

“Relationen till mina barn var något jag var tvungen att ha”

–En kvalitativ studie om förlossningsdepression, stöd och anknytning

Olivia Forss, Rebecka Mattjus

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH) och Hälsovårdare (YH)

Yrkeshögskolan Novia, Vasa 2024

EXAMENSARBETE

Författare: Olivia Forss, Rebecka Mattjus
Utbildning och ort: Hälsovårdare (YH), barnmorska (YH), Vasa
Handledare: Terese Österberg

Titel: "Relationen till mina barn var något jag var tvungen att ha" –En kvalitativ studie om förlossningsdepression, stöd och anknytning

Datum: 4.6.2024 Sidantal: 38 Bilagor: 4

Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att beskriva mödrars upplevelser av stöd av närstående och vården vid förlossningsdepression. I arbetet vill man även belysa mödrars upplevelser av att knyta an till sitt barn när modern drabbats av förlossningsdepression. Vi vill genom denna studie belysa upplevelser av förlossningsdepression för främst nyblivna föräldrar och vårdpersonal. Vi vill bidra till att stigma kring förlossningsdepression minskar i samhället, för att de som drabbas ska våga söka och få hjälp i tid.

En kvalitativ metod har använts och en semistrukturerad intervju har gjorts. Tio informanter har deltagit i intervjun. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats har använts för att analysera datamaterialet. Resultatet består av teman och kategorier. Resultatet har tolkats utifrån tidigare forskning och Bowlbys anknytningsteori (1944).

I resultatet kan man se att upplevelser av stöd från vården och omgivningen har varit individuellt. Några mödrar har fått ett bra bemötande av vården och anhöriga och andra inte. Alla mammor uppgav att de vid intervjutillfället hade en bra anknytning till sitt barn, men alla upplevde inte att de hade en bra anknytning under tiden de led av förlossningsdepression. Det är viktigt att mammor får stöd och vård i rätt tid för att deras anknytning till barnet inte ska påverkas negativt.

Språk: svenska Nyckelord: förlossningsdepression, moderskap, anknytning, stöd

OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Olivia Forss, Rebecka Mattjus
Koulutus ja paikkakunta: Terveystieteiden tutkimuskeskus (YH), Kätilö (YH), Vaasa
Ohjaaja: Terese Österberg

Nimike: "Lasteni suhde oli jotain minun täytyi olla" –Kvalitatiivinen tutkimus synnytyksen masennuksesta, tuesta ja yhteyksistä

Päivämäärä: 4.6.2024 Sivumäärä: 38 Liitteet: 4

Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli antaa käsitys siitä, miten synnytyksen masennuksesta kärsivät äidit kokevat hoidon ja omaisten tuen, sekä siitä, miten he kokevat olevansa yhteydessä lapseensa. Haluamme tässä tutkimuksessa tuoda esiin kokemuksia synnytyksen masennuksesta lähinnä vastasyntyneille vanhemmille ja terveydenhuollon ammattilaisille. Haluamme edistää synnytysmasennuksen leimautumisen vähentämistä yhteiskunnassa, jotta uhrin uskaltaisivat etsiä ja saada apua ajoissa.

Laadullista menetelmää on käytetty ja semistrukturoitua haastattelua on tehty. Haastatteluun on osallistunut kymmenen informanttia. Tietoaineiston analysoinnissa on käytetty induktiivista laadullista sisältöanalyysia. Tuloksena on teemoja ja kategorioita. Tulosta on tulkittu aiemman tutkimuksen ja Bowlbyn yhteysteorian (1944) pohjalta.

Tuloksessa voidaan nähdä, että kokemukset hoidon ja ympäristön tuesta ovat olleet yksilöllisiä. Jotkut äidit ovat saaneet hyvää hoitoa, ja jotkut äidit ovat saaneet huonompaa hoitoa. Kaikki äidit sanoivat haastattelussa, että heillä oli hyvä yhteys lapseensa, mutta kaikki eivät kokeneet, että heillä oli hyvä yhteys synnytyksen masennuksen aikana. On tärkeää, että äidit saavat oikea-aikaista tukea ja hoitoa, jotta heidän yhteytensä lapseen ei kärsisi.

Kieli: ruotsi Avainsanat: synnytyksen jälkeinen masennus, äitiys, yhteys, tuki

BACHELOR'S THESIS

Authors: Olivia Forss, Rebecka Mattjus
Degree Programme: Public Health Nurse (YH), Midwife (YH), Vaasa
Supervisor: Terese Österberg

Title: "The relationship with my children was something I had to have" –A Qualitative Study on Postpartum Depression, Support and Attachment

Date: 4.6.2024 Number of pages: 38 Appendices: 4

Abstract

The purpose of this study was to provide an insight into how mothers suffering from postpartum depression experience the support of their caregivers and relatives, as well as how they feel that they can bond with their child. Through this study, we want to highlight experiences of postpartum depression for mainly new parents and health professionals. We want to help reduce the stigma surrounding postpartum depression in society, so that those affected have the courage to seek and get help in time.

A qualitative method has been used and a semi-structured interview has been conducted. Ten informants have participated in the interview. A qualitative content analysis with inductive approach has been used to analyze the data material. The result consists of themes and categories. The result has been interpreted based on previous research and Bowlby's attachment theory (1944).

The result shows that experiences of support from the care and the environment have been individual. Some mothers have received a good response from the health care and relatives and others have not. All mothers stated that at the time of the interview they had a good attachment to their child, but not all felt that they had a good attachment during the time they suffered from postpartum depression. It is important that mothers receive timely support and care so that their attachment to the child is not adversely affected.

Language: Swedish Key words: postpartum depression, motherhood, attachment, support

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställningar	2
3 Bakgrund	2
3.1 Förlossningsdepression	3
3.1.1 Orsaker	3
3.1.2 Symptom	5
3.1.3 Behandling	5
3.1.4 Förebyggande	7
3.1.5 Följder	9
3.2 Liknande tillstånd	9
3.2.1 Baby blues	9
3.2.2 Förlossningspsykos	10
3.3 Moderskap, samspel och anknytning	10
3.3.1 Samspel	10
3.3.2 Anknytning	11
3.3.3 Moderskap	12
4 Teoretisk utgångspunkt	13
4.1 Bowlbys anknytningsteori	13
5. Kvalitativ metod	15
5.1 Semistrukturerad intervju	16
5.2 Urval	17
5.3 Kvalitativ innehållsanalys	17
5.4 Forskningsetik	19
6. Resultat	20
6.1 Känslor inför barnet	21
6.2 Ork	23
6.3 Behov av stöd	25
7. Diskussion	28
7.1 Resultatdiskussion	29
7.2 Metoddiskussion	33
8. Avslutning	35
Referenser	36

Bilagor

Bilaga 1 - Intervjufrågor

Bilaga 2 - Facebook-inlägg

Bilaga 3 - Samtyckesblankett

Bilaga 4 - Information till deltagaren

1 Inledning

I ett reportage som Vasabladet publicerade i september 2022 lyder rubriken "För Emma i Vasa ledde psykologbristen till allvarliga konsekvenser – 'Jag hotade att ta mitt och bebisens liv'". Emmas graviditet var toppen, till och med förlossningen var bra, men den efterlängttade bebisbubblan kom aldrig. Förutom den överväldigande känslan av att bli mamma, börjar en oro gnaga i Emmas kropp. Hon var ständigt orolig för bebisens mående, utvecklig och att amningen inte fungerade. Detta resulterar i sömnlöshet. När rådgivningen kommer på besök får Emma information om att det är över ett års kö till rådgivningspsykologen. Emma känner att det inte finns hjälp att få. Hon går allt djupare in i sin förlossningsdepression. Vid tvåmånaderskontrollen fyller Emma i ett frågeformulär, vars syfte är att identifiera symptom som kan leda till förlossningsdepression. Emma får höga poäng. En akutremiss görs, men Emma får på nytt höra att det är mycket svårt att få tid till psykolog. Emma rekommenderas att ta kontakt med en familjearbetare, vilket hon gör. Efter några besök avbokar hon tiderna till familjearbetaren, för hon tycker det känns för jobbigt. Vid det här laget mår Emma ännu sämre. Hon känner sig missförstådd av vården och inte tagen på allvar. Hon är vaken på nätterna och skickar meddelande till sin mamma om att hon ska ta livet av sig och sin bebis. Familjen blir orolig och tar kontakt till hälsovårdscentralen. När Emma blir intagen på avdelning görs en barnskyddsanmälan och småbarnspsykiatri kopplas in för att stöda anknytningen mellan Emma och babyn. Hon blir inlagd på avdelning en gång till. 16 månader efter att man konstaterat att Emma har förlossningsdepression börjar hon må bättre (Eriksson, 2022).

Emma är långt ifrån ensam om sin historia. Enligt enkätundersökningen FinBarn som utfördes år 2020 hade 15 % av föderskorna depressionssymptom efter barnets födelse. 29 % av föderskorna upplevde depressionssymptom under graviditeten (THL, Spädbarnsfamiljernas välbefinnande – enkätundersökningen FinBarn 2020, 2021). Ska en nybliven mamma behöva gå 16 månader med konstaterad förlossningsdepression utan att få rätt hjälp från vården? Hur påverkas mammans och barnets relation när mamman drabbats av förlossningsdepression? Är det inte av största vikt för mammor, barn och hela samhället och dess framtid att alla mår bra och har rätt till en trygg uppväxt?

I detta examensarbete vill vi skapa en djupare förståelse för hur mödrar upplever sin förlossningsdepression, hur de känner att de kan knyta an till sitt barn och hur de upplever stödet från omgivningen. Vi vill genom detta arbete sprida upplevelser från mödrar som lidit av förlossningsdepression till andra mödrar som kanske känner igen sig i deras situation. Vi hoppas att mödrar som läser detta arbete efteråt inte känner lika stor skuld, skam och ensamhet. Vi hoppas även att vårdpersonal genom detta arbete ska få förståelse för mödrars upplevelser av förlossningsdepression och lättare kunna identifiera riskfaktorer för förlossningsdepression. Hjälps och stöd bör finnas tillgängligt så att symptomen och följderna av förlossningsdepression minimeras.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att beskriva mödrars upplevelser av stöd av närstående och vården vid förlossningsdepression. I arbetet vill man även belysa mödrars upplevelser av att knyta an till sitt barn när modern drabbats av förlossningsdepression.

Till examensarbetet har det formulerats två frågeställningar:

- Hur upplever en mor med förlossningsdepression stödet av närstående och social- och hälsovården?
- Hur upplever modern anknytningen till barnet om hon lider av förlossningsdepression?

3 Bakgrund

I bakgrunden kommer läsaren få ta del av lite mera ingående fakta om förlossningsdepression. Det benas ut vad förlossningsdepression betyder och innebär. Det lyfts även fram diagnoser som berör den gravida och nyblivna mamman i detta kapitel. Läsaren får också ta del av vad moderskap, samspel och anknytning innebär.

3.1 Förlossningsdepression

Den engelska benämningen på förlossningsdepression är *postpartum depression* (förkortning PPD) och på finska synnytyksen jälkeinen masennus. Förlossningsdepression kan uppkomma efter en förlossning. Förlossningsdepressionen börjar under de sex första veckorna efter förlossningen. Under barnsängstiden är förlossningsdepression ett vanligt hälsoproblem hos mammor (Hertzberg, 2022). I detta kapitel får läsaren fördjupa sig i orsaker, symptom, behandling, förebyggande åtgärder och följder gällande förlossningsdepression.

3.1.1 Orsaker

Hormonförändringar sker i kroppen vid graviditet, amning och förlossning. Man anser att dessa hormonförändringar kan bidra till depression efter förlossningen (Hertzberg, 2022). Om man har lågt värde av luteiniserande hormon och follikelstimulerande hormon efter förlossningen finns det en ökad risk att drabbas av förlossningsdepression. Det visar en studie av Ramachandran Pillai med flera från år 2017 (Ramachandran Pillai, o.a., 2017). Andra faktorer som kan bidra till förlossningsdepression är till exempel om förlossningen varit traumatisk, en tidigare depression, ekonomiska svårigheter, våld samt problem med olika relationer (Hertzberg, 2022).

Det är möjligt att sömnsvårigheter och för lite sömn är kopplat till förlossningsdepression (Harvala, Pietiläinen, Raussi-Lehto, & Äimälä., 2021, s. 602). I en studie gjord av Aksu och Karaca har man kunnat konstatera att mödrar som har dålig sömnkvalitet fyller i högre poäng på "EPDS" -blanketten. De löper alltså större risk för att drabbas av förlossningsdepression (Aksu & Karaca, 2023).

En kvinna som har sociala problem löper större risk att drabbas av förlossningsdepression. Ett exempel på detta kan vara att den gravida är eller blir ensamstående. Andra problem kan vara att den gravida har ett missbruk eller att partnern har problem med missbruk. Hemlöshet är också en social faktor som kan bidra till depression (Persson, 2009). En studie gjord i USA visar att mammor som är unga, arbetslösa, röker eller har depressiva symptom under graviditeten har större risk att få förlossningsdepression (Katon, Russo, & Gavin, 2014).

I en studie gjord av Lu med flera tar man upp orsaker som gör att en mamma drabbas av förlossningsdepression. De flesta av mammorna som deltog i studien uppgav att orsaken till deras depression var "brister i personligheten". Med detta menar man att en del mammor ansåg att de var oberoende av andra och inte behövde stöd och hjälp från sin omgivning. Detta ledde till att de drabbades av förlossningsdepression. Brister i personligheten kunde vara att mamman hade för dåligt självförtroende samt att hon trodde att hon inte klarade av saker och ting (Lu, Xueying, & Ruijuan, 2021).

Lu med flera tar även upp i sin studie att förändringar i utseendet såsom viktökning gjorde att kvinnan lättare kunde falla offer för förlossningsdepression. En annan orsak som tas upp i studien är migration. Detta innebär att kvinnan flyttar från sin hemstad till en helt ny omgivning som hon inte är bekant med och där hon känner få människor (Lu, Xueying, & Ruijuan, 2021).

Abdollahi med flera kom fram till i sin litteraturstudie att en kombination av tre teorier kan orsaka förlossningsdepression. Biologiska teorin innefattar att hormonerna i kvinnokroppen fluktuerar. Psykosociala teorin handlar om utmaningar i kvinnans liv. Den tredje och sista är evolutionsteorin som innefattar adaptiva funktioner i kvinnans liv (Abdollahi, Lye, & Zarghami, 2016).

En barnmorska och/eller hälsovårdare har anledning att fråga den gravida kvinnan eller nyblivna mamman hur familjen och släktens eventuella depressionshistoria ser ut. Detta eftersom ärftliga faktorer antas ha ett samband med depression efter förlossningen (Harvala, Pietiläinen, Raussi-Lehto, & Äimälä., 2021, s. 602).

3.1.2 Symptom

Symptomen på förlossningsdepression är många. Nedstämdhet, irritation, trötthet, dålig aptit samt ångest är exempel på symptom som kan uppkomma (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877). Ångest kan även ge fysiska symptom. Man kan känna en obehagskänsla i kroppen, få hjärklappningar och vara andfådd (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2014). Man kan också uppleva att man inte är sig själv, ha självska- eller självmordstankar samt vara rädd för att man kunde skada sitt barn. En känsla av värdelöshet, skuld och att man inte klarar av att ta hand om barnet hör också till symptombilden (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877).

3.1.3 Behandling

Vid behandling av förlossningsdepression är det viktigt att närstående och den eventuella partnern visar sitt stöd. Det är viktigt att mamman får vila och sova ordentligt. Mamman kan behöva hjälp med att sköta om barnet för att kunna återhämta sig ordentligt (Hertzberg, 2022).

En studie med Misri med flera undersökte effekten av att kvinnor med förlossningsdepression får stöd av sin partner. Deprimerade kvinnor som fick ett bra stöd av sin partner hade mindre depressiva symptom, medan de kvinnor som fick sämre stöd hade sämre allmän hälsa. Slutsatsen som drogs i studien var att stöd av partner har en stor effekt hos kvinnor med förlossningsdepression (Misri, Kostaras, Fox, & D., 2000).

Vården av förlossningsdepression sker på samma sätt som vid en "vanlig" depression. Mamman kan träffa en psykolog, psykiatrisk sjukskötare eller gå i psykoterapi. Psykofarmaka kan också användas vid vård av förlossningsdepression, om depressionen är medelsvår eller svår (Hertzberg, 2022). Andra behandlingsmetoder som kan användas är elektrokonvulsiv behandling (ECT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamiska metoder (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2014).

Behandling med psykofarmaka

Ataraktika är psykofarmaka som används som lugnande läkemedel. Vid sömnproblem och svårigheter att somna används hypnotiska läkemedel. Bensodiazepiner hör till läkemedelsgruppen hypnotika och sedativa. De dämpar ångesten och gör användaren lugn och sömnig. Litium är ett stämningsstabiliserande läkemedel. Det förebygger manier och kan ges ifall patienten har upprepade depressioner (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2014, ss. 212-213).

Tricykliska antidepressiva läkemedel används vid depression. Dessa läkemedel ökar nivåerna av serotonin och noradrenalin i hjärnan. Patienten blir mera aktiv och efter några veckor uppkommer en stämningshöjande effekt. SSRI-preparat, selektiva serotonin-återupptagningshämmare bedöms som skonsammare än tricykliska antidepressiva läkemedel. SSRI-preparat lindrar depressionssymptomen. De kan också användas vid exempelvis tvångssyndrom och social fobi (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2014, ss. 214-215).

Elektrokonvulsiv behandling

Elektrokonvulsiv behandling (ECT) används vid depression med inslag av självmordsrisk och psykotiska symptom. ECT görs under narkos. Elektroder sätts på huvudet och ena tinningen och en elektrisk impuls som stimulerar ett epileptiskt anfall ges. Det epileptiska anfallet ökar mängden serotonin i nervbanorna, vilket gör att patienten börjar må bättre efter ett par behandlingar (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2014, s. 218).

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) baserar sig på att människans beteendemönster är inlärt och att beteenden stärks beroende på konsekvenserna de ger. KBT har i uppgift att förändra patientens negativa tankar och känslor om sig själv. Fobiträning, fysisk aktivitet, olika distraktionstekniker och avslappningsövning ingår i KBT (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2014, ss. 218-223).

Psykodynamiska behandlingsmetoder

Det finns olika psykodynamiska behandlingsmetoder. Miljöterapi, "jag-stärkande" terapi, stödterapi, familjeterapi, gruppterapi och psykoterapi är en del av dem. Dessa behandlingsmetoder fokuserar på nuet men också förgångna händelser i patientens liv. Psykodynamiska behandlingsmetoder kräver att patienten är motiverad att genomgå behandling och förstår att det kan ta en tid innan symptomen upphör (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2014, ss. 224-228).

3.1.4 Förebyggande

I Finland ordas minst nio hälsoundersökningar på mödrarådgivningen för förstföderskor och minst åtta hälsoundersökningar för omföderskor. Dessa ordnas under graviditeten. Efter förlossningen ordnas två hälsoundersökningar för mödrar (THL, Periodiska hälsoundersökningar, 2022).

För att tidigt upptäcka symptom på förlossningsdepression bör vårdpersonal observera mödrarna på hälsoundersökningarna både under och efter graviditeten. En förebyggande åtgärd är att informera både mamman och den eventuella partnern om orsaker och symptom på depression (Hakulinen, Pakarinen, & Uotila-Laine, 2021).

Edinburgh Postnatal Depression Scale

EPDS, förkortning för *Edinburgh Postnatal Depression Scale* är en blankett som används för att identifiera depression under och efter graviditeten hos både mödrar och partners. För att förtydliga så används EPDS för att identifiera risker för depression och inte för att fastställa diagnos. EPDS har tio olika påståenden där man får välja mellan fyra olika svarsalternativ per påstående. Svarsalternativen ger olika poäng, ju flera poäng desto större sannolikhet är det att den som svarar på blanketten drabbats av depression. EPDS görs en gång under graviditeten och en gång efter förlossningen. EPDS kan göras när som helst om vårdpersonalen eller modern och hennes närstående anser att det finns behov av att fylla i blanketten (Hakulinen, Pakarinen, & Uotila-Laine, 2021).

I en studie gjord av Thomas och Wiltse visar resultatet att var åttonde mamma i USA kan lida av förlossningsdepression. En mamma som lider av förlossningsdepression påverkar hela sin familj, samt sig själv. Vårdpersonal har möjlighet att identifiera symtomen på förlossningsdepression med EPDS-skalan, men detta förbises ofta. Detta minskar chanserna för att upptäcka, behandla och minska följderna av förlossningsdepression (Thomas & Wiltse, 2023).

I kapitlet om orsaker till förlossningsdepression nämns ekonomiska svårigheter som en av orsakerna som gör att man har större risk att drabbas av förlossningsdepression. I en studie gjord av Hidalgo-Padilla med flera, fokuserar man på att längre och betald mammaledighet minskar uppkomsten av depression efter förlossningen (Hidalgo-Padilla, Toyama, Zafra-Tanaka, Vives, & Diez-Canseco, 2023). Forskningen är gjord i Peru och de nämner att en moder enligt lag har rätt till 14 veckor betald mammaledighet. I Minnesota har man 12 veckor obetald föräldraledighet. Föräldrar i Finland har 160 föräldrapenningdagar (32 veckor) vilket betyder att de får betald föräldraledighet under de dagarna (tem.fi, 2024). I Finland har man lång betald föräldraledighet i jämförelse med dessa länder.

Föräldrar behöver stöd under graviditeten, vid förlossningen och även under det första året efter barnets födelse. Då föräldrar får det stöd de känner att de behöver klarar de bättre av att hantera utmaningar och kan lättare anpassa sig till rollen som förälder (Ekström-Bergström, Thorstensson, & Bäckström, 2022).

I en artikel gjord av Dellapiana kan man läsa att träning under graviditet minskar riskerna för förlossningsdepression med hela 60 %. Träning minskar inte bara risker för förlossningsdepression, utan även graviditetsdiabetes, högt blodtryck till följd av graviditet, för tidig födsel, kejsarsnitt och överdriven viktuppgång under graviditet. Träning är även bra för att undvika smärta i nedre ryggen, minska återhämtningstiden efter graviditeten, man får muskelstyrka och förebygger förstoppning (Dellapiana, 2024).

3.1.5 Följder

Om mamman lider av förlossningsdepression finns det en större risk att barnets grundläggande behov inte blir tillgodosedda. Ifall båda föräldrarna till barnet har psykisk ohälsa finns det ännu större risk att barnet far illa. Ett barn behöver strukturer och kontinuitet och detta kan vara en utmaning att tillgodose om föräldrarna lider av psykisk ohälsa. Därför är det mycket viktigt med stöd från olika instanser så som socialvården, hälsovården och psykiatri (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877).

Resultatet av studien som Roy med flera har gjort visar att 28,7 % av mödrarna var deprimerade under graviditeten medan 16,7 % var deprimerade efter förlossningen. Barn till mödrar med förlossningsdepression hade låga kognitiva och motoriska prestationer vid 12 månaders ålder. Slutsatsen som drogs i studien var behovet av att göra screeningar och behandlingar av psykisk ohälsa i mödrarådgivningen för att se till att upprätthålla en bra utveckling hos barn (Roy, Chakraborty, Bhattacharya, Roychoudhury, & Mukherjee, 2022).

3.2 Liknande tillstånd

I detta kapitel nämns tillstånd som kan vara en orsakande faktor till förlossningsdepression och som påverkar den gravida och nyblivna mammans mående.

3.2.1 Baby blues

Att vara lätt nedstämd efter förlossningen kan benämnas *baby blues* eller *maternity blues*. Under de första tre till fyra dagarna efter förlossningen upplever mamman humörsvängningar. Hon kan också uppleva nedstämdhet, oro, svårigheter att sova samt glädje blandat med sorg. Dessa symptom brukar hålla i sig några timmar eller några dagar. Det är viktigt att ge mammor information om detta och observera dem för att förebygga att *baby blues* utvecklas till depression (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877).

3.2.2 Förlossningspsykos

Förlossningspsykos kallas även postpartumpsykos, PPP. Ifall modern haft förlossningspsykos efter tidigare förlossningar är risken större att hon insjuknar igen. Förlossningspsykos debuterar mellan första och sjätte veckan postpartum (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877). En till två per tusen mammor insjuknar i förlossningspsykos per år i Finland (Harvala, Pietiläinen, Raussi-Lehto, & Äimälä., 2021, s. 603)

Symptomen på förlossningspsykos uppkommer plötsligt. Symptomen är sömnsvårigheter, ångest, hallucinationer, växlande humör samt desorientering. Risken för självmord är hög vid förlossningspsykos. Om modern tidigare har haft en psykossjukdom bör vårdpersonal vara uppmärksamma och observera om modern börjar få symptom på psykos (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877).

Vid förlossningspsykos behövs akut psykiatrisk vård (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877). Olika terapiformer används vid behandling av psykos. Antipsykotiska såsom neuroleptika används som farmakologisk behandling av psykos. Neuroleptika stimulerar serotoninet i centrala nervsystemet och blockerar dopaminreceptorerna (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2014, s. 216).

3.3 Moderskap, samspel och anknytning

I detta kapitel tas det upp vad moderskap innebär samt definitioner på samspel och anknytning. I ett moderskap finns ett samspel mellan mamman och barnet. Samspel är ett begrepp som innefattar anknytning. Samspel är yttre beteende och visar vilken anknytning modern har till barnet (Karlsson, 2012).

3.3.1 Samspel

Samspel innebär en växelverkan mellan individer. Samspel kan variera mellan endast lite påverkan på varandra, till mycket påverkan på varandra. Lek mellan barn och en förälder är ett exempel på samspel där en intensiv påverkan sker. Föräldern lever sig in i barnets

kroppsrörelser och anpassar sig efter det. Hjärtslag, parasympatiska- och sympatiska nervsystemet påverkas hos båda parter under samspelet. Föräldern och barnet skapar en skraddarsydd interaktion, där den vuxna och barnets sinnesstämningar påverkar båda två (Karlsson, 2012, ss. 17-18).

När samspelet fungerar mellan den vuxna och barnet så är barnet huvudpersonen. Föräldrarna utgår från att barnet har ett eget sinne. De sätter fokuset på barnet och dess behov. Föräldrarna gör sig till huvudpersoner i barnets värld. Den tredje personen som betraktar samspelet mellan barnet och föräldern kan iaktta och njuta av samspelet mellan föräldern och barnet (Karlsson, 2012, ss. 18-19).

När det gäller ett icke fungerande samspel är det tvärtom. Barnet är inte huvudpersonen för föräldern. Det kan i stället vara en yttre omständighet som tar förälderns fokus. Den vuxne är inte heller beredd att göra uppoffringar och förändringar i sin vardag som är positiv för babyn och dess utveckling. Föräldern eller föräldrarna är inte huvudperson i barnets värld. De ser inte till att barnet hör eller ser dem. De betraktar inte barnet som en individ med eget sinne. Barnet uppfattas av föräldern som en varelse som har behov som måste uppfyllas. De som betraktar samspelet mellan den vuxna och barnet får en känsla av oro och dålig stämning (Karlsson, 2012, ss. 19-20).

I studien gjord av Dib med flera har man kommit fram till att mödrar som lider av depression var avsevärt mindre känsliga, mera oengagerade och visade mindre positiv inverkan på barnet i jämförelse med mödrarna i kontrollgruppen. Barn till mödrar med förlossningsdepression interagerade avsevärt mindre (Dib, Padovani, & Perosa, 2019).

3.3.2 Anknytning

Anknytning, på engelska *attachment*, innebär något mindre som hör ihop med något större. Anknytning innebär sättet som föräldern och babyn knyter an till varandra. Det bildas ett psykologiskt band dem emellan. Detta styr barnets beteende även då föräldrarna är frånvarande för stunden (Karlsson, 2012, s. 20). Samspel är en förutsättning för att utveckla ett anknytningsförhållande (Harvala, Pietiläinen, Raussi-Lehto, & Äimälä., 2021, s. 324).

Tidigare forskning betonar vikten av hud mot hud-kontakten under den första timmen efter barnets födsel. Hud mot hud-kontakt främjar bland annat anknytningen mor och barn emellan (Widström, Brimdyr, Svensson, Cadwell, & E, 2019).

Hos småbarn är det lättast att iakttä anknytningsmönster. Anknytning har en stor betydelse även i vuxenlivet, samt för flera generationer framåt. Omvårdnaden som ett barn får har stor betydelse för framtiden och hur barnet som vuxen tar hand om kommande generation. Barn som har en trygg anknytning har lättare att skapa en god relation till sina egna barn i framtiden (Karlsson, 2012, s. 20).

3.3.3 Moderskap

Att bli mamma är en naturlig del av livet samtidigt som det är en mycket stor omställning. Den nyblivna modern ska försöka skapa en god relation till sitt barn med hjälp av redskap hon fått från sitt förflutna. Det uppstår en mötespunkt mellan det förgångna och framtiden hos modern (Karlsson, 2012, ss. 35-37).

En nybliven mamma går igenom fysiska, sociala och psykologiska förändringar och även förändringar i relationer. Kroppen går igenom förändringar efter graviditeten och förlossningen. Kvinnans sociala ställning går från att vara en kvinna till att bli någons mamma. En nybliven mamma formar en relation med sitt nyfödda barn och hamnar att justera sina prioriteringar i vardagen (Hwang, Choi, & An, 2022).

Winnicott beskriver (enligt *Karlsson, 2012*) att primär moderskapsupptagenhet innebär att modern är villig att ge barnet hela sitt engagemang. I början är hon fysiskt nära barnet hela tiden samt tar barnets känslor och uttryck i beaktande. "Modern och barnet är som ett". Winnicott vill dock betona att modern och barnet inte är ett, utan de är två. Samtidigt som de är som en person är det viktigt att man ser dem som två skilda individer. Det krävs två individer för samspel. I samspelet mellan modern och barnet är modern ledaren som ger vägledning åt barnet. Winnicott har också skapat termen "*good-enough-mother*" som betonar att man inte måste vara en perfekt mamma utan göra så gott man kan (Karlsson, 2012, ss. 35-37).

Moderskapskonstellationen beskriven av Stern (*enligt Karlsson, 2012*). Den innebär att en kvinna utvecklar en ny personlighetskonstellation genom moderskapet. Viktiga begrepp i moderskapskonstellationen är kärlek och ansvar. De tre viktigaste uppgifterna när man får barn är enligt moderskapskonstellationen att hålla barnet levande, att älska barnet och se till att barnet växer upp i ett funktionsdugligt nätverk (Karlsson, 2012, ss. 35-37).

4 Teoretisk utgångspunkt

I detta kapitel presenteras den teoretiska utgångspunkten. Den teori som valts är John Bowlbys anknytningsteori.

4.1 Bowlbys anknytningsteori

John Bowlby (1907–1990) var en psykoanalytiker, barnpsykiatriker och familjeterapeut. Han är mest känd för anknytningsteorin, även kallad bindningsteorin. Den handlar om hur barn anknyter till sina föräldrar. Bowlbys anknytningsteori betonar tre viktiga saker. Det finns biologiskt inbyggt i människan att knyta an till viktiga individer i människans omgivning. Föräldrarnas inflytande på barnet påverkar barnets utveckling. Anknytningsteorin förkastar tidigare utvecklingsmodeller som påstår att barn har specifika utvecklingsfaser (Bowlby, 1994).

Biologiskt inbyggt i människan att knyta an till en trygg bas

Enligt Bowlby har vi människor biologiskt inbyggt i vårt nervsystem att knyta nära band till de individer som har en stor betydelse i vårt liv. Detta är något som finns redan hos den nyfödde och genom hela livet tills man blir gammal. Han menar att hos spädbarn och barn sker anknytningen till föräldrarna. Föräldrarna väntas ge stöd, tröst och skydd. När man är vuxen förändras anknytningsbehovet och man knyter an till en partner som uppfyller ens behov av trygghet och stöd. Banden som man knyter till individer kan vara omsorgsökande eller omsorgsgivande. Han menar att den svagare människan är omsorgsökande och den starkare är omsorgsgivande (Bowlby, 1994).

I detta fall söker barnet omsorg och en vuxen ger omsorg. Bowlby menar att när ett barn har en trygg anknytning till sin förälder, vågar barnet lämna sin trygghet hos föräldern och ge sig ut på äventyr, exempelvis leka med kompisar. I fall barnet känner sig otryggt eller rädd vet de att de alltid kan återvända tillbaka till sin trygga bas, alltså föräldern (Bowlby, 1994).

Babyn uppvisar under sina första månader i livet, tecken på vad som senare kommer att bli anknytningsbeteende, men det fullständiga mönstret syns först när babyn börjar bli ett år gammal. Spädbarn och barn har ett behov av att bli socialt tillfredsställda. Barnet lär sig under de första levnadsdagarna att känna igen sin mamma på hennes röst, lukt och hur hon handskas med barnet. Babyn kommunicerar först med gråt, som sedan utvecklas till leenden och ansiktsuttryck. Till sist kan barnet kommunicera via språk. Barnet utvecklar efter ett halvt år sin kognitiva kapacitet så att det minns modern när hon inte är närvarande. Barnet kan reagera med att gråta om det överlämnas åt främmande personer. Anknytningsteorin har även en hypotes om att fysiologiska mått som kroppstemperatur och blodtryck påverkas vid anknytningsbeteende (Bowlby, 1994).

Moderns inflytande påverkar barnets utveckling

En annan viktig sak som betonas i anknytningsteorin är hur föräldrarna, framför allt moderns inflytande, påverkar barnets utveckling. Studier har beskrivit att det anknytningsmönster som barn utvecklar som spädbarn, barn och tonåring har påverkats mycket av hur föräldragestalterna har behandlat och skött om dem. (Bowlby, 1994)

Anknytningsteorin skiljer sig från teorier som påstår att en individ utvecklas i olika stadier

Anknytningsteorin skiljer sig från de teorier som påstår att en individ går igenom olika stadier av utveckling vid en viss ålder. Ett exempel som Bowlby tar upp från dessa teorier är att en treåring öppet undersöker allt i sin omgivning med stort mod. De är inte ledsna eller hänger efter föräldern förutom när det är rädda och otrygga (Bowlby, 1994).

Stern (1985) styrker Bowlbys anknytningsteori med påståendet om att småbarn reagerar på det som händer i deras omgivning från födseln. Han menar att varje nyfödd har egna

utvecklingsspår som de följer och dessa kommer påverka deras utveckling. Spåret, som utvecklas i hjärnan och som barnet följer påverkas av den omgivning det hamnar i. Barnets föräldrar har stor påverkan på vilket spår barnet följer. Föräldrar som visar gott engagemang för sitt barn ger barnet en möjlighet att utvecklas i ett sunt spår. Barn till oengagerade föräldrar har större risk att hamna i ett spår som inte ger barnet möjlighet att utvecklas på samma sunda sätt och barnet löper större risk att drabbas av motgångar (Bowlby, 1994).

När utvecklingsmönstren inte är bestämda på förhand kan förändringar vara goda eller dåliga för individen. Ju äldre man blir, desto mindre betydelse har förändringar för utvecklingen men förändringar påverkar ändå i någon grad individen genom hela livet. En individ är därför aldrig resistent till motgångar i livet och av samma anledning är en individ alltid mottaglig för positiva förändringar i livet (Bowlby, 1994).

5. Kvalitativ metod

I metodkapitlet redogörs vilken metod som använts, vilket tillvägagångsätt som använts för insamling av data, hur informanterna valts samt hur analysen av data som samlats in ser ut. I slutet av metodkapitlet får läsaren ta del av den forskningsetik som är aktuell för studien.

Metoden har valts utifrån syftets och frågeställningarnas formuleringar. I den här studien anses en kvalitativ metod passa utmärkt för att undersöka mödrarnas upplevelser av stödet från vården och anhöriga, samt för att undersöka upplevelserna av anknytning till sitt barn när modern lider av förlösningsdepression. Mödrarna får själv berätta om sina upplevelser med egna ord och förhoppningsvis ge djup och variation i svaren.

I en kvalitativ metod är det viktigt att komma ihåg att forskarens inställning finns med i forskningsförloppet. När man gör en forskning baserad på en kvalitativ metod så undersöker man en individs upplevda livserfarenheter. Det finns inget som kan vara rätt eller fel med en individs egna erfarenheter. Syftet med metoden är alltså att undersöka individens upplevelser i den naturliga omgivningen. När man väljer metod till ett forskningsarbete är det viktigt att tänka på att man har den kunskap man behöver om ämnet för att kunna formulera de rätta frågorna så att man svarar på forskningens syfte (Henricson, 2017 , ss. 111-117).

5.1 Semistrukturerad intervju

En semistrukturerad intervju har använts för att samla material till examensarbetet. Intervjuns fördelar för datainsamling är att informanterna själva kan sätta egna ord på sina personliga upplevelser (Henricson, 2017 , s. 143). En semistrukturerad intervju kännetecknas av öppna frågor. Frågorna är formulerade i en viss struktur. Man kan vid behov ställa frågorna i olika ordning (Henricson, 2017 , s. 145). Nackdelar med intervju är att det är tidskrävande att hitta informanter, vänta på deras godkännande och att analysera intervjuvaren (Henricson, 2017 , ss. 143-153).

Intervjun består av 12 frågor som är öppna och uppbyggda enligt en viss struktur, där modern får svara på sina egna upplevelser. Vid behov har även följdfrågor ställts under intervjun, ifall den som intervjuar känt att svaret kunde utvecklas och informanten verkar öppen för att ge ett mera utförligt svar. Informanterna får själva välja vad de säger och hur långa svar de väljer att ge. Frågorna till intervjun har byggts upp genom att man först får reda på lite om informantens bakgrund. Frågorna som kommer efter bakgrundsfrågorna är formulerade för att få svar på syftets frågeställning i detta arbete. Detta är frågor om moderns mående, anknytning till barnet och omskötsel av barnet efter förlossningen. Efter det frågas det om stödet från omgivningen och vården. Dessutom frågas det om moderns upplevelser av tillfrisknande och relation till barnet idag. Avslutningsvis ställs en fråga där informanterna får tillägga vad som helst som berör ämnet ifall de inte tyckte att frågorna täckte allt de ville framföra. Frågorna finns bifogade i examensarbetet för att ge en bättre förståelse (Bilaga 1). Frågorna som har formulerats har även testats innan på en person som inte deltog i studien. Personen som blev intervjuad tyckte frågorna var bra och vi kunde säkerställa oss om att frågorna var relevanta och hade en bra ordningsföljd. Detta kallas att man gör en provintervju (Henricson, 2017 , s. 149).

En trygg miljö och trevlig stämning ger goda förutsättningar för att få tillräckligt djupa och informationsrika svar (Henricson, 2017 , s. 151). När intervjuerna genomförs får informanterna bestämma miljön. Intervjuerna har gjorts via videosamtal, fysiska träffar eller vanliga telefonsamtal. Att intervju via video- och telefonsamtal har varit smidigt för både oss och informanterna. Ett vanligt telefonsamtal kan också kännas tryggare för informanterna för då behöver de inte visa sitt ansikte. Vanliga samtal som inte sker via dator eller telefon är en

fördel eftersom man lättare ser kroppsspråk och det kan vara lättare för en del informanter att berätta sin historia.

5.2 Urval

I en kvalitativ studie ingår det färre informanter i jämförelse med en kvantitativ studie. Informanterna väljs inte ut slumpmässigt i en kvalitativ intervju. Forskaren som intervjuar informanterna är i ständig interaktion med informanterna, därför är forskarna en del av forskningen (Henricson, 2017 , s. 115).

I detta arbete har efterlysningen av mödrar som lidit av förlossningsdepression gjorts i Facebookgruppen "Mammor och gravida i Österbotten". I gruppen har ett inlägg publicerats (Bilaga 2). Vi har även efterlyst informanter på våra egna sociala medier. Kriterierna för att delta var att informanterna ska ha fött ett eller flera barn och ha lidit av förlossningsdepression. Informanterna har alltså erfarenheter av ämnet som undersöks. De mammor som blivit intervjuade i detta arbete har fött barn mellan år 2013 och 2022. Detta tidsintervall är passande för det är inte så länge sedan de fått barn så deras tankar och upplevelser är relativt färska och ofärgade av omgivningen. Om man skulle haft med mammor som fött barn inom det senaste året kan det hända att deras upplevelser inte har bearbetats färdigt ännu. Ifall mamman har fött flera barn är det inte någon skillnad vilket barn hon haft förlossningsdepression med. Det är positivt ifall mamman har fött flera barn så hon kan jämföra sina graviditeter med varandra. 10 informanter har intervjuats, det vill säga alla som visade intresse.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

I en kvalitativ studie kan man börja analysera data redan från att man gjort den första intervjun. Det är vanligast att man börjar analysen av data när majoriteten av intervjuerna är genomförda eller när alla intervjuer är gjorda (Henricson, 2017 , s. 116).

För att analysera datamaterialet har en kvalitativ innehållsanalys använts. Graneheim och Lundman (2004) har utvecklat denna analysmetod. Metoden består av fem till sex delar

analysenhet, domän, meningsenhet, kod och kategori. Man börjar med att läsa igenom det insamlade materialet flera gånger (Henricson, 2017 , ss. 286-288).

Analysenhet är personer eller grupper som deltar i studien och man samlar in data av dessa. Domän är en del av analysen och består av en text från intervjuvaren, alltså det som informanten svarar på en fråga är en domän. Domän kan också vara tolkning av text i själva analysen. Man kan dela upp domän i olika områden (Henricson, 2017 , ss. 286-288).

Meningsenhet betyder ord eller meningar som alla har en gemensam betydelse eller ett gemensamt budskap. De svarar på syftet och frågeställningarna. Man kan ta till vara meningsenheten, som är det viktiga innehållet och plocka bort övrig text. Meningsenheterna som man tagit vara på kommer sedan kodas (Henricson, 2017 , ss. 286-288).

När man kodar lägger man en lapp eller etikett i form av ett ord eller några få ord på meningsenheten. Koden ger ett stöd för att förstå sammanhanget i textdelarna som man plockat ut. Man måste hela tiden tänka på att data man samlat in måste svara på syftet. Man parar ihop liknande koder med varandra, som bildar grunden till kategoriseringen (Henricson, 2017 , ss. 286-288).

Det sista steget är man bildar en enhet av all data man fått in. Man skapar så kallade kategorier eller teman. Kategorierna ger svar på frågan vad innehållet i texten består av. Man kan dela in kategorierna i underkategorier. Kategorierna ska vara olika och innehålla olika data. Teman binder ihop koder och kategorier. Teman svarar på frågan hur och beskriver vad texten handlar om. Teman är större begrepp och kan binda ihop kategorierna (Henricson, 2017 , ss. 286-288).

I detta examensarbete började analysen när alla intervjuer var gjorda. Intervjuerna genomfördes genom att mödrarnas intervjusvar bandades in. När intervjun var klar transkriberades intervjun. Det blev sammanlagt 25 sidor transkriberade intervjusvar. Intervjuerna lästes igenom flertalet gånger innan materialet började kodas. Kodningen genomfördes på så sätt att meningsenheter som handlade om samma sak färglades med samma färg. Ett exempel många mödrar uppgav att det kände känslan rädsla och därmed färgades alla svar i intervjuerna som handlade om rädsla med samma färg. Detta gjordes på dator då det inte fanns tillgång till printar så man kunde printa ut de transkriberade intervjuerna. När kodningen var klar klistrades alla meningsenheter med samma färg in

tillsammans i ett skilt dokument. Därefter lades de koder som ansågs höra ihop samman till en ännu större grupp som kallades kategorier.

5.4 Forskningsetik

Enligt Forskningsetiska delegationen (TENK) är begreppen ärlighet, tillförlitlighet, ansvarstagande och uppskattning grunden. Dessa begrepp kommer förklaras nedan, samt även hur de kommer att beaktas i denna studie (Keiski, Hämäläinen, Karhunen, & Löfström, 2023).

Tillförlitlighet innebär att kvaliteten är säkerställd under hela arbetets gång, från planering till den färdiga studien. Det är viktigt att man även tar hänsyn till tidigare forskning. Ärlighet betyder att planering och utförande kommuniceras öppet, objektivt och inga detaljer får döljas. Man bör även förklara för de som deltar i studien vad materialet kommer att användas till. Med uppskattning menas att man har respekt för de människor, samhälle och kulturarv som man kommer i kontakt med under arbetets gång. Det är viktigt att man har samtycken, tillstånd och etiska förhandsbedömningar innan man börjar samla in datamaterial till studien. Ansvarstagande innebär att man tar ansvar under arbetets hela livscykel från idé till publicering (Keiski, Hämäläinen, Karhunen, & Löfström, 2023).

Tillförlitlighet beaktas i denna studie genom att källorna som valts är vetenskapliga artiklar och studier, vilket betyder att de har en god kvalitet. Hänvisningar finns till det material som används. Ärlighet beaktas genom att så utförligt som möjligt beskriva hur arbetet görs. Även misstag och svagheter i arbetet tas upp tillika som styrkor med arbetet nämns. Uppskattningen visas i studien genom att de som deltar i intervjuerna respekteras och man skyddar deras grundläggande rättigheter. Det är viktigt att man bemöter människor som inte vill delta med respekt, och att se till så att informanterna själv har rätten att bestämma över sitt deltagande. Det ska vara lika lätt att annullera sitt deltagande som att anmäla sitt deltagande. I denna studie efterlystes deltagarna via sociala medier och de som ville delta tog kontakt. På så sätt så undviker man att pressa någon till deltagande. Innan intervjuerna skrev deltagarna under en samtyckesblankett för att ge sitt godkännande till att delta (Bilaga 3). När de tog kontakt och gett godkännande till att delta fick de instruktioner för hur intervjun

kommer gå till (Bilaga 4) och även se frågorna (Bilaga 1) på förhand. De informerades bland annat om syftet med studien och att de kan avbryta sitt deltagande när de vill, samt att de inte behöver svara på alla frågor ifall någon fråga känns för utmanande. Genom att respektera dessa ovanstående begrepp genom hela arbetets gång uppvisar man att ansvar för arbetet tas på allvar.

Konfidentialitet handlar om att skydda deltagarnas uppgifter så att de inte sprids eller kommer i fel händer. Konfidentialitet innebär att informanternas uppgifter behandlas privat och deras integritet bevaras intakt. Det är viktigt att forskarna är försiktiga med hur de behandlar informanternas uppgifter. Man bör också tänka på att då man använder informanternas data så ska ingen kunna känna igen och koppla ihop information med informanterna. Anonymitet är ett snävare begrepp som innebär att inte ens forskaren känner till identiteten hos informanterna (Henricson, 2017 , s. 73).

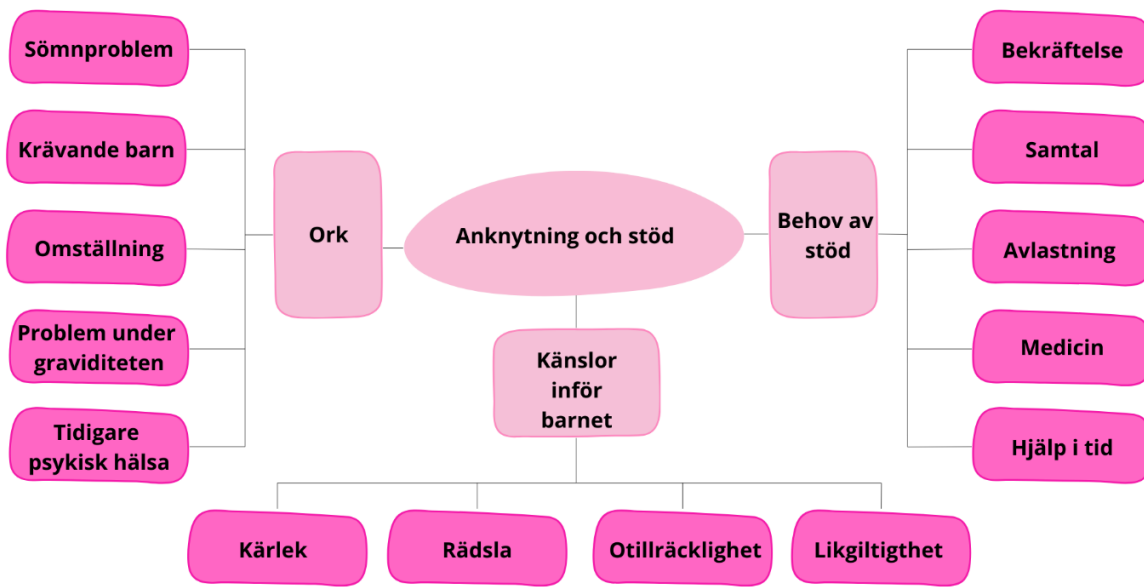
I detta examensarbete är deltagarna inte anonyma för de som arbetar med examensarbetet, då deltagarna behövt uppge sitt telefonnummer, mejladress eller träffas fysiskt. Informanternas identitet behandlas så att ingen annan än de som arbetar med studien kommer få veta deras identitet. Informanternas uppgifter behandlas konfidentiellt. Vi ger inte ut uppgifter som är känsliga. När kontaktuppgifter, namn och orter har använts färdigt förstörs de. Den information som informanten uppger under intervjun och som kan ge ledtrådar om någon deltagare förstörs efter användning.

6. Resultat

I detta kapitel presenteras resultatet av studien. Temat och analysen är gjord utifrån syftets frågeställningar: Hur upplever en mor med förlossningsdepression stödet av närstående och av social- och hälsovården? Hur upplever modern anknytningen till barnet om hon lider av förlossningsdepression?

En kvalitativ innehållsanalys har använts för att analysera svaren som kommit in via intervjuerna. Efter att alla intervjuer har transkriberats så har de kodats, det vill säga att alla svar som haft liknande handling har placerats i samma grupp, som då bildar en underkategori. Därefter har underkategorierna namngetts med ett namn som beskriver underkategorins

innehåll. Underkategorierna som tagits fram har slagits samman med andra underkategorier som har liknande innehåll och en huvudkategori har bildats. Huvudkategorierna har i sin tur kopplats ihop med temat. Nedan får läsaren ta del av en bild (Figur 1) som gör det lättare att förstå resultatet



Figur 1. Tankekarta över tema och kategorier.

Temat för examensarbetet är moderns upplevelser kring förlossningsdepression, anknytning till barnet och stöd från omgivningen. Utifrån detta tema har tre huvudkategorier bildats: **känslor inför barnet**, **ork** och **behov av stöd**. Till huvudkategorierna har det bildats underkategorier. Huvudkategorierna har **fet stil** och bildar ett eget kapitel. Underkategorierna är kursiverade och understreckade. Det finns även citat med i resultatredovisningen som styrker det som skrivs i resultatet. Informanterna har blivit numrerade och efter varje citat finns ett nummer som beskriver vilken informant som uttryckt citatet.

6.1 Känslor inför barnet

Underkategorier som tagits fram i kapitlet om **känslor inför barnet** är kärlek, likgiltighet, rädsla och otillräcklighet

Hur känslorna till barnet varit och vilka tankar som farit genom huvudet har informanterna berättat mycket om. Det har varit både högt och lågt, svårt och lätt. Fina tankar och känslor har uppstått men även dåliga känslor och hemska tankar har förekommit, något som mammorna berättar att de antar berott på förlossningsdepressionen.

Några mammor berättar om att de känt kärlek till sitt barn från första stund, trots att de mått dåligt. För någon har det tagit längre tid innan de börjat älska och ta till sig sin baby. En mamma berättar om hur hon kunde känna kärlek till det ena barnet men inte till det andra.

"Jag har älskat honom från dagen han föddes och det har inte ändrats trots att jag varit deprimerad." (2)

"Jag kände glädje i att visa närhet och trygghet." (5)

"Jag såg på den babyn som var nöjd och jag kunde le åt hen, men jag kunde inte le åt den krävande babyn." (8)

Många mödrar upplevde att de skötte om barnet bara för att det var något de behövde göra. De kände sig likgiltiga. Någon beskriver att hon kände att det inte skulle göra något om någon for i väg med barnet. Känslan av att det var som att sköta om någon annans barn fanns också. Flera berättar om att de satte sina barns behov före sina egna.

"Jag matade honom, bytte blöja på honom. Jag gjorde allt det där som man behöver göra. Jag gosade inte med honom, jag lekte inte med honom. Han låg för det mesta på golvet i babygymmet och jag höll på med mitt. Hade han något ljud fick han uppmärksamhet." (3)

"Jag tog hand om dem för att jag var tvungen. Jag fick inget gjort där hemma. Jag glömde att duscha, äta och tvätta tänderna." (8)

"Jag lade min dotters behov först. Jag såg till att hon åt, att hon sov, att hon hade varma kläder och ren blöja." (10)

"Det kändes som om jag skötte om någon annans barn" (3)

"Jag tittade på babyn och kunde inte känna kärlek till den." (8)

Rädsla är en känsla många mammor berättat att de har upplevt. Någon berättar att hon var rädd att hon skulle skada sitt barn. En mamma berättar att hon var rädd att hon skulle skada sig själv. En mamma berättar om rädslan att babyn skulle tas ifrån henne trots att hon kände att hon inte ville ha babyn.

"Jag var rädd att jag i misstag skulle lägga babyn i ugnen." (6)

"Jag blev rädd då jag var i köket och hade babyn i famnen att jag skulle ta fram en kniv och knivhugga mig själv." (9)

"Jag var rädd att socialen skulle komma och ta honom fast jag ändå inte ville ha honom." (3)

Flera mammor berättar att de känt sig ensamma, som ledde till känslan av otillräcklighet då partner, närstående och vården inte har funnits där och stöttat eller hjälpt på ett bra sätt. Några mammor nämner att de kände sig maktlösa och att de kände att de inte klarade av att vara mamma.

"Det kändes väldigt ensamt efter förlossningen." (4)

"Jag klarar inte det här." (5)

"Jag kände att jag inte var tillräcklig som mamma." (7)

"Jag googlade: hur vet jag om mitt barn hatar mig?" (9)

6.2 Ork

Under **ork** har följande underkategorier formats: tidigare psykisk ohälsa, problem under graviditeten, omställning, sömnpblem och krävande barn.

Många mödrar som blivit intervjuade har gemensamt att de har haft psykisk ohälsa innan de fått barn. Depression och ångest i tonåren och som vuxen har varit vanligt bland mödrarna.

"Jag har haft psykisk ohälsa från och till sedan jag var 17 år, både depression och panikångest." (2)

"Jag har ätit antidepressiva mediciner sedan jag var 13-14 år gammal." (3)

Måendet under informanternas graviditeter har varierat. Några har mått riktigt bra medan några haft problem under graviditeten, både psykiska och fysiska besvär.

"Jag hade inte mått så där bra psykiskt på väldigt länge, som jag gjorde under min första graviditet." (3)

"Jag hade en del fysiska problem under graviditeten som gjorde att jag mådde sämre psykiskt." (9)

Måendet efter förlossningen varierade för informanterna. Några mådde bra till en början men sedan började må dåligt, medan några började må dåligt nästan direkt barnet kommit till världen. Eftersom de flesta av informanterna hade förlossningsdepression med sitt förstfödda barn var det en stor omställning och mycket nytt för dem att lära sig och uppleva.

"När vi kom hem kände jag att jag inte mådde bra, men jag tänkte att det kan vara baby blues." (3)

"När vi skulle ha återträff med mamma-barngruppen var jag stressad, jag tänkte att alla har det säkert jättebra, det är bara jag som mår dåligt." (6)

"Allt gick bra första veckorna och jag mådde bra." (8)

Sömnen blev lidande för många mödrar, vilket ledde till att de började må ännu sämre. Många informanter berättar att de hade sömnproblem efter förlossningen. Informanterna berättar om hur de inte vågade sova för att de var rädda att babyn skulle vakna. De berättar även om att då de fått sova ordentligt började de må bättre.

"Att jag inte kunde sova gjorde att jag mådde piss." (5)

"Jag tillfrisknade ganska fort efter att jag började sova ordentligt." (6)

"Jag vågade inte sova för jag var hela tiden rädd att barnet skulle vakna. " (6)

"Jag slutade pumpa och matade sonen med ersättning hela tiden så jag skulle få sova på nätterna " (3)

Babyns beteende har informanterna tagit upp. Krävande barn som sovit dåligt och gråtit mycket har flertalet mödrar berättat resulterat i att deras ork trutit. En mamma berättar om hemska tankar som uppkom då sonen inte ville sluta skrika.

"Allt gick ut på att inte få henne att skrika. " (1)

"Svårt att få babyn tröstad." (4)

"En dag då sonen skrek så intensivt och ingenting hjälpte så fick jag en bild i huvudet hur jag slängde honom i väggen." (2)

6.3 Behov av stöd

Under **behov av stöd** har följande underkategorier skapats: bekräftelse, hjälp i tid, avlastning, samtal och medicin.

Bekräftelse handlar om hur modern upplevde att hon blev bemött av anhöriga och social- och hälsovården. En del av mödrarna upplevde att de blev bekräftade, men en stor del upplevde att de inte blev det.

Hälften av mödrarna som blev intervjuade upplevde att fadern till barnet inte gav dem tillräckligt med bekräftelse när de hade förlossningsdepression. En av orsakerna till bristfällig bekräftelse av fadern var att han inte förstod hur illa mamman mådde eller brist på kunskap hur han skulle hantera situationen. Några mammor berättade att när pappan inte förstod hur mamman mådde kunde pappan reagera med att bli arg.

"Jag tror inte att min partner förstod hur illa jag mådde." (8)

"Av min partner fick jag inget stöd. Han förstod inte. Tyvärr var han anklagande, eftersom han inte förstod." (10)

"När jag blir ledsen reagerar han med att bli arg." (4)

De som upplevde att de inte fick bekräftelse av social- och hälsovården upplevde att man inte fäste vikt vid deras mående och de kände att de inte blev tagna på allvar. De upplevde ett bristfälligt stöd. Man ser inte på familjen som helhet i tillräckligt stor grad och föräldrarnas mående får alltför lite uppmärksamhet, ansåg mödrarna.

"Mår dåligt under graviditeten men inget som man fäster så stor vikt vid på mödrarådgivningen." (1)

"Vi hade en barnrådgivare som var ganska ny och kanske inte ställde de rätta frågorna." (1)

"Ja, du mår ju nog så bra så! Det sa hälsovårdaren på rådgivningen då jag skulle ge henne pappret om mitt mående. Jag kom mig aldrig för att ge pappret." (4)

Hos de mammor som upplevde att de inte blev bekräftade av vården påpekade många att man inte hade fångat upp deras mående tillräckligt snabbt och de upplevde att de inte fick hjälp i tid. Orsakerna till att man inte hjälpte i tid var som redan nämnts att man inte tog mödrarnas mående på allvar samt att det var långa köer till den specialiserade vården. De flesta har fått vård till slut, men de upplevde att det tog för länge innan de fick vård. Detta har ställt till med stora konsekvenser för deras mående, som flera mödrar är oroliga kring att har påverkat deras relation till barnet.

"Jag begärde flera gånger att jag skulle få prata med en psykolog från barnrådgivningen, men det var så långa köer." (8)

"Besöket hos psykiatrikern varade fem minuter och under det besöket hade psykiatrikern konstaterat att min förlossningsdepression berodde på att min mamma varit deprimerad någon gång. Jag blev ställd, för vad har detta med saken att göra?" (8)

Ungefär hälften av de mammor som vi intervjuade upplevde att pappan till barnet gav sitt stöd i form av avlastning. Mödrarna beskriver att fadern till barnet såg hur illa modern mådde, men att han inte visste hur han kunde stöda modern. Mödrarna tar även upp att fadern tog sitt ansvar, brydde sig om mamman och tog hand om babyen. Modern upplevde att hon fick bekräftelse av pappan, fast han inte visste hur han kunde hjälpa på bästa sätt.

"Pappan såg verkligen hur dåligt jag mådde men han kände sig ganska maktlös då han inte riktigt visste hur han kunde stöda mig." (6)

"Jag upplevde ett jättebra stöd av min partner." (9)

"Han skötte allt med hemmet och även baby. Han var så utbränd att han var en sväng i diket." (1)

Hälften av mödrarna berättar att de fick den avlastning de behövde från föräldrar och svärföräldrar. De har bland annat visat detta genom förståelse för måendet och skötsel av babyen enligt moderns behov och önskemål. Några mödrar berättar om stödet de fick av sina vänner. En moder berättar att väninnan brukade hjälpa till med hushållssysslor, men modern kände även att hon kunde bolla tankar och funderingar med henne.

"Min mamma skötte sonen under tiden vi var där." (3)

"Min pappa har varit med då min mamma haft förlossningsdepression. Mamma har alltid haft ledigt hela somrarna så hon ställde upp." (3)

"Mina föräldrar och svärföräldrar har varit bekymrade över mig och visat ett bra stöd." (6)

"Jag har fått väldigt mycket stöd av mina föräldrar." (7)

"Min familj runt omkring hade jag bra stöd från." (10)

"Hon var ett stort stöd, både som vän och som stor avlastningshjälp. I efterhand förstår jag hur stor hjälp det verkligen var att min kompis hjälpte till." (1)

Fyra av mammorna berättade att avlastning från föräldrar och svärföräldrar inte blev bekräftad. En orsak som de tog upp var bland annat att de bodde långt borta och inte hade möjlighet att vara närvarande och hjälpa till.

"Jag hade inte så mycket stöd av mina föräldrar då de bor långt bort." (9)

Viktigt att poängtera är att mödrarna upplevde att det tar tid att bli frisk från depression. Mödrarna hade ofta flera olika faktorer som de uppgav hjälpte dem. Samtal var en viktig

faktor till tillfrisknande. Majoriteten av mödrarna upplevde att det var viktigt för dem i sin resa mot tillfrisknande att de fick diskutera med någon om sina tankar och funderingar. Några mammor träffade en psykolog eller familjeterapeut som de upplevde hjälpte dem, någon uppgav samtalsstöd i form av DBT.

"Jag blev bättre med samtalsstöd." (1)

"Jag fick telefonsamtal med familjeterapeut." (3)

"Jag har gått i DBT." (5)

"Jag fick träffa psykologen på plats då restriktionerna hade släppts. Jag tyckte att denna psykolog var den som räddade mig." (8)

"Jag har gått på samtal flera gånger i månaden under tre års tid." (9)

En annan faktor som mödrarna tog upp som ett specifikt hjälpmedel var antidepressiv medicin. En del av mammorna upplevde medicin som ett komplement till samtalsstöd. Någon annan mamma fick endast medicin och tyckte detta hjälpte. En annan slutade helt med att äta medicin och tyckte mående blev bättre genom det.

"Jag tror det skulle ha hjälpt med endast samtalsstöd om jag inte blivit gravid igen. Medicinen hjälpte också mycket då kroppen började förbereda sig på samma sak igen med den nya graviditeten." (1)

"Jag började äta antidepressiva." (4)

"Jag fick antidepressiva på och de äter jag ännu idag." (9)

7. Diskussion

I detta kapitel tolkas resultatet utifrån den teoretiska utgångspunkten i denna studie, Bowlbys anknytningsteori. Resultatet tolkas också utifrån tidigare forskning som tagits upp i bakgrundskapitlet. I detta kapitel kommer också en kritisk granskning av studien att göras.

7.1 Resultatdiskussion

I detta kapitel tolkas och diskuteras resultatet. Tidigare forskning och den teoretiska utgångspunkten används i resultatdiskussionen. Studiens syfte var att beskriva mödrars upplevelser av att knyta an till sitt barn när modern drabbats av förlossningsdepression. De två frågeställningarna som formulerats lyder: Hur upplever modern anknytningen till barnet om hon lider av förlossningsdepression? Hur upplever en mor med förlossningsdepression stödet av närstående och social- och hälsovården?

Gällande den första frågeställningen visade resultatet att informanterna upplevde anknytningen till barnet väldigt olika. Några mödrar har inte haft några problem med att knyta an till sitt barn, medan några har haft svårigheter att skapa en anknytningsrelation. Den andra frågeställningen handlar om stöd, och resultatet visar att mödrarna har haft olika upplevelser kring det. Flera har upplevt att de fått bra stöd från närstående och vården, medan flera känner att stödet varit bristfälligt.

I resultatdiskussionen har de tre huvudkategorierna som tagits fram i resultatet delats in i underrubriker. Underrubrikerna diskuteras enskilt i detta kapitel.

Tolkning av känslor inför barnet

Den känslomässiga inställningen till barnet har varierat bland informanterna, vilket kan ses i resultatkapitlet. Avsaknaden av kärlek och känslan av att man borde älska sitt barn har många mödrar berättat om. Flera mödrar har från början känt kärlek till sitt barn. Karlsson har skrivit om Sterns moderskapskonstellation. I moderskapskonstellationen (Stern, D) är kärlek och att älska barnet viktigt (Karlsson, 2012).

Likgiltighet mot barnet är något som flera mammor berättar i resultatet att de känt. Några mammor berättar att de skötte om barnets behov för att de kände att de måste. En mamma berättar att hon gav sin baby uppmärksamhet bara om han hade något ljud för sig. Bowlby nämner att människan har inbyggt i sitt system att knyta an till en trygg bas. Människan vill

knyta an till individer som betyder mycket för denne (Bowlby, 1994). Karlsson beskriver att vid ett icke-fungerande samspel så uppfattar föräldrarna barnet som en varelse som har behov som de bör uppfylla (Karlsson, 2012, ss. 19-20).

Rädsla har de flesta informanterna nämnt. En mamma berättade att hon kände sig rädd att hon skulle skada sig själv eller sitt barn. Vid förlossningsdepression kan symptom som självska debeteende, självmordstankar samt rädslan att skada sitt barn uppkomma (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877). En mamma berättar att hon var rädd att hennes baby skulle tas ifrån henne trots att hon inte ville ha hen. Detta kände mamman skuld kring. Skuld är också en känsla som kan förekomma vid förlossningsdepression (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877).

Känslan av otillräcklighet hör ihop med symptombilden vid förlossningsdepression. Man kan känna sig värdelös och känna att man inte klarar av att vara mamma (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877). Stern (1985) menar att barn reagerar på allt som händer i deras omgivning. Det nyfödda barnet utvecklar spår som det följer, spåren påverkar barnets utveckling (Bowlby, 1994). I resultatkapitlet kan man läsa om att flera mammor känt sig otillräckliga då exempelvis närstående inte funnits till för dem. Det är viktigt att partner och närstående visar sitt stöd vid behandlingen av förlossningsdepression (Hertzberg, 2022).

Tolkning av ork

Utifrån informanternas intervju svar kan man konstatera att många mammor upplever det svårt att orka ta hand om barnet då de lider av förlossningsdepression. Hjälpt med att sköta om barnet kan behövas för att mamman ska kunna återhämta sig ordentligt (Hertzberg, 2022). I Bowlbys anknytningsteori nämner han att föräldrar som visar gott engagemang för sitt barn ger barnet en möjlighet att utvecklas i ett sunt spår (Bowlby, 1994). Som läsaren tagit del av i resultatkapitlet, så har flera mammor känt att de inte förmått visa engagemang för sitt barn. Mammor som lider av förlossningsdepression tenderade vara mera oengagerade och visade mindre positiv inverkan på sitt barn, visade studien gjord av Dib med flera (Dib, Padovani, & Perosa, 2019).

Psykisk ohälsa har majoriteten av informanterna haft före graviditeten. Under graviditeten har några mått dåligt. Några mammor berättar om att förlossningen varit traumatisk och de tror att detta kan vara en orsak till att de insjuknade i förlossningsdepression. Detta påstående stöds av forskning, (Hertzberg, 2022) nämner att tidigare depression och traumatisk förlossning kan vara orsakande faktorer till att få förlossningsdepression. Problem under graviditeten som varit både fysiska och psykiska har några mammor haft under graviditeten. Ett exempel på problem under graviditeten är sömnproblem. Mödrar med dålig sömnkvalitet tenderar få högre poäng på EPDS-skalan och löper större risk att drabbas av förlossningsdepression (Aksu & Karaca, 2023). Att redan vara deprimerad under graviditeten är också en faktor som kan bidra till förlossningsdepression (Hertzberg, 2022).

Att välkomna en till liten familjemedlem kan vara en stor omställning. En informant berättade att hon kände stress över att andra mammor säkert hade det jättebra, medan hon mådde dåligt. En nybliven mamma ska försöka skapa en relation med sitt barn genom att använda redskap som hon har fått från sitt förflutna (Karlsson, 2012, ss. 35-37). Kroppen går igenom en stor omställning under och efter graviditeten. Hormonförändringarna som sker i kroppen kan orsaka förlossningsdepression (Hertzberg, 2022).

Sömnproblem berättade flera informanter att de upplevde den första tiden efter förlossningen. Det har handlat om sömnlöshet, rädsla för att sova samt rädsla för att babyn vaknar. Problem med sömnen hör till symptomen på förlossningsdepression (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877). Bowlby nämner sin anknytningsteori att moderns inflytande påverkar barnets utveckling. Anknytningsmönstret påverkas av hur barnet blivit behandlat och omskött av sina föräldrar (Bowlby, 1994).

Ett krävande barn kan få orken att tryta, det har några informanter i studien berättat. Ett spädbarn kommunicerar med gråt och föräldrarna väntas ge tröst. Barnet är omsorgssökande som knyter an till den omsorgsgivande (Bowlby, 1994). I resultatkapitlet kan man läsa om svårtröstade barn och barn som skrikit mycket. En mamma som är drabbad av förlossningsdepression kan vara trött, nedstämd och irriterad och känna att hon inte klarar av att ta hand om barnet (Lindgren, Christensson, & Dykes, 2022, ss. 875-877).

Tolkning av stöd

Informanterna har berättat att bekräftelsen de fått av partner, anhöriga samt vården varit bra eller så har den varit bristfällig. De mödrar som inte känt att de blivit bekräftade har berättat att deras partners inte hade kunskap om hur de skulle hantera situationen samt att de inte förstod hur dåligt mamman mådde. Information om förlossningsdepressionens orsaker och symptom till både mamman och hennes partner är viktigt (Hakulinen, Pakarinen, & Uotila-Laine, 2021). Genom att partnern vet vad förlossningsdepression handlar om kan dennes förståelse för kvinnan öka och partnern kan ge den deprimerade kvinnan stöd. Barnets utveckling påverkas av föräldrarnas inflytande, och de förväntas trösta, stöda och skydda (Bowlby, 1994).

Många mödrar upplever att de inte fått hjälp i tid av vården. Långa väntetider och köer berättar flera mammor om att har försämrat eller förlängt deras dåliga mående. Flera mammor berättade i resultatet om att lång väntan på vård gjort dem oroliga kring hur deras relation till barnet påverkats. Vid ett samspel mellan mor och barn som inte är fungerande kan det vara yttre omständigheter som tar mammans fokus från babyen (Karlsson, 2012).

Avlastning är något som exempelvis partner och andra anhöriga kan ge åt den deprimerade mamman. En stor del av informanterna berättar om att de fått avlastning på något vis, det har varit av partner, närstående såsom föräldrar eller vänner. Mamman behöver få vila och sova ordentligt. Hon kan även behöva hjälp med att sköta om babyen (Hertzberg, 2022). Avlastning ansåg några mammor att är en form av stöd. Om föräldrar får det stöd de känner att de behöver klarar de bättre av utmaningar som kan uppkomma (Ekström-Bergström, Thorstensson, & Bäckström, 2022).

Många mammor berättar att samtalsstöd har hjälpt dem att tillfriskna. Psykodynamiska behandlingsmetoder innefattar bland annat stödterapi, psykoterapi och familjeterapi (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2014). Medicin såsom antidepressiva har hjälpt flera mammor att hitta tillbaka till sitt vanliga välmående jag. Tricykliska antidepressiva läkemedel ger en stämningshöjande effekt (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2014, ss. 214-215).

7.2 Metoddiskussion

I detta kapitel får läsaren ta del av den kritiska granskning som gjorts kring examensarbetets kvalitet utgående från vad Henricson (2017) anser om en kvalitativ studie. I en kvalitativ metoddiskussion är begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet väsentliga. Dessa begrepp diskuteras i detta kapitel. (Henricson, 2017 , ss. 412-413)

Trovärdigheten är viktig vid val av datainsamlingsmetod. När man vill undersöka mödrars upplevelser angående anknytning och stöd är en kvalitativ metod lämplig vid undersökning av upplevelser (Henricson, 2017 , ss. 412-413). För att samla in data användes semistrukturerad intervju. En enkät med öppna frågor kunde även vara ett alternativ då man får flera svar, men detta förkastades ganska snabbt under planeringsskedet av vilken datainsamlingsmetod som skulle väljas. En intervju ger möjlighet till mera utförligare svar och man kan vid behov ställa följdfrågor. Detta ger en bättre insikt i mödrarnas upplevelser. Nackdelen med intervju är dock att det tar längre tid i jämförelse med en enkät. Induktiv metod har valts för att kunna lyssna till mödrarnas upplevelser utan att styras av att dra allmänna slutsatser till teorin.

Urvalet som använts i studien är även viktigt för trovärdighet och bekräftelse. Liten variation påverkar även överförbarheten (Henricson, 2017 , ss. 412-413). I intervjuerna deltog tio svensktalande informanter från Österbotten och Åland, vilket innebär att variationen är liten. Informanterna fick inte ha fött barn för alltför många år sedan för då kunde de ha glömt sina upplevelser. Informanterna fick inte heller ha fött barn för nära inpå för i så fall kunde det hända att de inte hunnit bearbeta förlossningsdepressionen tillräckligt. Informanterna har fött barn mellan år 2013 och 2022. Med tidsspannet som valts hittas inget att anmärka på, informanterna hade hunnit bearbeta det mesta av sin förlossningsdepression utan att bli färgade av sin omgivning.

Henricsson betonar även att det är viktigt att granska olika skeden i datainsamlingen som kan ha påverkat studiens resultat (Henricson, 2017 , s. 413). Mera tid kunde ha lagts på att formulera frågorna och en bättre pilotstudie borde ha gjorts för att få utförligare svar kring mödrarnas upplevelser av anknytning till sitt barn. I det stora hela svarar frågorna på syftet, men man kunde alltid ställt flera följdfrågor kring anknytning för att skapa en mer detaljerad förståelse. När det inte fanns tillräckligt utförliga svar kring upplevelser av anknytning blev

det svårare att analysera svaren. Analysen gjordes om två gånger för att första gången svarade resultatet inte tillräckligt bra på temat anknytning.

Lincoln och Guba beskriver (*enligt Henricsson 2017*) att pålitlighet och trovärdighet ökar när det finns flera författare i ett examensarbete, samt även när en utomstående person som exempelvis handledare granskar analysprocessen (Henricson, 2017 , ss. 412-413). Examensarbetet har gjorts av två skribenter och detta var till fördel vid bollande av tankar och idéer under analysprocessen. Detta gör att examensarbetets pålitlighet och trovärdighet stiger.

Här förklaras hur det etiska förhållningssättet beaktades i examensarbetet. Ett inlägg (Bilaga 2) gjordes i sociala medier och informanterna tog själva kontakt och meddelade att de var villiga att ställa upp på en intervju. Någon enstaka informant ställde upp när de blev tillfrågade. Detta kan från informantens håll upplevas som påtvingat och kan starkt ifrågasättas om det är etiskt okej. Detta kan göra att pålitlighet och trovärdighet för studien sjunker. De informanter som blev tillfrågade att delta i intervjun kände sig inte påtvingade utan ställde gärna upp.

Informationen som informanterna fick var först kort via ett inlägg (Bilaga 2) på sociala medier. När de hade tagit kontakt och meddelat att de ville delta fick de mera information skriftligt (Bilaga 4) innan intervjun. De fick även se intervjufrågorna (Bilaga 1) på förhand så de hade möjlighet att i lugn och ro fundera på svaren. Det upplevdes vara en trygghet för informanterna att få se intervjufrågorna på förhand och man kan tänka sig att intervjusvaren kanske blev mera utförliga när de fått fundera lite längre på dem.

Vi anser att frågeställningarna har gett svar på examensarbetets syfte. Vi har fått en större inblick i hur våra informanter har upplevt anknytningen till sitt barn och hur de har upplevt stödet från anhöriga och vården. Skulle vi göra en liknande studie igen skulle vi lägga mera tid på att formulera frågor för att få fram en djupare förståelse kring anknytning. Vi är ändå nöjda med den data vi fick insamlad och sist och slutligen svarar det på våra frågeställningar.

8. Avslutning

Genom denna kvalitativa studie har både vi skribenter och förhoppningsvis också läsaren fått en djupare inblick i förlossningsdepression och om hur mamman upplever stödet samt hur mammans anknytning till sitt barn kan påverkas av de olika faktorer som hör till förlossningsdepression. Tidigare forskning har gett stöd till det resultat som vi kommit fram till.

Det som vi kan konstatera när vi undersökt mödrarnas upplevelse av stödet från vården och anhöriga är att de alla har haft olika behov av stöd vid sin förlossningsdepression. Vi kunde även konstatera att vissa mammor har upplevt att stödet har varit tillräckligt, medan andra har känt att de inte har fått sitt behov av stöd tillgodosett i rätt tid.

När vi har undersökt mammornas upplevelser av anknytning till sitt/sina barn har man kunnat konstatera att mammorna vid intervjutillfället har känt att de har en bra anknytning till sitt barn. En del mammor har redan från första början känt att de kunnat knyta an till sitt barn trots att de haft förlossningsdepression. Vissa mammor kände att de hade svårt att knyta an till sitt barn och anknytningen blev bättre när de började tillfriskna från förlossningsdepressionen.

Slutsatsen är att man inom vården bör bli bättre på att i tid uppmärksamma mammor som lider av förlossningsdepression för att anknytningen till barnet inte ska påverkas negativt.

Slutligen vill vi skribenter lyfta fram att vi hoppas att mammor, närstående och vårdpersonal har nytta av detta arbete i framtiden!

Referenser

- Abdollahi, F., Lye, M., & Zarghami, M. (2016, Juni 8). Perspective of Postpartum Depression Theories: A Narrative Literature Review. *North American Journal of Medical Sciences*, 6, 232-236. doi:10.4103/1947-2714.185027
- Aksu, S. Ç., & Karaca, P. P. (2023). The Relationship Between Postpartum Poor Sleep Quality, Fatigue and Postpartum Depression: A Descriptive Research Study of the North West of Türkiye. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(4), pp. 971-80. doi:DOI: 10.5336/nurses.2023-96174
- Andersson Höglund, I., & Hedman Ahlström, B. (2014). *Psykiatri 2*. Stockholm, Sverige: Sanoma Utbildning. Retrieved 11 28, 2023
- Bowlby, J. (1994). *En trygg bas- Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Natur och Kultur.
- Dellapiana, G. (2024, 3 1). Sweating it out - Exercise in pregnancy. *Obstetrics*, pp. 8-11.
- Dib, Padovani, & Perosa. (2019, April 11). Mother-child interaction: implications of. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(10), pp. 1-9. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/prc/a/nBgMrppbpJ4mcKQmHbp8FwF/?format=pdf&lang=en>
- Ekström-Bergström, A., Thorstensson, S., & Bäckström, C. (2022, Januari). The concept, importance and values of support during childbearing and breastfeeding - A discourse paper. *Nursing Open*, 9, 156-167. doi:10.1002/nop2.1108
- Eriksson, I. (2022, September 20). För Emma i Vasa ledde psykologbristen till allvarliga konsekvenser - "Jag hotade att ta mitt och bebisens liv". *Vasabladet*.
- Hakulinen, T., Pakarinen, A., & Uotila-Laine, H. (2021, 8 24). *Identifiering av depression under graviditeten och efter förlossningen, EPDS-blanketten*. Retrieved 11 26, 2023, from Terveysportti, THL NEUKO: <https://www.terveysportti.fi/xmedia/nla/nla00002sv.pdf>
- Harvala, Pietiläinen, Raussi-Lehto, & Äimälä. (2021). *Kättilötyö*. Helsingfors: Edita Prima. Retrieved Maj 19, 2024
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Författaren och Studentlitteratur.
- Hertzberg, T. (2022, 4 5). *Synnytyksen jälkeinen masennus*. Retrieved 11 26, 2023, from Duodecim Terveyskirjasto: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00505>
- Hidalgo-Padilla, Toyama, Zafra-Tanaka, Vives, & Diez-Canseco. (2023, Juli 11). Association between maternity leave policies and postpartum. *Archives of Women's Mental Health* , 26, pp. 571–580. Retrieved from <https://link-springer-com.ezproxy.novia.fi/content/pdf/10.1007/s00737-023-01350-z?pdf=openurl>
- Hwang, W., Choi, S., & An, H. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: a methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 1, 8-17. doi:10.4069/kjwhn.2022.01.04
- Karlsson, K. (2012). *Anknytning -om att tolka samspelet mellan förädrar och små barn. .* Stockholm: Gothia Förlag.

- Katon, W., Russo, J., & Gavin, A. (2014). Predictors of Postpartum Depression. *Journal of Women's Health, 23*(9), 753-759. doi:10.1089/jwh.2014.4824
- Keiski, R., Hämäläinen, K., Karhunen, M., & Löfström, E. (2023, 3). God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Helsingfors, Finland.
- Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.-K. (2022). *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur AB, Lund.
- Lu, Xueying, & Ruijuan. (2021). What Causes Postpartum Depression and How to Cope with It: A Phenomenological Study of Mothers in China. *Health Communication, 36*(12), pp. 1495-1504. doi: 10.1080/10410236.2020.1771063
- Misri, S., Kostaras, X., Fox, D., & D., K. (2000). The Impact of Partner Support in the Treatment of Postpartum Depression. *The Canadian Journal of Psychiatry, 45*(6), 554-558. doi:10.1177/070674370004500607
- Persson, T. (2009, 4 1). *Graviditetspsykiatri*. Retrieved 11 28, 2023, from Internetmedicin.se: <https://w3.internetmedicin.se/page.aspx?id=2107>
- Ramachandran Pillai, R., Sharon, L., Premkumar, N., Kattimani, S., Sagili, H., & Rajendiran, S. (2017). Luteinizing hormone-follicle stimulating hormone ratio as biological predictor of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry, 72*, 25-33. doi:10.1016/j.comppsy.2016.09.001
- Roy, R., Chakraborty, M., Bhattacharya, K., Roychoudhury, T., & Mukherjee, S. (2022). Impact of perinatal maternal depression on child development. *Indian Journal of Psychiatry, 284*-288. Retrieved 12 4, 2023, from <https://web-s-ebSCOhost-com.ezproxy.novia.fi/ehost/detail/detail?vid=6&sid=11c06295-0336-4606-8e8e-5d1bae7715dc%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=157485847&db=ccm>
- tem.fi. (2024). *Graviditetsledighet, föräldraledighet och vårdledighet*. Retrieved 2 19, 2024, from Arbets- och näringsministeriet: <https://tem.fi/sv/varldledighet>
- THL. (2021). *Spädbarnsfamiljernas välbefinnande – enkätundersökningen FinBarn 2020*. Retrieved 1 3, 2024, from Institutet för hälsa och välfärd: <https://thl.fi/sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/barn-unga-och-familjer/spadbarnsfamiljernas-valbefinnande-enkatundersokningen-finbarn>
- THL. (2022, 12 9). *Periodiska hälsoundersökningar*. Retrieved 11 26, 2023, from Institutet för hälsa och välfärd: <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer/social-och-halsovardstjanster/modra-och-barnradgivning/modraradgivning/periodiska-halsundersokningar>
- Thomas, N., & Wiltse, P. (2023, Januari 1). Postpartum Depression; Nurses Need to Be Trained in Administering the EPDS to All Mothers of Infants. *International Journal of Caring Sciences*, pp. 507-511.
- Widström, A., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & E, N. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica, 7*, 1192-1204. doi:10.1111/apa.14754

Bilagor

Bilaga 1

Intervjufrågor:

Berätta om dig själv!

- Hur gammal är du?
- Hur många barn har du och hur gamla är de?
- Hur gammal var du när du fick ditt första barn?
- Har du en partner, är hen pappa till barnet/barnen?

Har du haft psykisk ohälsa innan du fick ditt första barn?

Berätta hur du mårde efter förlossningen och vad som ledde fram till att du fick diagnosen förlossningsdepression.

Hur upplevde du att vardagen med att ta hand om babyn fungerade?

Kände du att du kunde knyta an till ditt barn under tiden du hade förlossningsdepression?

Hur upplevde du din och babyns relation under tiden du hade förlossningsdepression?

Hur upplevde du stödet av din partner och dina närstående?

Hur upplevde du stödet av social- och hälsovården under tiden du var deprimerad?

När upplevde du att du tillfrisknade från förlossningsdepressionen?

Hur är din och barnets relation idag?

Finns det något du vill tillägga?

Facebookinlägg

Hej! Vi är två studerande vid Yrkeshögskolan Novia som just nu håller på att skriva vårt examensarbete. Examensarbetet handlar om hur mammor upplever att de knyter an till sitt barn när de lider av förlossningsdepression, samt att skapa förståelse för hur modern upplever stödet av närstående i omgivningen och vården.

Vi söker frivilliga mammor som vill ställa upp på en intervju. Vi söker dig som har haft förlossningsdepression inom de senaste 10 åren.

Skicka PM för mera information.

Med vänliga hälsningar,

Olivia Forss, Hälsovårdarstuderande

Rebecka Mattjus, Barnmorskestudernade



Samtyckesblankett

Med min underskrift samtycker jag till att delta i intervjun. Jag har fått information om vad studien handlar om. Jag godkänner att mina intervjusvar får användas i examensarbetet och att det kommer publiceras på www.Theseus.fi.

Intervjudeltagare

Underskrift och namnförtydligande

Ort och datum

Studieansvariga

Underskrift och namnförtydligande

Ort och datum



Information till deltagaren

Syftet med vårt examensarbete är att undersöka hur en mamma upplever att hon knyter an till sitt barn när hon lider av förlossningsdepression, samt att skapa förståelse för hur modern upplever stödet av närstående i omgivningen och vården.

Du har visat intresse att delta i en intervju för att samla in information till studien vi genomför i vårt examensarbete. Vi kommer använda oss av en kvalitativ metod, nämligen semistrukturerad intervju. Du kommer få se frågorna innan intervjun.

Du som ställer upp på intervjun bör ha fött ett eller flera barn. Du måste också ha haft förlossningsdepression med något/några av dina barn inom de senaste 10 åren.

Du får bestämma tid och plats för intervjun och på vilket sätt den sker, t.ex. via telefon eller fysisk träff.

Uppgifterna kommer behandlas konfidentiellt, det vill säga att endast vi som jobbar med examensarbetet som får reda på din identitet. Examensarbetet kommer att publiceras på Thesus.fi och informationen som du har angett kommer inte kunna spåras till dig.

I infobrevet medföljer en samtyckesblankett, som du bör godkänna med din underskrift innan intervjun. Deltagandet är frivilligt och du har rätt att avbryta ditt deltagande när som helst.

Tack för att du vill ställa upp!

Rebecka Mattjus, barnmorskestuderande

Tel: 0452310230

E-post: rebecka.mattjus@edu.novia.fi

Terese Österberg, handledare

Tel: 0504064449

E-post: terese.osterberg@novia.fi

Olivia Forss, Hälsovårdarstudierande

Tel: 0442997320

E-post: olivia.forss@edu.novia.fi

