

# **Kvinnans upplevelser om sin vård av postpartum depression**

Hur få tidig hjälp och bra vård?

Henrica Tallqvist

Katarina Nygård

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård 2009
Identifikationsnummer:	3692
Författare:	Nygård, Katarina & Tallqvist, Henrica
Arbetets namn:	Kvinnans upplevelser om sin vård av postpartum depression. Hur få tidig hjälp och bra vård?
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Uppdragsgivare:	Kvinnoprojektet
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med denna studie var att ta reda på hur kvinnor med postpartum depression upplever den vård de får i syfte att fundera på och öka kunskapen om hur vården kunde förbättras och hur den kunde påbörjas i ett tidigare skede.</p> <p>Forskningens centrala frågeställningar är:</p> <p>Vad påverkar på kvinnornas vård av postpartum depression?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vad gör att kvinnorna söker vård?</li> <li>• Vilken form av vård har kvinnorna fått?</li> <li>• Hur anser kvinnorna att vården har påverkat deras situation?</li> </ul> <p>Som metod användes kvalitativ litteraturoversikt med ett induktivt närmelsesätt. Genom litteratursökningen hittades åtta artiklar och fyra böcker som analyserades med hjälp av Tuomi &amp; Sarajarvis (2002) kvalitativa innehållsanalys.</p> <p>Fyra huvudkategorier uppstod med 16 underkategorier. Resultatet visade att det fanns barriärer liksom hjälpande faktorer som påverkade på hjälpsökningsprocessen. Barriärer var bland annat kunskapsbrist och avsaknad av kontinuitet inom vården. Exempel på hjälpande faktorer var på förhand etablerade vårdkontakter och stöd från familjen. Vården de fick var både professionell och icke professionell. En del kvinnor hade inte fått vård alls. De som fått vård och upplevt att den hjälpt hade småningom kunnat återgå till den normala vardagen. Kvinnorna hade hittat nya egenskaper, livsglädje samt kärlek för sitt barn.</p> <p>Resultatet granskades utgående från studiens teoretiska referensram som skapats av Katie Erikssons (1994) teori om lidande.</p>	
Nyckelord:	kvinnor, mödrar, postpartum depression, upplevelser, vården, lidande
Sidantal:	45 + bilagor
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing 2009
Identification number:	3692
Author:	Nygård, Katarina & Tallqvist, Henrica
Title:	Women's experiences of their care of postpartum depression. How to get help early and good care?
Supervisor (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Commissioned by:	Women's Project
<p>Abstract:</p> <p>The aim of this study was to find out how women with postpartum depression experience the care they receive in order to think about and raise awareness of how care could be improved and how it could begin at an earlier stage.</p> <p>The key-issues of the research were:</p> <p>What influences on women's care of postpartum depression?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What makes women seek care?</li> <li>• What kind of care do the women received?</li> <li>• How do the women consider that their care affected their situations?</li> </ul> <p>The method used was qualitative literature review with an inductively approach. The literature search found eight articles and four books that were analyzed using Tuomi &amp; Sarajarvis (2002) qualitative content analysis.</p> <p>Four main categories emerged with 14 subcategories. The results showed that there were barriers as well as helping factors that impacted on the help-seeking process. Barriers included the lack of knowledge and lack of continuity in care and examples of helping factors were pre-established healthcare contacts and family support. The care they received was both professional and non-professional. Some women had not been treated at all. Those who received care and felt that it helped was eventually able to return to normal everyday living. The women had found new features in themselves, joy of living and love for her child.</p> <p>The results were reviewed on the basis of the study's theoretical framework created by Katie Eriksson's (1994) theory of suffering.</p>	
Keywords:	women, mothers, postpartum depression, experiences, care, suffering
Number of pages:	45 + appendices
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö 2009
Tunnistenumero:	3692
Tekijä:	Nygård, Katarina & Tallqvist, Henrica
Työn nimi:	Naisen kokemus synnytyksenjälkeisen masennuksen hoidosta. Miten saada varhaisessa vaiheessa hyvää hoitoa?
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Toimeksiantaja:	Kvinnoprojektet?
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten naiset kokevat saamansa hoitoa synnytyksenjälkeiseen masennukseen, ajatuksena mieltä ja lisätä tietoisuutta siitä, miten hoito voitaisiin parantaa ja miten se voitaisiin aloittaa varhaisemmassa vaiheessa.</p> <p>Tutkimuksen keskeiset kysymykset olivat: Mikä vaikuttaa naisen synnytyksenjälkeisen masennuksen hoitoon?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mikä tekee sen että naiset hakevat apua?</li> <li>• Minkälaista hoitoa naiset ovat saaneet?</li> <li>• Miten naiset kokevat hoidon vaikuttaneen heidän tilanteeseensa?</li> </ul> <p>Menetelmänä käytettiin laadullinen kirjallisuuskatsaus jossa käytettiin induktiivinen analyysi. Kirjallisuudesta löytyi kahdeksan artikkelia ja neljä kirjaa, jotka analysoitiin käyttäen apuna Tuomi &amp; Sarajärven (2002) teoriaa laadullisesta sisällönanalyysistä.</p> <p>Tuloksena oli neljä pääryhmää sekä 16 alaluokkaa. Tulokset osoittivat, että on olemassa esteitä, kuten myös auttavia tekijöitä, jotka vaikuttavat avunhakemisprosessiin. Esteitä olivat tiedonpuute ja heikkous hoidon jatkuvuudessa. Esimerkkejä auttavista tekijöistä olivat ennalta laaditut terveydenhuollon kontaktit ja perheen tuki. Naisten saamansa hoito oli sekä ammatillinen että ei-ammattilainen. Jotkut naiset eivät saaneet hoitoa lainkaan. Ne jotka saivat hoitoa ja kokivat sen auttaneen, olivat hiljalleen voineet palata normaaliin arkeen. Naiset olivat löytäneet uusia ominaisuuksia, elämäniloa ja rakkautta lapsiaan kohtaan.</p> <p>Viitekehystenä käytettiin Katie Erikssonin (1994) teoria kärsimyksestä jonka perusteella tutkimuksen tulokset käsiteltiin.</p>	
Avainsanat:	naiset, äidit, postpartum depression, kokemus, hoito, kärsiä
Sivumäärä:	45 + liitteitä
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

# INNEHÅLL

<b>INNEHÅLL</b> .....	<b>5</b>
<b>Figurer</b> .....	<b>7</b>
<b>Tabeller</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>8</b>
<b>2 Centrala begrepp</b> .....	<b>9</b>
<b>3 Definition av förlossningsdepression</b> .....	<b>9</b>
3.1 Hur vet man att man har sjukdomen? .....	10
3.2 Risker och orsaker till sjukdomen.....	10
3.3 Upptäckten av sjukdomen och hur man kan minska risken att insjukna.....	11
3.4 Prognos för sjukdomen .....	11
<b>4 Teoretisk referensram</b> .....	<b>12</b>
4.1 Lidandet som en kamp .....	12
4.2 Lidandet inom vården .....	13
<b>5 Tidigare forskning</b> .....	<b>14</b>
5.1 Inkludering och exkluderings kriterier.....	14
5.2 Översikt av tidigare forskningar .....	14
<b>6 Problembeskrivning</b> .....	<b>19</b>
6.1 Studiens mål och centrala frågeställningar .....	20
<b>7 Design</b> .....	<b>20</b>
<b>8 Metod</b> .....	<b>22</b>
8.1 Det induktiva närmelsesättet .....	23
8.2 Datainsamling.....	23
<b>Tabell 3 Böckerna till innehållsanalysen</b> .....	<b>26</b>
8.3 Dataanalys.....	26
<b>9 Etiska reflektioner</b> .....	<b>28</b>
9.1 Forskningsetiken .....	28
9.2 Ämnets känslighet .....	29
<b>10 Resultatredovisning</b> .....	<b>30</b>
10.1 Hinder i mödrarnas sjukdomskamp.....	33

10.1.1	<i>Kunskapsbrist</i> .....	33
10.1.2	<i>Kultur och normer</i> .....	34
10.1.3	<i>Praktiskt motstånd</i> .....	34
10.2	Sökandet efter lindrande av lidande .....	35
10.2.1	<i>Misstanke</i> .....	35
10.2.2	<i>Inget annat val</i> .....	36
10.2.3	<i>Uppmuntran</i> .....	36
10.2.4	<i>Vårdkontakt</i> .....	36
10.2.5	<i>Godkännande</i> .....	37
10.3	Lindrane metoder .....	38
10.3.1	<i>Professionell hjälp</i> .....	38
10.3.2	<i>Socialt stöd</i> .....	38
10.3.3	<i>Praktisk hjälp</i> .....	39
10.3.4	<i>Egen hjälp</i> .....	39
10.4	Följder av vården .....	40
10.4.1	<i>Moderslycka</i> .....	40
10.4.2	<i>Livsglädje</i> .....	40
10.4.3	<i>Nyfunna egenskaper</i> .....	41
10.4.4	<i>Normalisering</i> .....	41
<b>11</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>41</b>
<b>12</b>	<b>Kritisk granskning</b> .....	<b>44</b>
	<b>Källor</b> .....	<b>46</b>
	<b>Bilaga 1</b> .....	<b>50</b>
	<b>Bilaga 2</b> .....	<b>55</b>
	<b>Bilaga 3</b> .....	<b>57</b>

## **Figurer**

Figur 1 Illustration av studiens process .....	21
Figur 2 Innehållsanalysens tankeprocess.....	28

## **Tabeller**

Tabell 1 Artiklarna använda för bakgrundsinformation .....	16
Tabell 2 Artiklarna till innehållsanalysen.....	24
Tabell 3 Böckerna till innehållsanalysen.....	26
Tabell 4 Huvudkategorierna och underkategorierna med begrepp .....	31

# 1 INLEDNING

När vi funderade på vad examensarbetet skulle handla om kom vi båda fram till att vi vill skriva om förlossningsdepression. Vi valde därför att jobba tillsammans då vi hade samma intresseområde. Orsaken till ämnet är att förlossningsdepression förekommer hos 10-15% av mödrarna (Kaplan et al 2009:454) men kunskapen kring ämnet är liten. Eftersom denna sjukdom är vanlig skulle det vara speciellt viktigt för oss vårdare, men även för blivande föräldrar och personer i deras omkrets, att få en djupare förståelse inom området för att kunna känna igen sjukdomen i ett tidigt skede och för att därmed få snabbare hjälp.

Studien är en del av ett samarbetsprojekt mellan yrkeshögskolan Arcada och kvinnosjukhusen kallat Kvinnoprojektet. Studien inleddes med att söka allmän information om förlossningsdepression. Första sökningen var en bred sökning men meningen var att ta reda på vad det redan forskats inom området. Det var speciellt en artikel som var intressant och som ledde studien vidare. Artikeln handlade om kvinnors upplevelser under sin tid som deprimerad och ledde, i fortsatt sökning, till en fördjupning i hur kvinnorna upplever sin sjukdom i syfte att hitta användbara artiklar till studien. Här hittades även två intressanta artiklar där vården kritiserades vilket gav idén om att fundera på hur man kunde få tidig hjälp och bra vård. Första tanken var att göra en enkätundersökning men eftersom ämnet är känsligt och undersökningen inte gav resultat, gjordes till sist en litteraturoversikt som koncentrerar sig på vården av förlossningsdepression, då det finns artiklar inom området.

Studien inleds med att förklara centrala begrepp som används i arbetet och att berätta djupare om förlossningsdepression för att hos läsaren bilda en uppfattning om vad det innebär. Därefter tas upp problembeskrivningen med mål och centrala frågeställningar, designen, litteraturoversikt med inkluderings- och exkluderingskriterier samt den teoretiska referensramen där studien utgår från Katie Erikssons teori om den lidande människan (1994). Innan det slutliga resultatet och analysen, beskrivs även metoden och etiken i arbetet. En sammanfattning finns i diskussionen och kritisk granskning. Skribenternas arbetsfördelning finns klargjord i arbetet (se Bilaga 3).



## 2 CENTRALA BEGREPP

I detta kapitel definieras begrepp som används i detta arbete.

Studie eller arbete = detta arbete

Forskning = litteraturen som analyserats.

Tidigare forskning = bakgrunden till arbetet.

Skribenter = författarna till detta arbete = vi

Författare = författare till studiens artiklar och böcker

Postpartum = efter födelse

Postpartum depression (PPD), Postnatal depression (PND) eller förlossningsdepression betyder alla depression efter förlossningen.

Baby blues = period hos mödrar med nyfödda barn då modern känner sig ledsen och nere. Detta är en normal period strax efter förlossningen och går över efter någon vecka.

EPDS (Edinburgh postnatal depression scale)= frågeformulär som används av professionella med syfte att mäta postpartum depression.

PDSS (Postpartum depression screening scale)= frågeformulär som används av professionella med syfte att mäta postpartum depression.

## 3 DEFINITION AV FÖRLOSSNINGSDPRESSION

Förlossningsdepression är som namnet säger en form av depression som kan förekomma efter förlossningen. Förlossningsdepression är en mellanfas till ”baby blues” och postpartum psykos. Baby blues har liknande symptom som förlossningsdepression men är lindrigare. Den uppenbarar sig under första veckan efter förlossningen och försvinner av sig själv efter några veckor. Postpartum psykos däremot är en livshotande sjukdom som innebär bland annat att modern ser vanföreställningar om sitt barn och hör röster, men detta är sällsynt. (Harvard medical school, 2011) Depressionen utvecklas oftast gradvis inom de tre första månaderna men kan även komma 9-10 månader efter förlossningen. Den börjar vanligtvis med sömnsvårigheter. (Kaplan et al 2009:454)

### 3.1 Hur vet man att man har sjukdomen?

Symptom för depressionen är bland annat ständig oro över sitt barn, vilket kan utvecklas till panikkänslor. Man kan känna sig osäker och oförmögen att ta hand om sitt barn samt anklaga sig för brister i skötseln. Den insjuknade gråter lätt och kan känna en stor hopplöshet. (Kaplan et al 2009:454) Föräldern kan ha känslor av värdelöshet, skuld samt känna sig deprimerad eller nedstämd. Föräldern kan ha svårt att vara intresserad av de dagliga aktiviteterna, kan ha sömnproblem, förändringar i matlusten och ha svårt att koncentrera sig. (Harvard medical school, 2011) Den insjuknade kan ha svårt att tycka om sitt barn, vilket i sin tur kan leda till skuldkänslor. Ett möjligt symptom är även att vara oroad över sin egen kropp. (Kaplan et al 2009:454)

Den drabbade känner ofta skam för sina känslor mot sig själv och barnet eftersom tiden efter förlossningen oftast ses som en glad tid och därför kan detta vara en orsak till varför föräldern är motvillig att söka hjälp. (Harvard medical school, 2011) De som söker hjälp pratar inte om sina skuld- och skamkänslor utan de söker hjälp indirekt, till exempel från mödrarådgivningen eller barnrådgivningen (Kaplan et al 2009:454).

Vid svår förlossningsdepression kan även fysiska symptom uppkomma, till exempel torr hy, ödem, kalla extremiteter (händer och ben), muntorrhet, förstoppning och kraftigt håravfall. Vid extrema fall finns även risken för självmord. (Kaplan et al 2009:455)

### 3.2 Risker och orsaker till sjukdomen

Orsaken till förlossningsdepression är oftast en kombination av olika faktorer. Hormonella förändringar kan vara en faktor, någon form av tidigare depression, stress medföljd av graviditeten, förlossningen och föräldraskapet eller stress av alla dessa tre och därtill ekonomiska bekymmer eller någon annan händelse i familjen som till exempel att någon nära avlider, kan vara orsaker till en förlossningsdepression. (Harvard medical school, 2011)

Trötthet är också en faktor som påverkar. Sömnbristen som barnet medför är normalt men de som har förlossningsdepression sover oftast ännu mindre. Brist på socialt stöd är även en viktig faktor som kan påverka depressionen. Har man problem med äktenska-

pet, social isolation eller saknar familj och vänner är det också en större chans att utveckla förlossningsdepression. (Harvard medical school, 2011)

### **3.3 Upptäckten av sjukdomen och hur man kan minska risken att insjukna**

Det är viktigt att upptäcka de föräldrar med förlossningsdepression. Oftast ger föräldrarna nog varningssignaler som vårdpersonalen behöver upptäcka. Varningssignalerna kan vara ständig oro över barnet, föräldrarnas sömnmönster, uttryckning i kroppsliga problem, självanklagelser samt relationsproblem. Professionella kan även använda sig av EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) eller PDSS (Postpartum depression screening scale) som är formulär föräldrarna kan fylla i och där slutpoängen visar om man är deprimerad. (Kaplan et al 2009:455)

Vet föräldern att denna är i riskzon är det viktigt att de på förhand skaffar sig ett socialt nätverk av vänner och familj samt annat stöd som kan vara till hjälp efter förlossningen. De som haft depression tidigare kan ta kontakt med en psykiater på förhand. Viktigt är även att öka möjligheterna för att få sova, till exempel genom att skapa sig en dagsrytm eller att själv sova på dagen då barnet sover. (Harvard medical school, 2011)

### **3.4 Prognos för sjukdomen**

Det är viktigt att den insjuknade får någon sorts behandling så tidigt som möjligt. Stöd och socialt nätverk är viktigt då man genomgår denna process, annat som används är psykoterapi samt antidepressiva mediciner. Är symptomen på depressionen svåra eller patienten är självmordsbenägen, kan även ECT (electroconvulsive therapy) användas men detta beslutar läkaren då personen är i vård (Harvard medical school, 2011).

Psykoterapi är en sorts samtalsbehandling som bygger på psykologisk teori och den utförs av psykologer eller psykoterapeuter (Svanborg, 2012). Antidepressiva läkemedel är läkemedel som används vid behandling av depression (Holmgren, 2011). ECT är en behandlingsmetod mot depression där en sakkunnig avsiktligt genom elektrisk stimulering utlöser ett epileptiskt anfall. Detta ökar signalsubstansen i hjärnan vilket minskar depressions symptom (Henriksson, 2011).

Hittas depressionen i tid och den blir behandlad är prognosen god men för de mödrar som inte diagnostiseras och inte får vård kan mor-barn relationen bli störd och relationen mellan föräldrarna kan påverkas och i vissa fall sluta i skilsmässa. (Kaplan et al 2009:455) Studier har även visat att barnets utveckling påverkas av förälderns depression. Till exempel den kognitiva utvecklingen kan försämrats, den emotionella mogenheten kommer senare samt barnet har en risk för att själv få depression. (Harvard medical school, 2011)

## **4 TEORETISK REFERENS RAM**

Denna studie utgår från Katie Erikssons teori om den lidande människan (1994) eftersom hennes teori stöder denna studie om förlossningsdepression. Studien är baserad på utplockade delar ur Erikssons lidandeteorier, de som passar bäst in med tanke på depressionen.

Lidandet är ett stort begrepp. Eriksson menar att lidandet kan ses som positivt dvs. det kan finnas glädje och njutning i lidandet så som njutning och lust. Lidandet kan också ses som smärta, sjukdom och död samt som en prövning. (Eriksson 1994: 20) Denna studie ser lidandet som smärta och sjukdom. Nedanför förklaras lidandet som kamp, sjukdomslidande samt livslidande och motiveras hur dessa teorier kan ses hos de insjuknade.

### **4.1 Lidandet som en kamp**

Själva begreppet lidande kan betyda olika saker. Bland annat används dessa synonymer: att kämpa och att utstå. Vilket är något som mödrar med postpartum depression gör. Man kan dela lidandet in i någonting negativt och ont, något som man måste leva med och i en kamp (Eriksson 1994:21). Lidandet är en kamp mellan det goda och onda, lusten och lidandet (Eriksson 1994:30). Lidandets kamp är en kamp mot sina egna känslor av skam och förnedring. För att finna hopp måste lidandet vara rörligt och för att hitta mening i livet samt lidandet, behövs hopp. (Eriksson 1994:31) Känslorna i kampen beskriver precis de känslor kvinnorna beskrivit sig uppleva i tidigare forskning.

Varje lidande är individuellt och en viljekamp (Eriksson 1994:32). Vad som helst kan orsaka lidandet, som till exempel ensamhet (Eriksson 1994:45) men det finns egentligen ingen bestämd orsak (Eriksson 1994:42). Att lida betyder att man inte är fullt och helt människa och att vara människa innebär att man kan ta hand om sig själv. När inte det mera går borde det finnas någon annan som kan göra det för en. Och att be om hjälp, att ingen förstår vad man behöver eller att ingen ser en, är ett lidande i sig själv (Eriksson 1994:43).

## 4.2 Lidandet inom vården

I lidandet inom vården som består av olika delar passar förlossningsdepressionen in på sjukdomslidande och livslidande.

Sjukdomslidande betyder att sjukdomen man har åstadkommer lidande, vilket förlossningsdepression gör. Sjukdomslidande kan vara både kroppslig smärta eller själsligt och andligt lidande. Det själsliga och andliga lidandet går ut på att människan känner lidande på grund av sina upplevelser av till exempel skam och skuld i samband med sin sjukdom. (Eriksson 1994:84) Det här är ett stort dilemma hos mödrarna med förlossningsdepression då skammen tar över och hindrar sökandet av vård (Harvard medical school, 2011). Enligt Katie Erikssons (1994) teori om sjukdomslidande, lider kvinnan på grund av sin sjukdom.

Livslidande innebär att sjukdomen eller ohälsan berör hela livssituationen. Livslidande är också relaterat till att leva och att vara omkring andra människor (Eriksson 1994:93). Det handlar om att man känner att man förintas, att den egna identiteten förändras, att man vill ge upp och att man inte orkar kämpa (Eriksson 1994:94). Många mödrar känner att de tappar sin identitet, (Chen, C.-H et al, 2006) de känner sig trötta samt de klarar inte av att upprätthålla sina relationer (Harvard medical school, 2011).

## 5 TIDIGARE FORSKNING

Litteratursökningen gjordes i tre etapper mellan december 2011 och februari 2012. En kontrollsökning gjordes i mars 2012 med syfte att granska att den tidigare gjorda sökningen stämmer. Inga nya artiklar kom till arbetet. Sökningarna gjordes i de elektroniska databaserna *Cinahl*, *Academic Search elite* och *Nursing Collection* med sökorden *mother*, *experience*, *postpartum depression*, *postnatal depression*, *DE "POSTPARTUM depression"*, *experience\**, *feeling\**, *mother\**, *mothers experience*, *woman*, *women*, *treatment*, för att kolla vad som tidigare forskats om kvinnornas upplevelser.

Eftersom metoden byttes ut från enkätundersökning till litteraturöversikt och frågeställningen ändrades, gjordes på basen av samma bakgrund, en sista sökning i mars 2013 i databasen *Academic Search elite* för att ta reda på vad som forskats om kvinnornas vård av förlossningsdepression och för att hitta material till litteraturöversikten.

### 5.1 Inkludering och exkluderings kriterier

Bakgrunden baserar sig på publikationer mellan 2005 – 2012 med syfte att hitta artiklar som handlar om kvinnors upplevelser av sin förlossningsdepression eller deras upplevelser av vården de fått för sin depression eller en blandning av båda. Artiklarna valdes på basen av abstraktet. Artiklar som inte handlade om detta ämne hade valts bort. En artikel är från 2001 men valdes med eftersom den noggrant behandlar syftet och frågeställningen. Av alla artiklar vi hittade, oberoende i vilket land de var gjorda, var sjukdomsbilden liknande så därför har studien inte avgränsats till ett visst land eller världsdelen. Artiklarna måste också vara evidensbaserade, vetenskapliga och skriven på en nivå ovanför kandidat uppsatser.

### 5.2 Översikt av tidigare forskningar

Alla artiklar i bakgrunden behandlar samma ämne, en del behandlar endast upplevelserna medan andra även går in på vården. De flesta artiklar (9/22) har gjorts i Australien, fyra i USA, två i Kina, två i England, två i Finland och en i Kanada, Norge och Sverige. Av alla 22 artiklar handlar artikel 1-15 om kvinnors upplevelser av sin förlossningsdepression. Fyra artiklar av dessa 15 handlar även om upplevelser av vården (1,3,4,7). I de

sju kvarstående artiklarna har det forskats om screening (16-18) och hur tidigare depression (19), sociala omständigheter (20-21) och ensamstående mödrars situation vs stödet av partnern i en parrelation inverkar på den mentala hälsan och ökar risken för ångest och depression (22). Av totala antalet (22) forskningarna är 14 intervjustudier, sex enkätundersökningar och en litteraturstudie samt en data analys.

Det som kommer upp i nästan varje artikel (förutom 16,18,19,22) är moderns symptom och vilka känslor de mest upplever. De flesta mödrar känner misslyckande och otillräcklighet, för stora krav vilket resulterar i trötthet, ensamhet och isolering samt ångest och osäkerhet. I fyra artiklar (1,3,11,13) kom det fram att det största hindret till att söka vård hos kvinnor med förlossningsdepression är för liten kännedom till diagnosen och att mödrarna helst försöker få hjälp och stöd av familjen innan de söker hjälp av professionella. Det kommer även fram i en artikel (4) att man måste kunna identifiera sina problem och acceptera sin diagnos för att kunna söka hjälp. I flera forskningarna (2,3,6,9-15,21-22) visar det sig att kvinnor saknar hjälp, stöd, partnerstöd, vuxet sällskap och information, alltså ett socialt nätverk vilket påverkar den mentala hälsan.

I de fyra artiklar som handlar om vården (4,7,13,14) kommer det fram att hälsovårdaren klarar av att identifiera depression eller risken till den. Fördelar i vården enligt artiklarna är att hälsovårdaren lyssnar och ger råd samt informerar om vilka stödgrupper som finns. Nackdelar är att växelverkan mellan vårdare och familj inte alltid fungerar. Att det inte finns kontinuitet (vårdaren byts ofta) vilket leder till brist av förtroende och förståelse. Andra nackdelar är att pappan ofta lämnas utanför, alltför allmän information ges (mer individuell och specifik information för familjens problem önskas) och att vårdaren skyller ofta på familjen om till exempel dåliga hälsovanor. En annan nackdel är också att det finns för lite tid och för lite resurser för att familjen ska ta upp sin situation och sina problem. Det har undersökts att vänner, maken och familjen borde läras att märka och reagera på deprimerade känslor för att upptäcka dem i ett tidigt skede. Även att besöken hos hälsovårdare är viktiga för att skapa positiva upplevelser.

Genom denna litteraturöversikt har en uppfattning skapats om hur kvinnor upplever sin tid med förlossningsdepression. Det som inte kommer fram, men som studien kommer att ta reda på är vad som påverkar kvinnornas vård och om den kunde fås tidigare. På basen av detta görs studiens frågeställning till enkäten. Enkäten byts ut till litteratur-

översikt och frågeställningen omformuleras samt nya artiklar som handlar om vården söks. Två artiklar från första sökningen som fyller kriterierna används, därtill hittas sex nya artiklar. Alla handlar om hur kvinnor upplever vården av sin förlossningsdepression.

Nedan ses tabellen med artiklar uppräknade från tidigare forskning.

*Tabell 1 Artiklarna använda för bakgrundsinformation*

<b>Nr.</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>År</b>	<b>Databas</b>
1.	Logsdon, Cynthia M.; Hines-Martin, Vicki & Rakestraw, Vivian.	Barriers to depression treatment in low-income, unmarried, adolescent mothers in a Southern, Urban area of the United States.	2009	Academic search elite (Ebsco)
2.	Chen, C-H.; Wang, S-Y.; Chung, U-L.; Tseng, Y-F. & Chou, F-H.	Being reborn: the recovery process of postpartum depression in Taiwanese women.	2006	Academic search elite (Ebsco)
3.	Bilszta, Justin; Buist, Anne; Ericksen, Jennifer & Milgrom, Jeannette.	Women's experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care.	2006	Academic search elite (Ebsco)
4.	Shakespeare, Judy; Blake, Fiona & Garcia, Jo.	How do women with postnatal depression experience listening visits in primary care? A qualitative interview study.	2006	Academic search elite (Ebsco)
5.	Dennis, Tamara & Moloney, Margaret.	“Surviving postpartum depression and choosing to be a mother”.	2009	Chinal
6.	Edhborg, Maigun; Friberg, Malin; Lundh,	”Struggling with lige”: Narratives from women with	2005	Chinal



	Wendela & Widström, Ann-Marie.	signs of postpartum depression.		
7.	McCarthy, Michelle & McMahon, Catherine.	Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting.	2008	Academic search elite (Ebsco)
8.	Gao, Ling-ling; Chan, Sally Wai-chi; You, Lim-ing & Li, Xiaomao.	Experience of postpartum depression among first-time mothers in mainland China.	2009	Chinal
9.	Røseth, Idun; Binder, Per-Einar & Malt, Ulrik Fredrik.	Two ways of living through postpartum depression.	2011	
10.	Abrams, Laura & Curran, Laura.	“And you’re telling me not to stress?” A grounded theory study of postpartum depression symptoms among low-income mothers.	2009	Academic search elite (Ebsco)
11.	Buultjens, Melissa & Liamputtong, Pranee.	When giving life starts to take the life out of you: women’s experiences of depression after childbirth.	2006	Chinal
12.	Knudson-Martin, Carmen & Silverstein, Rachelle.	Suffering in silence: A qualitative meta-data-analysis of postpartum depression.	2009	Academic search elite (Ebsco)
13.	Holopainen, Debbie	The experience of seeking help for postnatal depression.	2001	Academic search elite (Ebsco)
14.	Tammentie, T; Paavilainen, P; Tarkka, M-T. & Åstedt-Kurki, P.	Families’ experiences of interaction with the public health nurse at the child health clinic in connection	2009	Cinahl

		with mother's post-natal depression.		
15.	Chan, Sally Wai-chi; Williamson, Victoria & McCutcheon, Helen.	A Comparative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese and Australian women diagnosed with postnatal depression.	2008	Academic search elite (Ebsco)
16.	Kuosmanen, L; Vuorilehto, M.; Kumpuniemi, S & Melartin, T	Post-natal depression screening and treatment in maternity and child clinics	2010	Academic search elite (Ebsco)
17.	Tuohy, Alan & McVey, Cynthia.	Experience of pregnancy and delivery as predictors of postpartum depression.	2008	Academic search elite (Ebsco)
18.	Armstrong, Susan J & Small, Rhonda E.	The paradox of screening: Rural women's views on screening for postnatal depression.	2010	Academic search elite (Ebsco)
19.	Cornish, Alison M; McMahon, Catherine A; Ungerer, Judy A; Barnett, Bryanne; Kowalenko, Nicholas & Tennant, Christopher.	Maternal depression and the experience of parenting in the second postnatal year.	2005	Academic search elite (Ebsco)
20.	Yelland, Jane; Sutherland, Georgina & Brown, Stephanie J.	Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population based survey of Australian women.	2010	Academic search elite (Ebsco)
21.	Dennis, Cindy-Lee & Ross, Lori.	Women's perceptions of partner support and conflict in the development of post-	2006	Nursing collection

		partum depressive symptoms.		
22.	Bilszta, Justin L.C.; Tang, Melissa; Meyer, Denny; Milgrom, Jeannette; Ericksen, Jennifer & Buis, Anne E.	Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health.	2008	Academic search elite (Ebsco)

## 6 PROBLEMBESKRIVNING

Tidigare forskning tar upp kvinnans upplevelser av sin depression. Två artiklar kommer fram med kvinnans missnöje gällande vården. Av de artiklar som hittades via tidigare forskning, finns det fler artiklar kring upplevelser än kring vården av förlossningsdepression. Därför valdes att undersöka om kvinnans upplevelser av vården. I de flesta artiklar som valdes, gällande vården, ger kvinnorna en negativ bild och har negativa erfarenheter av den vård de upplevt. Därför var det tänkt att fokusera denna studie på vården och därmed undersöka hur kvinnorna i Finland upplever sitt insjuknande och upplever vården samt hjälpa att öka förståelsen i hur kvinnorna kunde få tidig och bra vård. Skribenterna hade först tänkt använda sig av enkätundersökning men denna metod gav inga resultat, antagligen på grund av att ämnet är känsligt och därför byttes metoden ut till litteraturöversikt med fokus fortfarande på vården. Nya artiklar söktes och ämnets avgränsning till endast Finland togs bort. Förutom artiklar i litteraturöversikten togs även skönlitteratur med, där kvinnor skrivit böcker om sin erfarenhet med förlossningsdepression, vad de upplevt och hur de tagit sig igenom tiden.

Studiens ämne är alltså avgränsat till kvinnans upplevelser om sin vård av postpartum depression – hur få tidig hjälp och bra vård. Perspektivet som denna studie baserar sig på är patientperspektivet – ur kvinnans synvinkel. Genom att analysera med hjälp av Katie Erikssons teori om lidande (1994) hoppas denna studie på att skapa en bild av lidande och vårdlidande och hur vi skulle kunna minska på lidande.

## 6.1 Studiens mål och centrala frågeställningar

Avsikten med denna studie är att ta reda på hur kvinnor med postpartum depression upplever den vård de får i syfte att fundera på och öka kunskapen om hur vården kunde förbättras och hur den kunde påbörjas i ett tidigt skede.

I definitionen beskrivs vad förlossningsdepression innebär och vilka symptom som kan uppstå. I tidigare forskning kommer det fram vilka upplevelser kvinnor har under sin tid med förlossningsdepression. Översikten av tidigare forskning visar att de negativa upplevelserna hos kvinnorna upplevs bero på för sen och för dålig vård. Genom tidigare forskning har vi kommit till följande frågeställning:

I studiens första försök att samla in information användes följande frågeställningar, med tanke på vad kvinnorna tycker om vården:

- Hur upplever kvinnorna vården av sin förlossningsdepression i Finland?
- Hur upplever kvinnorna den tiden då depressionen blev upptäckt?
- Av vem har kvinnorna fått stöd?
- Hur anser kvinnorna att stödet och vården har påverkat deras situation?

Eftersom undersökningen inte gav svar, bearbetades frågeställningen samtidigt med metodbyte till att vara mer inriktat på vården.

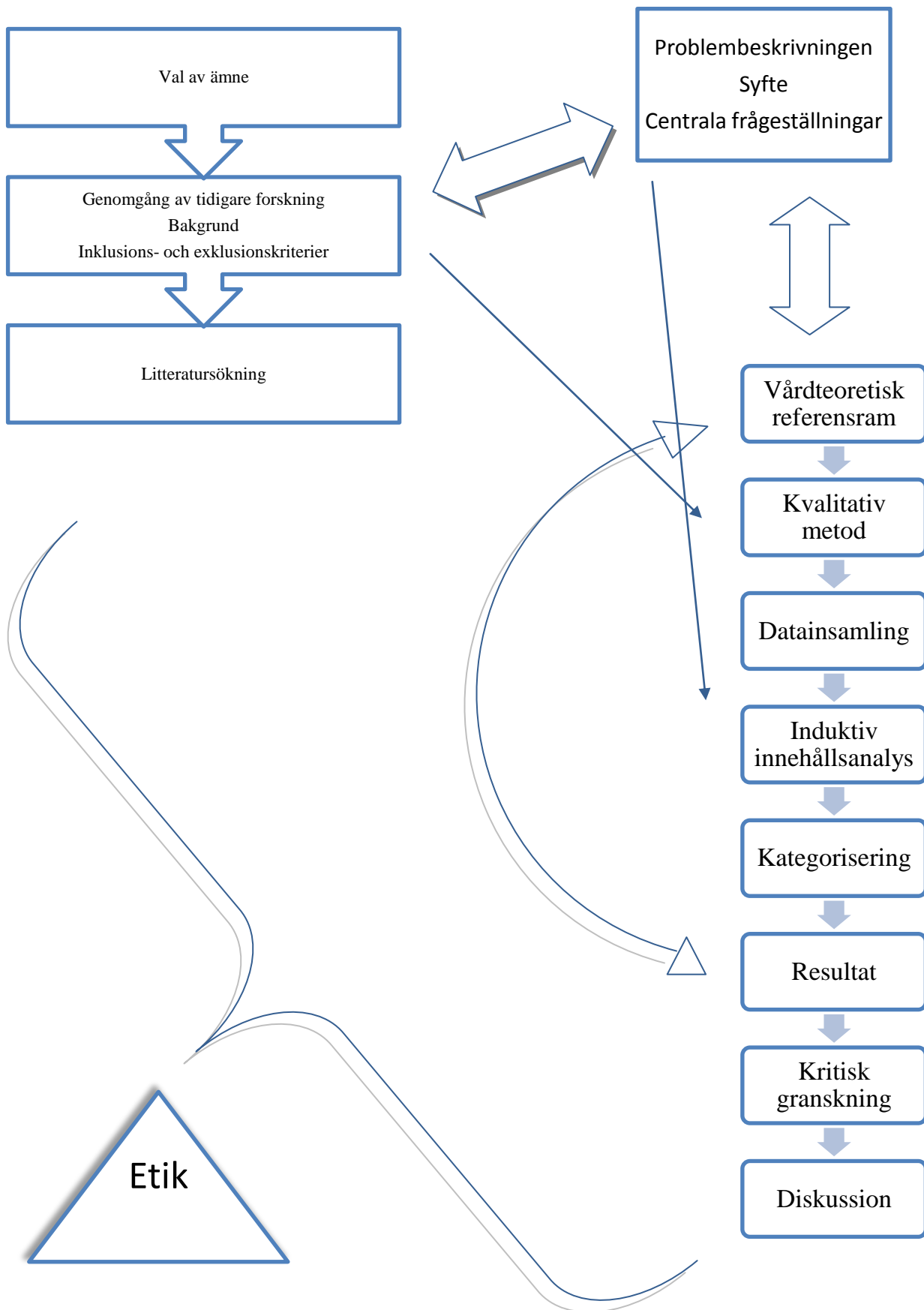
De nya frågeställningarna, med tanke på vad som påverkar mödrarnas vård, blev följande:

Vad påverkar på kvinnornas vård av postpartum depression?

- Vad gör att kvinnorna söker vård?
- Vilken form av vård har kvinnorna fått?
- Hur anser kvinnorna att vården har påverkat deras situation?

## 7 DESIGN

På följande sida kan man följa med skribenternas tankeprocess genom hela arbetet och studiens gång.



Figur 1 Illustration av studiens process

Denna studie är en kvalitativ design med en induktiv forskningslogik. Via flera litteratursökningar inom temaområdet och via genomgång av tidigare forskning avgränsas ämnet. Inklusions- och exklusionskriterier utgörs med hjälp av problembeskrivningen som skapar de centrala frågeställningarna och arbetets syfte. En beskrivning på hur materialet är sökt och valt finns med. Studien är kontextuell och ur kvinnans perspektiv. Den teoretiska referensramen i studien är Katie Erikssons (1994) teori om den lidande människan där lidandet som en kamp, livslidande och sjukdomslidande närmare förklaras. Metoden är litteraturöversikt där materialet bearbetats med induktiv innehållsanalys. Från materialet skapades information som sedan efter bearbetning presenteras som slutsats. Bearbetningen innefattar kategorisering och gruppering. Etiken i studien tas upp innan arbetet avslutas med kritisk granskning och diskussion. Resultatet tolkas i förhållande till den teoretiska referensramen, som en sammanfattning i diskussionen. (von Hertzen & Stolt, 2009)

## **8 METOD**

Den övergripande metoden i studien är kvalitativ litteraturöversikt. Den här forskningsmetoden går ut på att samla ihop material på det valda området och att avgränsa ämnet enligt intresse och syfte (Tuomi & Sarajärvi 2002:94). Kvalitativa metoden består alltså av ord, text eller bilder och är oftast intervjuer, dokument och observationer. I detta fall samlade och analyserade dokument. (Denscombe 2009:367) Först analyseras materialet och allt utanför det avgränsade ämnet exkluderas. Därefter görs ett sammandrag med hjälp av kategorier och olika teman. Skribenten håller sig till det avgränsade ämnet men tar däremot med allt som kommer upp inom området. Dessa steg syns i problembeskrivningen, tidigare forskning och resultatredovisningen. (Tuomi & Sarajärvi 2002:94)

Förutom detta har skribenterna använt sig av ett induktivt närmelsesätt samt litteratursökning som insamlingsmetod. Materialet har sedan bearbetats utgående från den kvalitativa innehållsanalys metoden. Nedan förklaras kort om dessa metoder.

## 8.1 Det induktiva närmelsesättet

En forskningsanalys är oftast induktiv (från enskild till allmän), som utgår från materialet eller deduktiv (från allmän till enskild), som utgår från en teori. I Tuomi & Sarajärvis bok sägs att begreppet ”analys utgående från materialet” bättre beaktar olika styrande faktorer i processen än begreppet ”induktiv analys”. En induktiv analys skapar utgående från materialet en teoretisk helhet, där begrepp väljs ur materialet enligt studiens syfte och frågeställning. Tanken är, att dessa inte på förhand är bestämda eller utfunderade. (Tuomi & Sarajärvi 2002:95-97) Tidigare upptäckter, kunskap och teorier inom ämnet påverkar inte studiens förverkligande eller resultat då studien utgår från materialet. Tidigare forskning gör analysen möjlig men det som i tidigare forskning kommer fram, bör i analysprocessen slutas ut, så att det inte påverkar på analysen. Teorin styr analysen. En induktiv analys är svår att förverkliga då skribenternas uppfattningar lätt kan påverka resultatet. (Tuomi & Sarajärvi 2009:95-96)

## 8.2 Datainsamling

Denna studie kommer att analysera både vetenskapliga artiklar samt skönlitterära texter.

Då materialet söks är det viktigt att man först får en fullständig bild om vad som finns. Eftersom det finns både offentliga och icke offentliga material kommer endast det material som denna studie har tillgång till att användas. Sökningarna görs med utgångspunkt av studiens frågeställning. Forskningen håller sig kritiskt till källorna och tar reda på bakgrunden till litteraturen. (Davidson & Patel, 1991:64) Mängden av materialet beror på problemställningen samt tiden för insamlingen. Det viktigaste är att studien inte endast tar upp de tester som stöder studiens idéer och därmed inte skapa en falsk bild av händelse. (Davidson & Patel, 1991:65).

Efter att ha ändrat metod och omformulerat frågeställningen ändrades även inkluderings och exkluderings kriterier till den sista sökningen av vetenskapliga artiklar. Det som ändrades var artiklarnas innehåll, dvs. artiklarna skulle innehålla om kvinnornas upplevelser om vården av sin depression. Artiklarna var inte avgränsade till något land eller världsdel. Artiklarna skulle vara mellan 2005 och 2013, bortsatt från om de kunde ge en

annan synvinkel än tidigare artiklar (artikel C) eller tog upp viktig information som hörde ihop med ämnet (artikel G).

8 artiklar hittades som svarar på centrala frågeställningen. De valdes på basen av kriterierna. Av artiklarna är två (artikel A och D) hittade på *Academic search elite* med söorden *postpartum depression, medical care, barrie\** samt med sökvillkoret *peer reviewed*. Artikel B,C och G är hittade från källorna på dessa artiklar med hjälp av manuell sökning. Då artiklarna hämtades från Helsingfors universitets bibliotek, gav deras program alternativ på liknande artiklar, varifrån artikel E hittades. Artikel F och H är tagna från den tidigare sökningen för bakgrunden (kapitel 5.1)

En kort sammanställning av artiklarna hittas i Bilaga 1.

Tabell 2 Artiklarna till innehållsanalysen

N r	Författare	Titel	År- tal	Hittad
A	Sword, Wendy; Busser, Dianne; Ganann, Rebecca; McMillan, Theresa & Swinton, Marilyn	Women's Care-Seeking Experiences After Referral for Postpartum Depression.	2008	Academic search elite (Ebsco): postpartum depression, medical care, barrie* + peer reviewed
B	Dennis, Cindy-Lee & Chung-Lee, Leinic	Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review	2006	I källförteckningen på artikel nr 1
C	Misri, Shaila; Kostaras, Xanthoula; Fox, Don & Kostaras, Demetra	The impact of partner support in the treatment of postpartum depression	2000	I källförteckningen på artikel nr 4
D	McCarthy, Michelle & McMahon, Catherine	Acceptance and experience of treatment for postnatal	2008	Academic search elite (Ebsco):



		depression in a community mental health setting.		postpartum depression, medical care, barrie* + peer reviewd
E	Woolhouse, Hannah; Brown, Stephanie; Krastev, Ann; Perlen, Susan & Gunn, Jane	Seeking help for anxiety and depression after childbirth: result of maternal health study	2009	Helsingfors universitets bibliotek, då programmet gav alternativ på liknande artiklar. Valdes på basen av abstraktet.
F	Bilszta, Justin; Ericksen, Jennifer; Buist, Anne & Milgrom, Jeannette	Women's experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care	2010	Bakgrunden
G	Boath, E. & Henshaw, C.	The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review	2001	I källförteckningen på artikel nr 4
H	Kuosmanen, L; Vuorilehto, M.; Kumpuniemi, S & Melartin, T	Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics	2010	Bakgrunden

Även 4 böcker hittades (Se Bilaga 2). Medan enkäten låg på diskussionsforum tog Helena Askén (bok nr.1) kontakt med skribenterna för att rekommendera boken hon skrivit om förlossningsdepression. Det gav skribenterna idén om att även läsa skönlitterära verk utöver artiklarna. Böcker letades på internet och bibliotek, sammanlagt var fyra användbara böcker hittade, även Helena Askéns. Alla böcker är verklighetsbaserade och berättar om kvinnors egna erfarenheter om förlossningsdepression. Böckerna av Brooke Shields, Anna-Leena Härkönen och Helena Askén är upplevelser av författarnas depression medan boken av Pii Haarala innehåller 15 mödrars berättelser med förlossnings-

depression. I följande tabell räknas böckerna upp. Böckerna presenteras närmare i Bilaga 2.

*Tabell 3 Böckerna till innehållsanalysen*

Nr	Författare	Titel	Årtal
1.	Helena Askén	Moderslycka – vart tog glädjen vägen? En mammas berättelse om depression efter förlossning.	2012
2.	Anna-Leena Härkönen	Heikosti positiivinen.	2001
3.	Brooke Shields	När regnet faller. Min väg ut ur förlossningsdepression.	2006
4.	Piia Haarala	Vauvan varjo. Kokemuksia synnytyksenjälkeisestä masennuksesta.	2006

### 8.3 Dataanalys

Med hjälp av innehållsanalys kan materialet analyseras systematiskt eller objektivt. Meningen med innehållsanalysen är att få en tydlig och språklig bild av materialet som undersöks i ett sammandrag utan att tappa information. Alltså att från utbrett material skapa givande och enhetlig information som sedan presenteras som slutsats. Bearbetningen grundar sig på logiska antaganden och tolkning. En analys görs i processens varje steg. (Tuomi & Sarajärvi 2002:105,110)

I Tuomi & Sarajärvis bok om kvalitativ innehållsanalys, med ett induktivt närmelsesätt, delas processens steg in i 1) reducering 2) gruppering och 3) abstrahering. I *reduceringen* exkluderas studiens all irrelevant information från materialet. Det kan vara en sammanfattning eller uppdelning av materialet i olika kategorier. Som hjälp kan användas

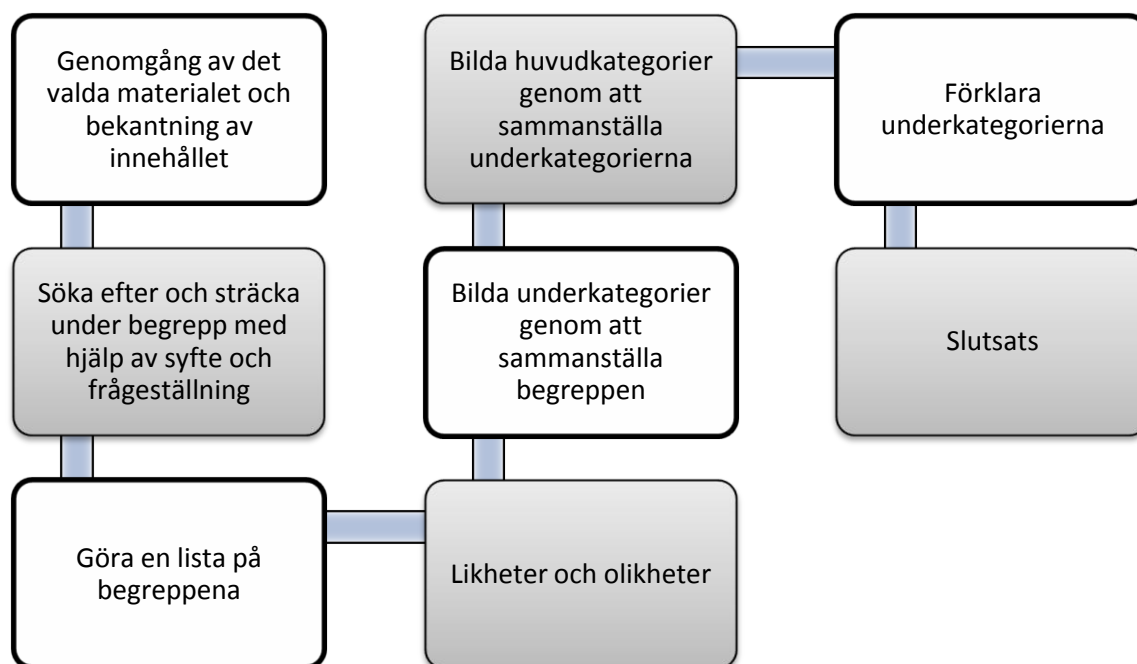
färgkoder eller understräckning. Studiens syfte och centrala frågeställning styr denna reducering. (Tuomi & Sarajärvi 2002:111-112)

I *grupperingen* gås informationen, som skribenten färgkodat eller märkt ut, noggrant igenom för att hitta begrepp av likheter och olikheter. Syfte och centrala frågeställningen används som hjälp. Begrepp med samma mening förenas och underkategorier bildas. (Tuomi & Sarajärvi 2002:112-113)

Därefter följs *abstraheringen* där studiens väsentliga information tydliggörs och teoretiska begrepp skapas. I abstraheringen går man från de ursprungliga uttrycken i informationen till de teoretiska begreppen och slutsatsen. Grupperingar förenas så länge det enligt materialets innehåll är möjligt. (Tuomi & Sarajärvi 2002:114) En innehållsanalys kan bestå av endast huvudkategorier, utan underkategorier, beroende på vilken modell och variation som används. (Tuomi & Sarajärvi 2002:121)

Analysen i denna studie gjordes genom att noga läsa igenom materialet utgående från studiens centrala frågeställningar och att göra anteckningar ur materialet. Dessa anteckningar var sedan jämförda med varandra och olikheter samt likheter antecknades ner. Där efter lades liknande fynd i grupper och grupperna namngavs, där av underkategorierna (16 stycken). Dessa kategorier var sedan grupperade och förenade till större grupper vilket bildade huvudkategorierna (fyra stycken). Till sist förklarades och motiverades grupperna utgående från studiens material och en slutsats bildades.

Figur 2 Innehållsanalysens tankeprocess



## 9 ETISKA REFLEKTIONER

Inom yrket som vårdpersonal är området etiskt viktigt och som patient/klient mycket känsligt. Etiken berör varje vårdkontakt och för att inte skada någon måste vårdpersonalen komma ihåg etiken, vilket också måste speglas av i studien (Arcada). I detta stycke tas det upp om etiken genom hela arbetet. Både forskningsetiken gällande litteraturoversikten, analysen och sammanställningen men även etiken i ämnets känslighet.

### 9.1 Forskningsetiken

Forskningen skall inte hitta på något själv utan skapa ny kunskap. Forskaren skall hålla en objektiv hållning till materialet, samtidigt också kunna hålla både närhet och distans till materialet. Kvaliteten, trovärdigheten och giltigheten av genomförandet påverkas alltså av forskarens förhållningssätt till materialet. (Dahlberg 1997:121) För att kunna hålla giltigheten uppe i analysen är det viktigt att noggrant kunna återge analysgången. Detta görs genom att i metodbeskrivningen noggrant beskriva hur texten bearbetas, hur texten har delats in, hur texten gjorts abstrakt, hur texten transformerats och hur texten blivit sammanställd samt hur den essentiella betydelsen skapats. (Dahlberg 1997:124)

Vid kategoriseringen är det viktigt att man inte fritt tolkat data eller kommit på egna ut-sagor. Man kan även ha en medbedömare som läser igenom resultatet där kategorierna beskrivs och sedan ta del av texten. Här finns dock avvikande meningar där ena sidan anser att en annan forskare alltid kan skapa andra kategorier utifrån materialet och även om forskarna enas kan inte forskarnas enighet anses som ett vetenskapligt kriterium (Dahlberg 1997:125). Den andra sidan anser att en medbedömare gör dataanalysen mer trovärdig (Dahlberg 1997:126). För forskaren är det också viktigt att denna kan uppehålla en kritisk hållning (Dahlberg 1997:128) samt förstå sig själv så att denna kan förstå materialet och inte bli ett hinder i forskningen (Dahlberg 1997:130).

Studiens trovärdighet och skribenternas etiska beslut går hand i hand. Trovärdigheten grundar sig på att författarna följer god vetenskaplig praxis. (Tuomi & Sarajärvi 2002:129) Detta arbete är gjort enligt Arcadas riktlinjer för god vetenskaplig praxis. Studien är ärligt gjord, och har varit omsorgsfull och noggrann genom hela arbetsprocessen. Inga stöld, plagiat, förfalskningar, påhittade observationer eller stöld av material har gjorts (Arcada). Citat och referat som finns i texten är gjorda enligt Arcadas föreskrifter (von Hertzen & Stolt, 2009). Hänvisningarna är noggrant och korrekt gjorda (von Hertzen & Stolt, 2009) och de stämmer överens med källorna som inte är påhittade. Tidigare forskning är vetenskapliga och hämtade från pålitliga databaser. Forskningarna och dess resultat är behandlade med respekt. Stegen i arbetsprocessen har tydligt och omsorgsfullt rapporterats. (Arcada)

## 9.2 Ämnets känslighet

Tanken var först att göra en kvalitativ metod med en empirisk del. Att genom en enkätundersökning på diskussionsforum ta reda på hur kvinnorna i Finland upplever sin tid med förlossningsdepression. Enkäten var klar och pilottestad, godkännandet från upp-rätthållaren av diskussionsforumet var fått och enkäten sattes ut. Frågeformuläret var ute först de planerade tre veckorna och tiden förlängdes sedan med två veckor men ingen svarade. Orsaken är antagligen då ämnet är så känsligt. Det kan också vara svårt att få tag på kvinnorna via ett stort diskussionsforum på en så kort tid. Insamlingen pågick innan jul vilket också kan bero på att inga svar skickades. Fastän enkäten hade omformulerats var ändå risken stor att inte tillräckligt med svar hade fåtts och därför byttes

metoden till litteraturoversikt. En e-post skickades från en moder i Sverige som hade sett enkäten, om en bok hon skrivit om sin tid med förlossningsdepression vilket gav idén om att även analysera skönlitterära verk, förutom de vetenskapliga artiklarna.

## 10 RESULTATREDOVISNING

Via studiens analys av artiklarna och böckerna uppkom det fyra huvudgrupper och 16 undergrupper som sammanfattar studiens syfte att öka kunskapen och att hitta metoder som kan hjälpa kvinnor att söka vård tidigare. I detta kapitel presenteras och förklaras resultatet utgående från det analyserade materialet.

Den första huvudrubriken som framkom var *Hinder i mödrarnas sjukdomskamp* med underkategorierna: Kunskapsbrist, Kultur och normer samt Praktiskt motstånd.

Andra huvudrubriken är *Sökandet efter lindrande av lidande* och har som underrubriker: Misstanke, Inget annat val, Uppmuntran och stöd, Vårdkontakt och Godkännande.

Den tredje huvudrubriken som skapades är *Lindrande metoder* med underkategorierna: Professionell hjälp, Socialt stöd, Praktisk hjälp och Egen hjälp.

Den sista huvudrubriken är *Följder av vården* och som underrubriker finns: Moderslycka, Livsglädje, Nyfunna egenskaper och Normalisering.

Tabell 4 Huvudkategorierna och underkategorierna med begrepp

## Hinder i mödrarnas sjukdomskamp

Kunskapsbrist	Kultur och normer	Praktiskt motstånd
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mödrarnas, anhörigas och vårdarens kunskap om PPD.</li> <li>• Kontaktpuppgifter för att söka hjälp.</li> <li>• Symptomen tas inte på allvar.</li> <li>• Personalens attityd mot sjukdomen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inte få/våga berätta utanför familjen</li> <li>• Inte bli stämplad: mentalt sjuk, "dålig moder", "svag".</li> <li>• Familjens observationer och handlingar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valmöjligheter angående vårdmetod</li> <li>• Tiden för vården</li> <li>• Praktiska arrangemang angående vården</li> <li>• Kontinuiteten i vården</li> <li>• Moderns inställning till vården</li> </ul>

## Sökandet efter lindrande av lidande

Misstanke	Inget annat val	Uppmuntra n och stöd	Vård-kontakt	God-kännande
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Misstanke att allt inte är rätt</li> <li>• Ovissheten om symptomen</li> <li>• Känner sig inte som sig själv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inga andra möjligheter än att söka hjälp</li> <li>• Tror man är/håller på att bli tokig</li> <li>• Självmordstankar och försök</li> <li>• Sömnbristen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familj, vänner och partners mm</li> <li>• Uppmuntran att söka hjälp</li> <li>• Påtryckning samt uttryckt oro</li> <li>• Någon gör beslutet istället för modern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionell relation till någon vårdare</li> <li>• Fynd vid rutin-granskning</li> <li>• Vårdare i slakten</li> <li>• Positivt och förståeligt bemötande av personalen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkänna att man är sjuk</li> <li>• Erkänna att man behöver hjälp</li> <li>• Symptomen har inte försvunnit av sig själv</li> </ul>

## Lindrane metoder

Professionell hjälp	Socialt stöd	Praktisk hjälp	Egen hjälp
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hälsovårdare</li> <li>• Läkare</li> <li>• Psykiater</li> <li>• Läkemedel</li> <li>• Terapi</li> <li>• Anstaltvård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familj</li> <li>• Vänner</li> <li>• Partner</li> <li>• Andra mödrar med förlossningsdepression</li> <li>• Jobb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagvård</li> <li>• Hemhjälp</li> <li>• Barnvakt</li> <li>• Städerna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Få sova</li> <li>• Ny graviditet</li> <li>• Ingen vård alls</li> </ul>

## Följder av vården

Moderslycka	Livsglädje	Nyfunna egenskaper	Normalisering
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kärlek</li> <li>• Lycka över barnet</li> <li>• Njuta av barnet</li> <li>• Orkar framåt tillsammans med sitt barn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Känns bra att leva</li> <li>• Tillvaron kommer tillbaka</li> <li>• Positiv och glad</li> <li>• Balans</li> <li>• Lever sitt eget liv och försöker inte vara perfekt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan behandla familjerelationer</li> <li>• Självständigare, självsäkrare, bättre självkänsla och självrespekt</li> <li>• Hittar sig själv, ödmjukare</li> <li>• Klarar av att undersöka sig själv, sina styrkor och personlighet</li> <li>• Accepterar situationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Löste inga problem men hjälpte igenom det värsta för att inte sjunka till botten</li> <li>• Vardagen blev lättare</li> <li>• Man orkade med vardagen efter paus hemifrån t.ex. på jobbet</li> <li>• Förstår verkligheten</li> </ul>



## 10.1 Hinder i mödrarnas sjukdomskamp

För att kunna söka vård i tidigt skede är det viktigt att veta både vad som gör att kvinnorna söker hjälp men också vad som gör att de inte vågar söka hjälp. Det finns många faktorer som påverkar på att mödrarna inte söker hjälp. Ibland förstår de inte att de är sjuka och ibland finns det andra personer som står i vägen. Skribenterna i denna studie kom fram till tre kategorier som är hinder till varför kvinnor inte söker hjälp.

### 10.1.1 Kunskapsbrist

Det finns ett stort behov av att öka kunskapen om förlossningsdepression, inte bara hos vårdpersonalen, utan även hos mödrar, familjer och vänner. Flera av mödrarna trodde till exempel att man endast kunde få vård för depressionen om man hade självmordstankar (Sword et al, 2008) eller att man förväntades leva med sjukdomen (Dennis & Chung-Lee, 2006). Anhörigas attityder gentemot förlossningsdepressionen, om varför modern inte kan vara glad för sitt barn, orsakade också hinder av att söka hjälp (Sword et al, 2008; Dennis & Chung-Lee, 2006; Bilszta et al, 2010).

Vårdpersonalens okunskap ledde till olämpliga bedömningar (Dennis & Chung-Lee, 2006) och dessutom kunde de visa ointresse och negativa attityder vilket ökade kvinnans skuld känslor och känsla av värdelöshet (Dennis & Chung-Lee, 2006; Bilszta et al, 2010). Hinder till att söka hjälp var även okunskapen om var hjälpen fås och vilka möjligheter till hjälp som finns (Bilszta et al, 2010; Dennis & Chung-Lee, 2006). Negativt är också att ingen 24h linje finns för att ringa då man behöver och att de telefonlinjer som finns har lång väntetid innan man kommer fram (Bilszta et al, 2010).

För att söka hjälp måste modern förstå att hon är sjuk eller misstänka att något är fel. Många kvinnor upplevde det dock svårt att skilja mellan vad som är normala känslor efter födseln och vad som är depressions symptom (Sword et al, 2008; Dennis & Chung-Lee, 2006; McCarthy & McMahon, 2008; Bilszta et al, 2010). Många kvinnor ansåg att det hörde till att känna så som de kände (Dennis & Chung-Lee, 2006; Härkönen 2001). Även familjen, vänner (Sword et al, 2008; Härkönen 2001) och vårdpersonal hade en tendens att normalisera kvinnornas känslor (Sword et al, 2008; Dennis & Chung-Lee, 2006; Bilszta et al, 2010). Mödrarna kunde ofta bortförklara sina symptom

och förknippa dem med de nya omständigheterna i deras liv (McCarthy & McMahon, 2008).

### **10.1.2 Kultur och normer**

Att visa svaghet (Sword et al, 2008; Dennis & Chung-Lee, 2006) eller bli stämplad som dålig moder (Sword et al, 2008; Dennis & Chung-Lee, 2006; Bilszta et al, 2010) är räds-  
lor som orsakar barriärer till att söka hjälp (Bilszta et al, 2010). Även att bli stämplad  
som mentalt sjuk eller galen (McCarthy & McMahon, 2008) orsakade rädsla inför fram-  
tiden (Sword et al, 2008) samt rädsla för familjens rykte (Dennis & Chung-Lee, 2006).  
Många av mödrarna levde också i den tron att barnet kunde tas bort från dem om de  
stämplades mentalt sjuka (Sword et al, 2008; Dennis & Chung-Lee, 2006). Inom vissa  
familjer fanns det också en aktiv uppmuntran om att inte söka hjälp eftersom detta skul-  
le vara oacceptabelt och detta skulle diskuteras endast inom familjen (Sword et al, 2008;  
Dennis & Chung-Lee, 2006). Vänner och släktingar kunde förneka och underskatta  
kvinnans symptom, vilket gjorde att denna inte vågade berätta om hur hon kände (Haa-  
rала, 2006). Skammen över sjukdomen var också ett stort hinder i hjälpsökningsproces-  
sen samt att våga öppna sig för andra eftersom det inte räknades som normalt av sam-  
hället (Dennis & Chung-Lee, 2006; McCarthy & McMahon, 2008; Woolhouse et al,  
2009). Vidare orsakade idealiseringen av andra mödrar känslor av misslyckande (Den-  
nis & Chung-Lee, 2006; McCarthy & McMahon, 2008; Bilszta et al, 2010) och den ore-  
alistiska romantiska bilden av moderskapet skapade känslor av skam (McCarthy &  
McMahon, 2008; Bilszta et al, 2010).

### **10.1.3 Praktiskt motstånd**

Många av kvinnorna upplevde att de fick förslag som inte passade ihop med deras situa-  
tion eller önskemål då det sökte vård. Läkarna kunde skriva ut mediciner som mödrarna  
inte ville äta (Sword et al, 2008; Dennis & Chung-Lee, 2006; Bilszta et al, 2010; Boath  
& Henshaw, 2001) eller de kunde få oacceptabla förslag (Sword et al, 2008; Bilszta et  
al, 2010) som att gå ut och skaffa sig vänner som inte passar ihop med vardagen med tre  
småbarn hemma (Sword et al, 2008). Orsaken till att de inte ville ta läkemedel var rädsla  
av att bli beroende, oro för bieffekter samt oro för hur de påverkar vid långtids an-

vändning samt hur deras barn påverkas av dem då mödrarna ammar (Dennis & Chung-Lee, 2006). Dessutom hade mödrarna svårt att jämföra nyttan och risken av användningen av läkemedel i relation till deras nivå av depression (Bilszta et al, 2010). Andra orsaker som påverkade på hjälpsökningsprocessen var att vården saknade kontinuitet (Sword et al, 2008; Bilszta et al, 2010) samt samarbetet mellan privata och kommunala tjänster var dåligt (Bilszta et al, 2010). Även läkarens rådgivningstider räckte inte till (Dennis & Chung-Lee, 2006), väntetiderna var för långa, tjänsterna begränsade (Sword et al, 2008; Dennis & Chung-Lee, 2006) och förhållandet mellan vårdare och patient (Sword et al, 2008; Dennis & Chung-Lee, 2006) samt vårdarens inställning påverkade på hjälpsökningsprocessen (Dennis & Chung-Lee, 2006; Bilszta et al, 2010). Även moderns inställning till vården och vårdaren påverkade på hur nöjd modern var. Då vårdarens råd passade in med kvinnornas eget perspektiv på vården och depressionen var det uppskattat. (Dennis & Chung-Lee, 2006).

## 10.2 **Sökandet efter lindrande av lidande**

Fastän det finns mycket barriärer till att söka vård, finns det även faktorer som hjälper till att kvinnorna söker vård.

### 10.2.1 **Misstanke**

Det fanns flera kvinnor som fick en misstanke om att allt inte är som det borde. De kunde identifiera att allt inte var normalt men de kunde inte identifiera det som förlossningsdepression förrän någon påpekade det. (McCarthy & McMahon, 2008; Haarala 2006) En kvinna läste igenom en broschyr och började därefter misstänka att hon led av förlossningsdepression (Askén, 2012). Nedgången av funktionsförmågan samt förvirringen som uppstod då de försökte skilja på vanlig stress och utmaning, ledde till att de sökte hjälp (McCarthy & McMahon, 2008). Det fanns kvinnor som sökte hjälp då de inte kände igen sig själv mera, då de saknade glädje, glömde saker och kände sig nere, vilket inte kändes som normalt (Sword et al, 2008, Haarala 2006, Shields 2006).

### **10.2.2 Inget annat val**

Sömnlösheten är en orsak varför de besluter sig för att söka hjälp. Att vara trött men att inte kunna sova leder till övervarv samt gör dem oroliga och orsakar ångest. Ständig sömnlöshet gör att kvinnorna inte orkar fungera om dagarna, de brister ut i gråt, isolerar sig hemma samt känner sig rädda (Haarala, 2006). Känslan av att bli tokig, att ha elaka tankar, att må dåligt, lida av ångest samt att inte kunna njuta gör att de söker vård. (Härkönen, 2001) Även känslan av att inte klara sig till nästa dag (Haarala, 2006) eller att inte kunna behärska sig själv eller hålla sig samman (Haarala, 2006:63). De flesta kvinnor sökte inte hjälp förrän de kom till en punkt då de inte längre klarade av att känna som de gjort förut. I en del fall sökte de ändå inte hjälp förrän de fick självmordstankar eller försökte begå självmord (McCarthy & McMahon, 2008).

### **10.2.3 Uppmuntran**

Påtryckning (Shields, 2006) och uppmuntran av partner och annan släkt, hjälpte kvinnorna att söka vård eller att börja använda medicin. Att få stöd och bekräftelse, att någon visar att de bryr sig var också viktiga faktorer. (Haarala, 2006). Då någon annan uttryckte oro eller uppmuntrade kvinnan att söka hjälp, underlättade det kvinnans val av att söka hjälp (Sword et al, 2008). Särskilt en stödande partner var en viktig faktor för att våga söka hjälp (Dennis & Chung-Lee, 2006; Askén, 2012). Många behövde hjälp för att söka vård eller för att göra beslutet om att söka hjälp (McCarthy & McMahon, 2008).

### **10.2.4 Vårdkontakt**

I Haaralas bok (2006) var det ofta mödrarna först tog kontakt med deras rådgivning, ringde dit eller berättade om sina känslor vid följande besök. En förlossningsdepression upptäcktes via studenthälsovården där kvinnan hade haft den en längre tid men ingen hade märkt den. Den fanns i bakgrunden och var oskött (Haarala, 2006:119). En av mödrarna hade en granne som var sjuksköterska och god vän till henne. Denna blev orolig och bad modern ta kontakt med läkare (Haarala, 2006:134). Hade kvinnorna på förhand en etablerad kontakt med en vårdare, hjälpte det dem att ta steget att söka hjälp.

Kontakten gjorde att kvinnorna kände sig mer bekväma att berätta och samtidigt kände de sig uppmuntrade till att berätta vad som var fel. (Dennis & Chung-Lee, 2006)

Kvinnorna upplevde det också hjälpande då vårdaren erbjöd sig att nå ut och följa upp henne (Sword et al, 2008; Dennis & Chung-Lee, 2006) via telefon (Sword et al, 2008) och hembesök (Dennis & Chung-Lee, 2006). Kvinnans aktiva hjälpsökning påverkades också av vårdarens beteende. Då de fick ett godkännande av vårdaren gav de sig själv tillåtelse att berätta om sina känslor (Bilszta et al, 2010). Kvinnorna ansåg också att vårdaren bör vara empatisk, snäll, kunnig om tjänster, bra lyssnare samt finnas där vid behov (Bilszta et al, 2010) samt ha ett pågående vårdförhållande även då kvinnorna fick hjälp/sökte hjälp på annat håll (Dennis & Chung-Lee, 2006; Bilszta et al, 2010). Allt detta var ett stort plus vid vården och sökande av vård för förlossningsdepression (Bilszta et al, 2010). Kvinnorna ansåg också att vårdaren bör ha tillräcklig kunskap om sjukdomen, kunna göra skarpsinniga observationer och berätta att det finns ett slut på depressionen samt beakta kvinnans kultur i vården (Dennis & Chung-Lee, 2006).

### **10.2.5 Godkännande**

En del av kvinnorna hade svårt att godkänna sin diagnos (Dennis & Chung-Lee, 2006; McCarthy & McMahon, 2008; Haarala 2006:135). Orsaken var att de upplevde att förlossningsdepression inte passar in i deras situation (McCarthy & McMahon, 2008; Bilszta et al, 2010), rädsla för sjukdomen och rädsla att erkänna emotionella problem (Bilszta et al, 2010). Andra kvinnor kände lättnad och de kände mindre skam för sina problem efter diagnostisering (McCarthy & McMahon, 2008). Att vara öppen till sjukdomen, hitta orsak till sitt lidande samt godkänna den, gjorde mödrarna mer hoppfulla och förbättringsprocessen möjlig (Haarala, 2006). Shields (2006) berättar i sin bok att hon kände sig så pass nere att hon därför godkände att hon behöver hjälp. Kvinnorna kunde även vänta på att symptomen skulle gå över av sig själv. Först då de insett att symptomen inte gått förbi, sökte de hjälp (Sword et al, 2008; McCarthy & McMahon, 2008).

## 10.3 Lindrande metoder

För att kunna veta hurdan vård mödrarna fick behöver man veta var de sökte hjälp eller vilka metoder de använde för att söka hjälp. Den bästa lösningen skulle vara en kombination av vårdmetoder där kvinnorna själv skulle få vara med i beslutsprocessen (Boath & Henshaw, 2001). I Haaralas bok skrev en moder att tiden har varit den bästa medicinen (Haarala, 2006:118) och en berättade att största hjälpen har varit att få reda på vad det egentligen är frågan om (Haarala, 2006:111).

### 10.3.1 Professionell hjälp

Enligt Woolhouse et al (2009) så söker endast 59% vård av vårdpersonal och de flesta av dem ansåg att det hjälpte. Vårdpersonalen var läkare, psykolog, psykiater, hälsovårdare (Woolhouse et al, 2009) och psykiatrisk sjuksköterska (McCarthy & McMahon, 2008; Kuosmanen et al, 2010). En del av mödrarna använde läkemedel (Woolhouse et al, 2009) eller gick på olika terapier (Boath & Henshaw, 2001; Härkönen, 2001; Shields, 2006). De åt depressionsmediciner, lugnande mediciner och sömnmediciner (Haarala, 2006; Shields, 2006). Även anstaltsvård var en metod som ansågs hjälpare, också för att mödrarna fick en paus hemifrån och möjlighet att vila upp sig (Askén, 2012; Haarala, 2006). En bra metod var att ha någon att prata med som inte är dömande, som tar dem på allvar och som berättar vad det handlar om och att det går att behandla (Dennis & Chung-Lee, 2006).

### 10.3.2 Socialt stöd

Flera mödrar ansåg att det bästa stödet var partnern (Dennis & Chung-Lee, 2006; Woolhouse et al, 2009) då denna gav både emotionellt stöd samt hjälp med barnomsorgen och hussysslorna (Dennis & Chung-Lee, 2006). Kvinnorna beskrev att mannen bar ansvaret i huset (Haarala 2006). Var partnern stödande och med i vårdprocessen hjälpte det också kvinnorna att tillfriskna snabbare och dessutom fick kvinnorna mer uppskattning för sitt förhållande (Misri et al, 2000). Även kvinnans familj var en hjälpare faktor (Dennis & Chung-Lee, 2006; Woolhouse et al, 2009). Att kunna öppna sig för andra, speciellt mödrar som varit eller är i samma situation, var ett helande steg i vårdprocessen. Det gav dem försäkran om att de var normala (Dennis & Chung-Lee, 2006;

McCarthy & McMahon, 2008) samt det gav högre nivåer av tillfredsställelse (Dennis & Chung-Lee, 2006). Kvinnor har haft hjälp av socialt nätverk och föreningar på nätet där de kunnat dela upplevelser med någon i samma situation och märka att de inte är ensamma om saken (Haarala, 2006). Mödrarna upplevde också att då de fick komma bort hemifrån och träffa andra kvinnor så klarade de sig bättre av att handskas med allt hemma. En negativ aspekt med stödgrupper var att mödrarna kunde bli överväldigade av andras problem, att utanförskap kan uppstå då en viss etnisk grupp dominerar och problemet med att få de fullspäckade dagarna och tid för gruppmötena att gå ihop. (Dennis & Chung-Lee, 2006) Även att flytta närmare sitt sociala nätverk kunde hjälpa. För en del kvinnor hjälpte situationen då de slutade jobba eller då de återgick till jobbet. (Woolhouse et al, 2009) Att återgå till jobbet fick dem att känna sig bättre, fria, sociala och gav dem mer tid oberoende av tröttheten (Haarala, 2006).

### **10.3.3 Praktisk hjälp**

Att skaffa barnvakt eller att någon erbjöd sig att se efter barnen gjorde att mödrarna fick egen tid vilken de ofta använde till att sova (Haarala, 2006; Härkönen, 2001; Shields, 2006). De kunde även ordna dagvård för att kunna vila hemma och ha tid för att ta hand om sig själv (Haarala, 2006). En hjälpande stödåtgärd var att få lov av daghemmet att ha barnen där längre dagar (Askén, 2012). Även att skaffa sig städerska eller hemhjälp underlättade deras vardag (Haarala, 2006) och att få en paus från hemmet samt paus från ansvaret för barnomsorgen gjorde att mödrarna kunde slappna av, minska på stressen och träffa andra människor (Dennis & Chung-Lee, 2006).

### **10.3.4 Egen hjälp**

Kvinnorna nämnde att det för en stund lindrade symptomen om de fick sömn för en stund (Haarala, 2006; Härkönen, 2001; Shields, 2006), att få sova mera ansågs hjälpande (Woolhouse et al, 2009). En moder beslöt att sova borta då hon inte kunde sova hemma, mannen tog då hand om barnet och hemmet (Haarala, 2006:107). Ny graviditet, även oplanerad, kan fungera som ett batteri och ge kraft. Det gjorde en moder med tiden lycklig (Haarala, 2006:149-154). En av mödrarna i Haaralas bok fick ingen egentlig vård förutom socialt stöd från en förening men hon godkände sin situation då hon blev

gravid på nytt, vilket var början till hennes förbättringsprocess (Haarala, 2006:152-153) En del av kvinnorna ansåg att fysisk aktivitet (Dennis & Chung-Lee, 2006; Woolhouse et al, 2009) samt olika avslappnings metoder kunde vara en helande faktor (Dennis & Chung-Lee, 2006). 11% sökte inte vård eller hjälp av någon alls (Woolhouse et al, 2009)

## 10.4 Följder av vården

Kvinnorna upplevde att vården ledde till många nya känslor och förändringar i deras liv. Vården löste inga problem men hjälpte dem över den värsta tiden. Känslor gällande barndomen, förlossningen och barnsängstiden behandlades (Haarala, 2006). Det kom fram att en del hade behov av att äta mediciner i flera år och att gå på intervall vård eller terapi en längre tid, exakta tider för dessa var inte nämnda i boken (Haarala, 2006)

### 10.4.1 Moderslycka

I Haaralas (2006:117) bok berättade en kvinna att hon kan njuta av moderskapet och att hon ger beröm åt sin dotter. Kärlek mot barnet uppstår och modern klarar av moderskapsledigheten och njuter av att vara hemma med barnen (Haarala, 2006:153). Efter att en av kvinnorna fått vård klarade denna av att känna lycka för barnet (Askén, 2012).

### 10.4.2 Livsglädje

Vården har gett livsglädjen tillbaka. En kommenterar att det känns bra att leva och att hon har det bra att vara. Jobbet hade gett rytm till livet och gjort att modern inte längre kände sig ensam fastän hon fortfarande var trött (Haarala, 2006:111). En moder säger att hon vet att det tidvis är möjligt att hitta livsglädje och lycka fastän hon kanske alltid kommer att lida av någon form av depression (Haarala, 2006:122-123). Härkönen känner sig gladare och har mer ork, hon tycker att allt känns klarare och hon tycker om att vara förälder. Inte bara nya känslor för sitt barn utan för sitt liv uppstod (Härkönen, 2001). Askén beskrev sin situation som att ”tillvaron till mig själv kom tillbaka” och att hjälpen hon fått fick odjuret inom henne att försvinna. Vården hjälpte henne också att hitta en balans i sitt liv som hon ansåg att hjälpte henne samt att allt inte längre verkade



lika nattsvart. (Askén, 2012) Också känslor som att njuta av att ha man, ett barn och ett bra familjeliv uppstod (Haarala, 2006:131; Shields, 2006).

### **10.4.3 Nyfunna egenskaper**

En kvinna berättar att terapin hon fick har hjälpt att behandla familjerelationer – hon har blivit mer självständig, självsäker och har bättre självkänsla. Vården har gjort att hon har hittat sig själv och kan börja leva sitt eget liv (Haarala, 2006:74-75). En annan moder säger igen att terapin har ökat på självrespekten. Hon märker att hon klarar sig och hon orkar tro på sin förbättring (Haarala, 2006:83). Det kommer också fram att depressionen och förbättringsprocessen har lärt mödrarna mer om sig själva och om skuld-känslor (Haarala, 2006:122-123) Dessutom har en av kvinnorna lärt sig att leva i nuet, och kommit fram till att det som förut var självklart är inte det mer (Haarala, 2006:130-131). Det att lära sig att inte försöka vara perfekt eller att inte känna sig dålig om en lättare väg väljs kom tydligt upp. Dessutom upplevde denna kvinna sig själv som ödmjukkare efter depressionen (Haarala, 2006:153). Efter vården kände kvinnorna att de klarade av att undersöka sig själv, sina styrkor och sin personlighet samt att de kunde acceptera sin situation (Haarala, 2006). En kvinna berättade att vården hjälpte henne att acceptera sin kropp samt att medicinen gjorde henne mer effektiv (Askén, 2012).

### **10.4.4 Normalisering**

Vården hjälpte dem tillbaka till vardagen (Haarala, 2006). Shields beskriver att vården återställt henne (Shield, 2001) och en kvinna säger att hon nu orkar framåt med sin dotter en dag i gången samt att hon nu förstår verkligheten (Haarala, 2006). En av kvinnorna ansåg att få vara på anstaltsvård var ett sätt att vila upp sig och att saknaden till familjen blev som en motivation att bli bättre. Hon beskrev sin situation efter hjälpen som att ”vardagen blir ljus”. (Askén, 2012)

## **11 DISKUSSION**

Denna studies mål var att ta reda på hur kvinnor med förlossningsdepression upplever den vård de får i syfte att fundera på och öka kunskapen om hur vården kunde förbättras och hur den kunde påbörjas i ett tidigare skede.

Förlossningsdepressionen passar bra in med Katie Erikssons teori om lidandet. Denna studie ser lidandet som smärta och sjukdom, då förlossningsdepressionen är en sjukdom och kan orsaka smärta. Den påverkar på livet och kan orsaka även livslidande. Det krävs att kämpa och att utstå (Eriksson 1994:21). Förlossningsdepression kan också handla om, liksom även Eriksson (1994) skriver, att man känner att man förintas, att den egna identiteten förändras, att man vill ge upp och att man inte orkar kämpa (Eriksson 1994:94). Sjukdomen kan förekomma som andligt och själsligt lidande men också som fysiskt lidande (Eriksson 1994:84), precis som symptomen kan förekomma som emotionella problem men även utveckla sig till fysiska symptom (Harvard medical school, 2011).

Lidande kan ses som att leva i en kamp (Eriksson 1994:21). En kamp mellan det goda och onda (Eriksson 1994:30). Lidandets kamp är en kamp mot sina egna känslor av skam och förnedring (Eriksson 1994:31). Detta stämmer överens med texten i definitionen av förlossningsdepressionen där symptomen leder till skam- och skuldkänslor (Harvard medical school, 2011). Även denna studies resultat visar att skam och skuld måste bekämpas för att lättare kunna söka hjälp (Dennis & Chung-Lee, 2006; McCarthy & McMahan, 2008; Woolhouse et al, 2009).

Utgående från studiens analys av materialet kom skribenterna fram till att det inte är endast kvinnornas rädsla och skam som påverkar på att söka hjälp. Även kunskapsbristen är en orsak till att kvinnor inte söker hjälp. Då gäller kunskapsbristen inte bara för kvinnornas del utan för familjen och vänner samt vårdare. Information om förlossningsdepression borde ges till hela familjen eftersom partnerns samt resten av familjens åsikter påverkar på om kvinnan söker hjälp (Dennis & Chung-Lee, 2006; Woolhouse et al, 2009). Katie Eriksson (1994) säger att livslidandet innebär att sjukdomen eller ohälsan berör hela livssituationen, samma som även kan ses i resultatet av denna studie. Detta berör hela familjen och kan påverka relationen till barnet och partnern (Eriksson, 1994:93). Att få ett barn är redan en stor livsförändring och att ännu därtill få förlossningsdepression ändrar livssituationen ytterligare (Kaplan et al 2009:455).

Att be om hjälp, att ingen förstår vad man behöver eller att ingen ser en, är ett lidande i sig själv (Eriksson 1994:43). Utbildning borde ges till vårdare och vårdarna borde ha en förståelse för kvinnornas situation och hur vården passar in i deras vardag. Dessutom borde enheter inom vården samarbeta och se till att informationen löper (Bilszta et al, 2010.) samt dela ut information om var man kan få hjälp (Bilszta et al, 2010; Dennis & Chung-Lee, 2006). Oftast är kvinnornas möten med vårdare på barnrådgivningen och där är det viktigt att inte endast se det som ett tillfälle att följa med barnet utan att ta som regel att följa med hela familjen.

Följande mening kommer tydligt fram i resultatredovisningen: ”att lida betyder att man inte är fullt och helt människa och att vara människa innebär att man kan ta hand om sig själv, när inte det mera går borde det finnas någon annan som kan göra det för en”, av Eriksson (1994:43). Mödrarna beskrev att de till sist inte kunde ta hand om sig själv längre, utan mannen tog över ansvaret om familjen. Vid förlossningsdepression kan det hända att man inte kan ta hand om sig själv och sin familj eller att man nog kan ta hand om sin familj men inte orkar ta hand om sig själv. Detta behöver inte genast synas utåt, utomstående förstår då inte kvinnans situation och kvinnan kan ha svårt att söka hjälp, vilket ökar lidandet hos henne och lidandets kamp blir allt större (Haarala, 2006).

Till sjukdomen finns det ingen bestämd orsak (Harvard medical school, 2011), inte heller till lidandet (Eriksson 1994:42). Sjukdomslidandet är individuellt och en viljekamp (Eriksson 1994:32).

Resultatet visar också att det sociala umgänget har en lika stor roll som professionell hjälp när det kommer till kvinnornas vård. De flesta kvinnor föredrog också hellre en icke farmakologisk vårdmetod och påpekade att de egentligen behöver någon som orkar lyssna på dem (Dennis & Chung-Lee, 2006). I Haaralas bok (2006) berättar de flesta finländska mödrarna att de tagit kontakt via föreningen Äimä ry (Äidit irti synnytysmasennuksesta) för socialt stöd där de kunnat diskutera med andra i samma situation. Föreningen består av en hemsida på nätet där kvinnor kan dela med sig om sina upplevelser med andra kvinnor. Även partners och familjens roll är viktig i vårdprocessen (Haarala, 2006).

Det finns många hinder att söka vård men resultatet visar också att de flesta upplevt att vården har hjälpt. Därför skulle det vara viktigt att upptäcka diagnosen i tid för att kunna lindra livslidandet – lidandet överhuvudtaget.

## 12 KRITISK GRANSKNING

Genom att kritiskt granska och fundera över studiens val och resultat kom vi, skribenterna, fram till att studien har både bra sidor men samtidigt några svaga sidor. Vi anser att studien har användbar och nyttig information som är viktig att meddela vidare. Genom att vara två skribenter har vi haft en större syn på arbetet, vi har haft fler idéer och lagt märke på olika saker genom hela processen. Det negativa med att vara två skribenter är att det funnits olika åsikter och kompromisser har gjorts. Det vi i efterhand hade ändrat på är arbetsprocessens längd. Vi hade jobbat mer regelbundet inom en kortare tid och fått arbetet gjort snabbare, eftersom vi nu hamnat gå igenom flera gånger det vi redan skrivit, då vi har haft pauser emellanåt. Dessutom var metodbytet tungt men ändå givande.

När vi nu sett hur vårt försök med enkätundersökningen inte gav resultat hade vi kunnat vara mer kritiska gällande våra centrala frågeställningar och vårt metodval. Nya val gjordes och en del arbete som tidigare gjorts, kunde inte användas. Detta var ett bakslag men vi lärde oss på vägen om hur känsligt ämnet egentligen är samt hur känsligheten påverkar på metodvalet.

När det kommer till val av den nya metoden, att analysera skönlitterära böcker och artiklar, tycker vi båda att det gav mera än en analys av endast artiklar. Vi skribenter anser att genom att analysera böcker fick vi en mer sannings- och verklighetsbaserad bild av kvinnors åsikter och upplevelser eftersom de med egna ord fått berätta om sina egna erfarenheter och inte möjligtvis blivit tolkade på vägen av en forskare. Eftersom vi använde skönlitterära böcker var det svårt att inte tolka mödrarnas upplevelser. Vi anser att vi inte har kunnat styra resultatet eftersom vi varit noga med att inte tolka något själv och vi har inte heller utelämnat material. Vi har tagit upp all presenterad material på det sätt som det kommit upp i texten. Etiken har löpt genom hela studien.

Genom att välja kvalitativ innehållsanalys fanns det också förslag om att ha en medbedömare som tar del av materialet och gör egna kategorier. Vi ansåg att detta inte hade fungerat eftersom denna person borde i så fall varit insatt i ämnet (Dahlberg 1997:125-126).

Tittar man kritiskt på vårt resultat uppstår det ett litet dilemma. Enligt definitionen på vården i vårt resultat består vården inte bara av mediciner, professionell hjälp eller terapi utan också av socialt stöd, andra människors hjälp samt praktisk hjälp. Så fastän det fanns en kvinna som ansåg att hon inte fått hjälp, säger hon ändå att hon fått socialt stöd och då enligt vår definition har hon fått vård (Haarala 2006:149-154). Eftersom vi inte har tolkat svaren, så finns även denna vårdmöjlighet med i resultatet.

Vi som vårdare funderade så klart på om vårt resultat skulle kunna stämma in på andra patientgrupper än mödrar med förlossningsdepression och vi kom fram till att resultatet mycket väl kunde stämma in på andra personer som lider av depression. Detta kan dock vara ett ämne som kunde tittas närmare på. Andra aspekter för vidare forskning är att hitta en metod på vilket man bäst kan sprida kunskapen om depressionen till vårdare, blivande mödrar och deras familjer. Även mannens upplevelser om kvinnans sjukdom skulle kunna vara ett intressant forskningsämne för att se hur depressionen påverkar på familjen och förhållandena eller för att undersöka partners/familjens roll i insjuknande eller i hjälpsökningsprocessen samt vårdprocessen.

I två berättelser tycker mödrarna att depression är fel ord för sjukdomen. De tycker att ångest, nedstämdhet, panik samt en blandning av överkliga och motstridiga känslor och tillstånd bättre förklarar det de genomgår (Haarala, 2006:124) Kvinnorna anser att postpartum depression eller förlossningsdepression borde kallas något som postpartum ångest (Haarala, 2006:124) eller postpartum skräck eftersom detta bättre beskriver deras upplevelser av sitt tillstånd. (Haarala, 2006:63)

## KÄLLOR

### Artiklar:

- Abrams, Laura S. & Curran, Laura. 2009. "And you're telling me not to stress?" A grounded theory study of postpartum depression symptoms among low-income mothers. *Psychology of women quarterly* nr 33, s.351-362.
- Armstrong, Susan & Small, Rhonda. 2010. The paradox of screening: Rural women's views on screening for postnatal depression. *BMC Public Health*, Vol. 10, s. 744-752
- Bilszta, Justin; Ericksen, Jennifer; Buist, Anne & Milgrom, Jeannette. 2010. Women's experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 27 Issue 3, s. 44-54.
- Bilszta, Justin L.C; Tang, Melissa ; Meyer, Denny; Milgrom, Jeannette; Ericksen, Jennifer & Buist, Anne E. 2008. Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* nr. 42 s. 56.
- Boath, E. & Henshaw, C. 2001. The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. Vol. 19 Issue 3, s. 215-248
- Buultjens, Melissa & Liamputtong, Pranee. 2006. When giving life starts to take the life out of you: women's experiences of depression after childbirth. *Midwifery* 2007 Mars. nr 23, s. 77-91.
- Chan, Sally Wai-chi; Williamson, Victoria & McCutcheon, Helen. 2008. A comparative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese and Australian women diagnosed with postnatal depression. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol. 45, Nr. 2.
- Chen, C.-H.; Wang, S.-Y.; Chung, U. -L. ; Tseng, Y. -F. & Chou, F. -H. 2006. Being reborn: the recovery process of postpartum depression in Taiwanese women. *Journal of Advanced Nursing*, nr. 54, s. 450–456.
- Cornish, Alison M; McMahon, Catherine A; Ungerer, Judy A; Barnett, Bryanne; Kowalenko, Nicholas & Tennant, Christopher. 2005. Maternal depression and the experience of parenting in the second postnatal year. Australien: *Journal of reproductive and infant psychology*, vol. 24, nr. 2, s. 121-132.

- Dennis, Cindy-Lee & Chung-Lee, Leinic 2006. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth: Issues in Perinatal Care*. Vol. 33 Issue 4, s. 323-331.
- Dennis, Cindy-Lee & Ross, Lori. 2006. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, nr. 56, s. 588–599.
- Dennis, Tamara & Moloney, Margaret. 2009. Surviving postpartum depression and choosing to be a mother, *Southern online journal of nursing research*. Volum 9, nr 4
- Edhborg, Maigun; Friberg, Malin; Lundh, Wendela & Widström, Ann- Marie, 2005. "Struggling with life": Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian Journal of public health* nr 33 s.261-267.
- Gao, Ling-ling; Chan, Sally Wai-chi; You, Liming & Li, Xiaomao, 2009. Experiences of postpartum depression among first-time mothers in mainland China. *Journal of advanced nursing* nr 66(2),s 303-312.
- Harvard medical school, 2011. Beyond the "baby blues": Postpartum depression is common and treatable. *Harvard mental Health Letter*, volume 28, nr 3
- Holopainen, Debbie, 2001. The experience of seeking help for postnatal depression. *Australian Journal of Advanced Nursing*, nr. 19, s. 39-44.
- Knudson-Martin, Carmen & Silverstein, Rachele. 2009. Suffering in silence: A qualitative meta-data- analysis of postpartum depression. *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 35, nr.2, s. 145-158.
- Kuosmanen, L.; Vuorilehto, M.; Kumpuniemi, S. & Melartin, T. 2010. Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, nr.17, s.554-557.
- Logsdon, Cynthia M.; Hines-Martin, Vicki & Rakestraw, Vivian. 2009. Barriers to depression treatment in low-income, unmarried, adolescent mothers in a Southern, Urban area of the United States. *Issues in mental health nursing*, nr. 30, s.451-455.
- McCarthy, Michelle & McMahon, Catherine. 2007. Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care for Women International*, nr 29 s. 618-637.
- Misri, Shaila; Kostaras, Xanthoula; Fox, Don & Kostaras, Demetra.2000. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 45 Issue 6, s. 554-558.
- Røseth, Idun; Binder, Per-Einar & Malt, Ulrik Fredrik, 2011. Two ways of living through postpartum depression. *Journal of phenomenological psychology* nr 42, s, 174-194.

- Shakespeare, Judy; Blake, Fiona & Garcia, Jo. 2006. How do women with postnatal depression experience listening visits in primary care? A qualitative interview study. England: *Journal of reproductive and infant psychology*, Vol. 24, nr. 2, s. 149-162.
- Sword, Wendy; Busser, Dianne; Ganann, Rebecca; McMillan, Theresa & Swinton, Marilyn. 2008. Women's Care-Seeking Experiences After Referral for Postpartum Depression. *Qualitative Health Research*. Vol. 18 Issue 9, s. 1161-1173.
- Tammentie, T; Paavilainen, P; Tarkka M.-T. & Åstedt – Kurki, P. 2009. Families' experiences of interaction with the public health nurse at the child health clinic in connection with mother's post-natal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, nr 16, s. 716–724.
- Tuohy, Alan & McVey, Cynthia. 2008. Experience of pregnancy and delivery as predictors of postpartum depression. *Psychology, Health & Medicine*, nr. 13, s. 43 – 47.
- Woolhouse, Hannah; Brown, Stephanie; Krastev, Ann; Perlen, Susan & Gunn, Jane. 2009. Seeking help for anxiety and depression after childbirth: result of maternal health study. *Archives of Women's Mental Health*. Vol. 12 Issue 2, s. 75-83.
- Yelland, Jane; Sutherland, Georgina & Brown, Stephanie J. 2010. Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, nr. 10, s.771.

#### Böcker:

- Askén, Helena. 2012. *Moderslycka. Vart tog glädjen vägen? En mammas berättelse om depression efter förlossningen*. SKL Kommentus Media: Stockholm, 166s.
- Dahlberg, Karin. 1997. *Kvalitativa metoder för vårdare*. 2 uppl., Lund: studentlitteratur, 152s
- Davidson, Bo & Patel, Runa. 1991. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. 3uppl., Lund: studentlitteratur. 149s.
- Denscombe, Martyn. 2009. *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. 2 uppl., Lund: studentlitteratur. 445s.
- Eriksson, Katie. 1994. *Den lidande människan*. Liber utbildning. 115s
- Haarala, Piia. 2006. *Vauvan varjo*. Kokemuksia synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Kirjapaja: Helsinki, 168s.
- Härkönen, Anna-Leena. 2001. *Heikosti positiivinen*. 9 uppl., Otava: Helsingfors, 232s



Kaplan, Annette; Hogg, Beatrice; Hildingsson, Ingegerd & Lundgren, Ingela. 2009. *Lärobok för barnmorskor*. 3 uppl., Lund: studentlitteratur, 686s

Shields, Brooke. 2006. *När regnet faller. Min väg ut ur förlossningsdepression*. Norstedt: Stockholm, 215s.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5 uppl., Tammi: Helsinki, 158s.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5 uppl., Tammi: Helsinki, 175s.

#### Nätbaserade källor:

Arcada, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig: <http://studieguide.arcada.fi/att-studera-pa-arcada/examensarbete-skrivguide/etiska-radet> Hämtad: 9.5.2013

Henriksson, Ulla-Lena. 2011. ECT (elektrokonvulsiv behandling). Vårdguiden.se. Tillgänglig: <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Behandlingar/ECT/> Hämtad: 28.5.2012

Holmgren, Eva, 2011. *Depression - rekommenderade läkemedel*. Vårdguiden.se. Tillgänglig: <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Lakemedel/Depression---rekommenderade-lakemedel/> Hämtad: 12.6.2013

Svanborg, Cecilia, 2012. *Psykoterapi*. Vårdguiden.se. Tillgänglig: <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Behandlingar/Psykoterapi/> Hämtad: 12.6.2013

von Hertzen, Maria och Stolt, Kirstin. 2009. *Skrivguide*. Tillgänglig: <http://www.arcada.fi/sv/bibliotek> Hämtad: 16.5.2013

## BILAGA 1

*I denna tabell finns artiklar som användes vid innehållsanalysen.*

Bibliografi	Metod	Syfte	Resultat
<p>Women's Care-Seeking Experiences After Referral for Postpartum Depression.</p> <p>Sword, Wendy; Busser, Dianne; Ganann, Rebecca; McMillan, Theresa &amp; Swinton, Marilyn 2008 Canada</p>	<p>Kvalitativ intervjustudi. 18 deltagare</p>	<p>Syfte var att undersöka hur kvinnorna söker hjälp efter de fått hänvisat sin sjukdom till PPD. De tog också reda på responsen efter hänvisningen, speciella faktorer som hindrade samt hjälpte att söka hjälp samt åsikter om vården de fick.</p>	<p>Forskningen visar att det finns många barrierer till att söka hjälp från moderns sida men även familj, partner och vårdpersonal. Även om de fanns hinder fanns det även faktorer som hjälpte, bla moderns känner inte igen sig, uppmuntran av andra att söka hjälp och att ha ett etablerat förhållande med någon inom vårdpersonalen.</p>
<p>Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review</p> <p>Dennis, Cindy-Lee &amp; Chung-Lee, Leinic 2006 Canada</p>	<p>Kvalitativ litteratursökning</p>	<p>Meningen var att undersöka litteraturen för att identifiera barrierer för att söka vård för PPD</p>	<p>Både andras åsikter och bra kunskap av PPD hjälper då mödrarna söker hjälp för sin depression. Studien tar upp både barrierer och hjälpande faktorer som påverkar på hjälpsökningen. Då moders sökt hjälp finns det också olika vårdmetoder och studien har tagit upp positiva och negativa aspekter av dem ur mödrarnas synpunkt, t.ex. så föredrar mödrar oftast inte att äta antidepressiva utan</p>

			skulle föredra att få diskutera med någon om sina känslor.
<p>The impact of partner support in the treatment of postpartum depression</p> <p>Misri, Shaila; Kostaras, Xanthoula; Fox, Don &amp; Kostaras, Demetra 2000, USA</p>	<p>Enkätundersökning vid besök på rådgivningen.</p> <p>29 kvinnor deltog.</p> <p>En kontrollgrupp och en stödgrupp</p>	<p>Syftet var att undersöka hur partners stöd påverkar på vården för kvinnor med PPD</p>	<p>Resultatet för studien visar att partners stöd har en mätbar och statistisk effekt på mödrars upplevelse av vården för PPD. Med andra ord upplever mödrarna en snabbare återställning från PPD samt uppskattning för förhållande då partnern stöder henne i vården.</p>
<p>Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting.</p> <p>McCarthy, Michelle &amp; McMahon, Catherine 2008, Australien</p>	<p>Intervjustudie</p>	<p>Man ville undersöka faktorer som påverkar hjälpsökandet samt beskriva kvinnornas upplevelse av vården i syfte att förstå faktorer som gör att man vill fortsätta vården.</p>	<p>Med hjälp av hypoteser tog studien reda på vad som gör att man söker vård för PPD, hur de reagerar på diagnosen, hur mödrarna förklarar sin depression och vad de ansåg vårdar deras sjukdom.</p>
<p>Seeking help for anxiety and depression after</p>	<p>Enkätundersökning</p>	<p>Undersökningen gjordes för att få reda på hur kvinnor-</p>	<p>59% ansåg att prata med vårdpersonal hjälper. Orsaker till att de inte över-</p>

<p>childbirth: result of maternal health study</p> <p>Woolhouse, Hannah<sup>1</sup></p> <p>Brown, Stephanie;</p> <p>Krastev, Ann<sup>1</sup></p> <p>Perlen, Susan &amp; Gunn, Jane</p> <p>2009, Australien</p>		<p>na gjorde för att söka hjälp för ångest/depression 9 månader efter förlossning, för att beskriva hur hjälpsfull professionella vården är, barrierer och orsaker för att inte söka hjälp.</p>	<p>huvudtaget pratat med vårdare var bla att de känner att de klarar själv av problemet, de hade inte tid och att det var för pinsamt. Forskningen tog också upp vart mödrarna sökte sig för vård, ex läkare, vårdare och psykolog.</p>
<p>Women's experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care</p> <p>Bilszta, Justin<sup>1</sup></p> <p>Ericksen, Jennifer<sup>1</sup></p> <p>Buist, Anne &amp; Milgrom, Jeanette</p> <p>2006, Australien</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie</p>	<p>Studiens syfte var att forska vilka hinder det finns i att vårda kvinnor med postnatal depression.</p>	<p>Forskningen tar bland annat upp hur förväntningarna på moderskapet påverkar på sinnestämningen, hur man måste leva upp till en viss bild, rädsla att misslyckas, rädsla att erkänna emotionella problem, mödrarna önskar en bättre förberedelse inför känslostormen som kommer, samt hur olika stödmetoder kan hjälpa samt hur vårdpersonalen borde vara.</p>
<p>The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>Identifiera och kritisk granska alla publicerade studier som handlade om vården för PPD</p>	<p>Det finns många olika metoder för vård av PPD. Denna forskning tar upp de flesta. Slutresultatet var ändå att det bästa resultatet</p>

<p>Boath, E. &amp; Henshaw, C. 2001 Storbritanien</p>			<p>är en blandning av vårdmetoder som mamman själv får vara med och bestämma om.</p>
<p>Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics</p> <p>Kuosmanen, L; Vuorilehto, M.; Kupmuniemi, S &amp; Melartin, T. 2010 Finland</p>	<p>Enkätundersökning.</p> <p>EPDS skalan användes vid två tillfällen för att mäta depressionen.</p> <p>Undersökningen gjordes under 3 år på tre olika sjukhus.</p>	<p>Syftet var att hos vårdare öka förståelsen på de depressiva symtomen och allvarret kring sjukdomen, att ta reda på vilket stöd som finns hemma, att ta reda på familjens sociala nätverk och att planera vården på basen av moderns och familjens individuella behov.</p>	<p>Kvinnor erbjöds att fylla i EPDS formuläret. Om de fick mer än 13 poäng erbjöds de träff med en mentalvårdare. Åt 35 % börjades antidepressiv medicinering, 53 % behövde endast 1-2 möten med mentalvårdaren men åt då oftast inte heller mediciner, 22 % behövde 3-8 möten och 25 % vårdades endast med möten i grupp.</p> <p>32 % av mödrarna behövde inte fortsatt vård och 36 % klarade sig med stödet från rådgivningens vårdare eller annan personal (som psykolog), 9 % hänvisades till en specialiserad sjukskötare (eller vårdare som tar hand om deprimerade) inom primärvården och en annan 9 % hänvisades till specialsjukvårdens mentalvård. 14 % ville fortsätta</p>

			inom privatvården hos t.ex. familjehandledare eller psykoterapeut.
--	--	--	--

## BILAGA 2

I denna tabell finns uppräknat böckerna som använts vid innehållsanalysen.

Författare	Titel	Årtal	Innehåll
<b>Shields, Brooke</b>	När regnet faller. <i>Min väg ut ur förlossningsdepression.</i>	<b>2006</b>	Brooke Shields berättar om sina tankar och önskan om att bilda familj. Om svårigheterna gällande graviditeten och kort om sin bakgrund. Hon tar upp förlossningen och tiden på sjukhuset samt skriver ner känslorna hon känner på sjukhuset och hemma. Hon berättar om vården och kampen om att bli återställd. I efterorden uppmuntrar hon mödrar att söka hjälp utan att vänta och att våga tala om sina känslor.
<b>Härkönen, Anna-Leena</b>	<i>Heikosti positiivinen</i>	<b>2001</b>	Anna-Leena som i början av boken berättar att hon inte hade tänkt skaffa barn. Senare beslutar hon ändå sig för att bli förälder. Hon skriver om sina upplevelser och erfarenheter om att vara gravid, förlösa ett barn och att insjukna i förlossningsdepression. Hon berättar om sina känslor och tankar samt om sin förbättringsprocess. Hon tillfrisknar, mår bra och njuter av att vara mor till sin son men säger att hon för framtiden vet sina krafter och gränser.
<b>Askén, Helena.</b>	Moderslycka. <i>Vart tog glädjen vägen? En mammas berättelse.</i>	<b>2012</b>	Boken berättar om Helenas kamp med förlossningsdepression. Vid sin första depression anade hon att allt

	<i>telse om depression efter förlossningen</i>		inte var rätt men hon sökte inte hjälp. Hon blev gravid på nytt. Då andra barnet föddes blev hon så dålig att hon tillsammans med sin man såg till att hon fick kontakt med psykolog. Under kampen mot depressionen lades hon även in på sjukhus för två veckor och hon åt antidepressiva. Sedan blev hon gravid igen och efter födseln av sitt tredje barn utvecklade hon förlossnings psykos.
<b>Haarala, Piia.</b>	<i>Vauvan varjo. Kokemuksia synnytyksenjälkeisestää masennuksesta</i>	<b>2006</b>	Bokens författare har själv haft förlossningsdepression. Hon säger att hon inte förstod att det fanns andra i samma situation och därför fann stödpersoner först i ett senare skede. Hon menar att det har varit av stor betydelse att diskutera med någon med liknande erfarenheter, som förstår henne utan att döma. Hon fick därför idén om att skriva denna bok, för att ge stöd åt kvinnor med förlossningsdepression och för att göra dem medvetna om att det faktiskt finns andra i samma situation samt hjälp att få. Hon har samlat in 16 mödrars berättelser varav 15 är depression och en psykos. Kvinnorna berättar kort om sin bakgrund och graviditet men mest om hur de upplever förlossningsdepressionen.



## BILAGA 3

*Skribenternas arbetsfördelning i studien.*

Katarina Nygård	Henrica Tallqvist	Gemensamt
Finskt abstrakt	Engelsk abstrakt	Svenskt abstrakt
		Inledningen
	Centrala begrepp Definition av PPD Teoretisk referens- ram	
Bakgrunden: Läst och översatt artiklar. Teorin av tidigare forskning. Samman- ställning av tabellen.	Läst och översatt artiklar	
		Problembeskrivningen: Syfte och frågeställningen
Designen: Figur + texten	Finslipning av figu- ren	
Övergripande metod Induktivt närmelsesätt		
Tre böcker	Data insamlingen (artiklarna + en bok)	
Teori av data analysen + Figur 2		
Etiken	På fyllning av etik Tabell 4	
		Analys av innehållsproces- sen: kategoriseringen
		Diskussion Kritisk granskning Källor
	Bilaga 1	
Bilaga 2		