

- Nelson, A. (2003). Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477.
- Persson, E.K., Fridlund, B., Kvist, L., & Dykes, A. (2011). Mothers' sense of security in the first postnatal week: Interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 105-16.
- Regeringskansliet. (2018). *Informationssatsning för bättre stöd och eftervård till kvinnor som fött barn*. Hämtad 2019-01-11 från <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/04/informationssatsning-for-bättre-stod-och-eftervard-till-kvinnor-som-fött-barn/>
- Riksförbundet För Sexuell Upplysning. (2018). *RFSU:s valmanifest 2018- förlossningsvalet!*. Hämtad 2019-01-11 från <https://www.rfsu.se/globalassets/pdf/valmanifest-2018-for-utskrift.pdf>
- Shorey, S., Chan, S.W., Chong, Y.S., He, H.G., 2015. Perceptions of primiparas on a postnatal psychoeducation programme: the process evaluation. *Midwifery* 31, 155–163.
- Socialstyrelsen. (2017). *Vård efter förlossning: en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning* (Artikelnummer 2017-4-13). Hämtad 2018-11-05 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-4-13>
- Spelke, B., & Werner, E. (2018). The Fourth Trimester of Pregnancy: Committing to Maternal Health and Well-Being Postpartum. *Rhode Island Medical Journal*, 101(8), 30-33.
- Stumbras, K., Rankin, K., Caskey, R., Haider, S., & Handler, A. (2016). Guidelines and Interventions Related to the Postpartum Visit for Low-Risk Postpartum Women in High and Upper Middle Income Countries. *Maternal and Child Health Journal*, 20, 103-116.
- Svenska barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2018-12-06 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi. (2008). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*. Hämtad 2018-12-02 från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

- Sveriges kommuner och landsting. (SKL). (2018). *Trygg hela vägen: kartläggning av vården före, under och efter graviditet*. Hämtad 2018-11-08 från <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/trygg-hela-vagen.html>
- Tully, K. P., Stuebe, A. M., & Verbiest, S. B. (2017). The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(1), 37.
- United Nations (UN). (2015). *Sustainable Development Goals - Good Health and Well-being*. Hämtad 2017-09-29 från <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- World Health Organization. (WHO). (2017). Human Rights. Hämtad 2018-11-14 från http://www.who.int/topics/human_rights/en/
- World Health Organization (WHO). Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood. (1998). *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide: report of a technical Working group*. Geneva: WHO.
- Youash, S., Campbell, K., Avison, W., Peneva, D., Sharma, V., & Xie, B. (2013). Influence of health information levels on postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 489-498.

Bilagor

Bilaga 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Till berörda vårdenhetschefer på barnmorskemottagningar i Västsverige

Förfrågan om intervjuer med patienter

Vi är två barnmorskestudenter från Göteborgs universitet som genomför vår magisteruppsats i reproduktiv och perinatal hälsa under sista terminen på barnmorskeprogrammet. Vi skriver till Er med anledning av att vi i vår uppsats avser att studera vad förstfödelskor har för behov av uppföljning hos barnmorska tiden mellan hemgång från BB till efterkontroll. Vi ämnar genomföra intervjuer med förstfödelskor i nära anslutning till deras eftervårdsbesök, primärt under kalendervecka 48, alternativt vecka 49. Med detta brev önskar vi få tillåtelse att genomföra studien hos Er.

Studiens bakgrund och syfte

De första veckorna efter en graviditet och förlossning innebär en fysisk och psykisk återhämtning för kvinnan. Den nyblivna familjen träffar barnhälsovården vid ett hembesök 1-2 veckor efter förlossningen, då primärt fokus ligger på det nyfödda barnet. Efter cirka 8 veckor följs kvinnan upp på en efterkontroll hos barnmorska på barnmorskemottagning. De behov som kan uppstå hos kvinnan under denna tid är inte tillräckligt undersökt. Därför avser vi genom vår studie att öka förståelsen av den individuella upplevelsen hos kvinnorna och belysa eftervården. Studiens syfte är att beskriva förstfödelskors upplevda behov av uppföljning hos barnmorska tiden mellan hemgång från BB och efterkontroll.

Studiens genomförande

~~Inklusionskriterier~~
Inklusionskriterier för deltagande i vår studie är svenskspråkiga, friska, fullgångna förstfödelskor med normal graviditet, som genomgått en vaginal förlossning och fått ett friskt

Bilaga 1

barn. ~~Exklusionskriterier~~ innefattar ensamstående kvinnor samt kvinnor som drabbats av perinealbristning grad 3 och grad 4.

Intervjuer med kvinnan kommer att genomföras på valfri plats och pågår i 40-60 minuter. Samtalet mellan intervjuare och forskningsperson kommer att bestå av frågor som berör kvinnans upplevda behov av uppföljning hos barnmorska tiden mellan hemgång från BB till efterkontrollen. Intervjuerna kommer inte att påverka den övriga vården. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast vi som projektledare samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån dataskyddsförordningen (GDPR). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med alias. Deltagande i studien är helt frivilligt och patienten kan när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Vi vore väldigt tacksamma om information om vår studie gick ut till barnmorskor på Er ~~barnmoskemottagning~~ och om barnmorskorna kunde titta i sin tidbok om de har ett planerat eftervårdsbesök, eller nyligen har haft ett, med en förstföderska (som ingår i våra ~~inklusionskriterier~~). Detta gäller t.om. vecka 49. Om de har ett inbokat eftervårdsbesök skulle barnmorskorna kunna ge skriftlig information om studien till kvinnan som själv tar kontakt med oss. Om barnmorskorna vet att de nyligen har haft en förstföderska på eftervårdsbesök vore vi tacksamma om barnmorskan kunde ringa kvinnan och informera om studien och ge våra mejladresser per telefon. Vi bifogar vår skriftliga information om studien till deltagare som barnmorskorna gärna får ge ut eller om den läggs i ert väntrum. Vill ni att vi själva kommer ut till barnmoskemottagningen och informerar gör vi gärna det!

Ansvariga för studien

Linda Mörner
Leg. Sjuksköterska/
barnmorskestudent
Tel: xxx
xxx

Therese Karlsson
Leg. Sjuksköterska/
barnmorskestudent
Tel: xxx
xxx

Handledare Åsa ~~Premberg~~
Barnmorska, Fil. Dr.,
Universitetslektor
Tel: xxx
xxx



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Information om studien "förstfödernas upplevda behov av uppföljning hos barnmorska"

Bakgrund och syfte

De första veckorna efter en graviditet och förlossning innebär fysisk och psykisk återhämtning för kvinnan. Efter ca 6-8 veckor följs kvinnan upp på en efterkontroll hos barnmorska på barnmorskemottagning. Syftet med denna studie är att beskriva förstfödernas upplevda behov av uppföljning hos barnmorska tiden mellan hemgång från BB till efterkontroll på barnmorskemottagning. Målet är att öka kunskapen hos barnmorskor om vad förstfödernas själva upplevde för behov för att kunna belysa uppföljning av kvinnor efter förlossning.

Förfrågan om deltagande

Du har nyligen fått ditt första barn och har varit eller ska på efterkontroll hos barnmorska på barnmorskemottagning. Vi vill veta vad Du har haft för upplevda behov av uppföljning hos barnmorska tiden mellan hemgång från BB till Din efterkontroll på barnmorskemottagning.

Hur går studien till?

Deltagandet innebär att Du intervjuas på en plats Du väljer själv alternativt via telefon/FaceTime. Du kommer att tillfrågas om Dina upplevda behov av uppföljning hos barnmorska. Intervjun beräknas ta 40-60 minuter.

Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i studien kommer Du att få möjlighet att tala om Dina upplevda behov av uppföljning hos barnmorska tiden efter hemgång från BB till efterkontroll. Att delge sina erfarenheter kan upplevas positivt (och andra kvinnor kan, genom barnmorskor, i framtiden få nytta av de kunskaper vi får genom studien).

Vilka är riskerna?

I intervjuerna kan man komma nära känsliga situationer men vi bedömer inte att samtalet vid intervjun är integritetskränkande. Det kan ev. av några personer uppfattas som svårt att kritisera den vård som de är/ varit beroende av.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att ljudinspelas. Intervjumaterialet kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer att få tillgång till det och då data från studien kommer att publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras, allt material kommer i samband med publicering att raderas.

Personuppgiftsansvar

Ansvarig för behandling av Dina personuppgifter är dataskyddsombud Kristina Ullgren på Göteborgs universitet. E-post: dataskydd@gu.se

Bilaga 2



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Hur får jag information om studiens resultat?

Om Du vill ta del av studiens resultat, är Du välkommen att kontakta projektledarna Therese Karlsson och Linda Mörner.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur undersökningen utan att ange något skäl. Om du väljer att avbryta medverkan i studien så kommer det inte att påverka Din övriga vård.

Ansvariga:

Therese Karlsson, Sjuksköterska, Barnmorskestudent vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: xxx e-post: xxx

Linda Mörner, Sjuksköterska, Barnmorskestudent vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: xxx e-post: xxx

Handledare

Åsa Premberg, Barnmorska, Fil.Dr. och universitetslektor, Göteborgs Universitet, Telefon kontor: xxx, e-post: xxx

Bilaga 3

Mail till administratör på Facebook-grupp

Hej!

Vi är två barnmorskestudenter från Göteborgs universitet som gör vår magisteruppsats om förstföderskors upplevda behov av uppföljning hos barnmorska tiden mellan hemgång från BB till efterkontroll på barnmorskemottagning. Vi kontaktar dig för att vi skulle vilja rekrytera deltagare till vår studie och ser denna Facebook-sida som en direktkontakt med kvinnor som fått barn i Göteborgsområdet. Vi undrar om vi får lov att publicera information om vår studie på denna sidan?

Detta skulle vi vilja publicera:

Har du nyligen fått ditt första barn? Grattis!

Vill du berätta om dina upplevda behov tiden efter hemgång från BB fram till efterkontrollen hos din barnmorska på barnmorskemottagningen? Vi vill gärna höra Din berättelse!

Vi är två barnmorskestudenter vid Göteborgs universitet som genomför vår magisteruppsats genom att intervjua förstföderskor om deras upplevda behov av uppföljning hos barnmorska. Är du intresserad av att berätta hur denna tid var för Dig? Kontakta oss gärna via PM eller mejl.

Therese Karlsson (guskarthaa@student.gu.se)

Linda Mörner (gusmorneli@student.gu.se)

Återkom gärna om möjlighet till publikation!

Med vänliga hälsningar,

Therese Karlsson och Linda Mörner

Bilaga 4

BAKGRUNDSFRÅGOR:

- Hur gammal är du och din partner?
- Är ni från Sverige?
- Första barnet för båda?
- Civilstatus?
- Sysselsättning? Utbildning?
- Var bor ni? På vilket sjukhus födde ni?
- Gick du hos samma barnmorska hela graviditeten?
- Deltog du i föräldrautbildning (FUB)?

Bilaga 5

Intervjuguide:

Hur har din upplevelse varit av att ha blivit mamma för första gången?

Hur har du upplevt tiden efter att ni kom hem från BB till efterkontrollen hos barnmorskan på barnmorskemottagningen/alt. fram till idag?

Har du haft någon kontakt med vården eller känt behov av att kontakta vården gällande dina upplevda behov?

Om du hade fått önska/bestämma, hur hade eftervården för en förstföderska sett ut då, ur sjukvårdens perspektiv?

Vi har inga flera frågor. Har du något mer som du vill ta upp eller fråga om innan vi avslutar intervjun?