

Examensarbete:

Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression

En kvalitativ studie om hur mödrar upplever förlossningsdepression

Utvecklingsarbete:

Att stöda den förlossningsdeprimerade modern

En kvalitativ studie om hur bloggläsare försöker visa sitt stöd åt den bloggande förlossningsdeprimerade modern

Annica Rasmus

Kia Lillfors

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

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Lillfors Kia och Rasmus Annica

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Hjortell Marie och Nyback Maj-Helen

Titel: Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression - En kvalitativ studie om hur mödrar upplever förlossningsdepression

Datum: 5.4.2017

Sidantal: 67

Bilagor: 1

Abstrakt

Vårt examensarbete behandlar ämnet förlossningsdepression och hur det upplevs av mödrar. Syftet med vårt arbete är att få en bättre helhetsbild av hur mödrarna upplever livet med förlossningsdepression. En fördjupad förståelse för mödrarnas subjektiva upplevelser av förlossningsdepression underlättar hälsovårdarens möjlighet till att ge förebyggande och lindrande vård. Frågorna vi vill besvara är: Hur upplevs livet med förlossningsdepression av mödrar? Vad upplevs som lindrande/försämrande av tillståndet?

I vårt arbete har vi använt oss av Katie Erikssons teori om Caritativ vård (Eriksson K., 1994) och fokuserat oss på begreppet lidande som vår teoretiska utgångspunkt. I den teoretiska bakgrunden har vi använt oss av evidensbaserad litteratur, internet källor och tidigare vetenskapliga forskningar. Vi har gjort en kvalitativ studie där datamaterialet består av texter från fyra olika bloggar varav tre är på svenska och en på finska. Som metod för analys av datamaterial använde vi oss av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet analyserades i ljuset av den utvalda teorin och de tidigare forskningarna.

Resultatet av vårt examensarbete visar att mödrarna upplevde att förlossningsdepressionen påverkade livet och måendet inom flera olika livsområden. Mödrarna hade även många tankar kring livet med förlossningsdepression. Brist på stöd, ensamhet, frustation och känslor av att misslyckas upplevdes bland annat som försämrande av tillståndet, medan egen tid och fritidsaktiviteter upplevdes som lindrande av tillståndet. Fastän mödrarna hade flera negativa upplevelser under förlossningsdepressionen hittades det alltid något positivt som hjälpte dem att kämpa emot sjukdomen.

Språk: Svenska Nyckelord: Förlossningsdepression, moderskap, upplevelser

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Lillfors Kia ja Rasmus Annica

Koulutus ja paikkakunta: Terveystieteiden, Vaasa

Ohjaajat: Hjortell Marie ja Nyback Maj-Helen

Nimike: Äitien kokemuksia synnytysmasennuksesta - Kvalitatiivinen tutkimus siitä, miten äidit kokevat synnytyksen jälkeisen masennuksen

Päivämäärä: 5.4.2017

Sivumäärä:67

Liitteet :1

Tiivistelmä

Työmme käsittelee aihetta synnytysmasennus ja miten äidit kokevat sen. Työmme tarkoituksena on saada laajempi kokonaiskuva siitä, miten äidit kokevat elämänsä synnytyksen jälkeisen masennuksen kanssa jotta tulevana terveydenhoitajina voisimme tarjota sekä ennaltaehkäisevää että hoitavaa hoitoa synnytysmasennuksesta kärsiville äideille. Kysymykset joihin pyrimme vastaamaan ovat: Miten äidit kokevat elämänsä synnytysmasennuksen kanssa? Mitä äidit kokevat helpottavan/pahentavan tilannetta?

Työmme perustana olemme käyttäneet Katie Erikssonin caritatiivisen hoidon teoriaa, keskittyen käsitteeseen kärsimys. Teoreettisena perustana olemme käyttäneet kirjallisuutta, internet lähteitä sekä aiempia tieteellisiä tutkimuksia. Keräsimme aineistoa neljästä eri blogista, joista kolme olivat ruotsinkielisiä ja yksi suomenkielinen. Materiaalien analysoinnissa käytimme kvalitatiivista sisältöanalyysiä. Tulkitsimme tuloksen vertailemalla sitä valittua teoriaa sekä aiempia tutkimuksia vasten.

Tulokset osoittivat että äidit kokivat synnytysmasennuksen vaikuttavan elämään ja hyvinvointiin useilla osa-alueilla. Elämä synnytysmasennuksen kanssa herätti myös monia ajatuksia. Synnytysmasennus koettiin pääosin negatiivisina kokemuksina, kuten m.m. yksinäisyytenä, turhautuneisuutena sekä epäonnistumisena. Positiivisiakin kokemuksia jotka lievittivät masennusta olivat esimerkiksi oma aika sekä harrastukset. Vaikka äidit kokivat synnytysmasennuksen aikana paljon negatiivista, onnistuivat he silti aina löytämään jotain positiivista joka kannusti heitä taistelemaan sairautta vastaan.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Synnytysmasennus, äiteys, kokemuksia

BACHELOR'S THESIS

Author: Lillfors Kia and Rasmus Annica

Degree Programme: Public Health Nurse

Supervisors: Hjortell Marie and Nyback Maj-Helen

Title: The mother's experiences of postnatal depression - A qualitative study of how mothers experience postpartum depression

Date: 5.4.2017

Number of pages: 67

Appendices:1

Abstract

The aim of our study is to describe the mother's experiences of postnatal depression. The purpose of our work is to get a better overall picture of how mothers experience their life with postpartum depression. A deeper understanding of the mothers' subjective experiences of postpartum depression facilitates the public health nurse ability to provide preventive and relieving care. The questions we want to answer are: How do mothers experience life with postpartum depression? What is perceived as soothing / deterioration of the condition?

We have used Katie Eriksson's theory about caritative caring as our theoretical framework, with focus in the concept of suffering. Evidence based literature, internet based sources and previous evidence based research has served as theoretical background in our study. Our data in this study consists of texts from four blogs of which three are written in Swedish, and one is written in Finnish. The data was analyzed through qualitative content analysis and the results interpreted within our selected theories and previous research.

The results show that mothers experienced postpartum depression affects life and well-being in several different areas of life and that the mothers had many thoughts about life with postpartum depression. Lack of support, loneliness, frustration and feelings of failure was experienced among others as detrimental to the state, while their own time and hobbies perceived as relieving of the condition. Although the mothers had several negative experiences during this state they always found something positive to help them fight the disease.

Language: Swedish

Key words: Postpartum depression, motherhood, experiences

Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
2	Teoretisk utgångspunkt	1
2.1	Lidande.....	2
2.2	Lidandets mening.....	2
2.3	Upplevelse av lidande	3
3	Bakgrund	4
3.1	Tidigare forskning.....	4
3.1.1	Att bli mamma under förlossningsdepression	4
3.1.2	Förlossningsdepressionens påverkan på familjen och relationer	6
3.1.3	Riskfaktorer för förlossningsdepression.....	8
3.1.4	Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression.....	10
3.1.5	Amningens påverkan på förlossningsdepression	12
3.2	Depression.....	13
3.3	Förlossningsdepression.....	13
3.3.1	Symtom vid förlossningsdepression	14
3.3.2	Förebyggande faktorer och behandling av förlossningsdepression.....	15
3.3.3	Diagnostisering av förlossningsdepression	16
3.3.4	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	16
3.4	Relationer.....	17
3.4.1	Förlossningsdepressionens påverkan på familjen	18
3.4.2	Förlossningsdepressionens påverkan på parförhållandet	19
3.4.3	Förlossningsdepressionens påverkan på interaktionen med barnet.....	20
4	Syfte och frågeställningar.....	21
5	Metodbeskrivning.....	22
5.1	Kvalitativ studie.....	22
5.1.1	Narrativ metod.....	23
5.2	Urval av datamaterial.....	24
5.2.1	Informanterna	25
5.3	Dataanalys	26
5.4	Etik.....	27
6	Resultatredovisning.....	28
6.1	Upplevelse av utmattning	29
6.2	Upplevelse av ensamhet.....	33
6.3	Upplevelse av frustation.....	35
6.4	Upplevelse av rädsla	37
6.5	Upplevelse av att misslyckas	42
6.6	Upplevelse av glädje	46

6.7	Upplevelse av lidande	51
6.8	Upplevelse av sjukdomens påverkan på relationer	54
7	Resultatdiskussion.....	56
7.1	Upplevelse av utmattning	56
7.2	Upplevelse av ensamhet	57
7.3	Upplevelse av frustation.....	57
7.4	Upplevelse av rädsla	58
7.5	Upplevelse av att misslyckas	59
7.6	Upplevelse av glädje	60
7.7	Upplevelse av lidande	61
7.8	Upplevelse av sjukdomens påverkan på relationer	62
8	Metoddiskussion.....	62
8.1	Perspektivmedvetenhet.....	63
8.2	Intern logik.....	63
8.3	Etiskt värde	64
8.4	Innebördsrikiedom.....	64
8.5	Struktur	65
8.6	Teoritillskott.....	65
9	Diskussion.....	66
	Källförteckning:.....	68
	Bilagor.....	71
	Bilaga 1: EPDS formulär	71

1 Introduktion

Vårt examensarbete behandlar ämnet förlossningsdepression och hur mödrar upplever livet med sjukdomen. Vi valde ämnet eftersom vi som blivande hälsovårdare tycker att ämnet är både viktigt och intressant. Med vårt arbete vill vi ge ökad kunskap om förlossningsdepression, föra fram hur man kan förebygga det och notera tidiga symtom.

Graviditet kan upplevas som något positivt men även som något negativt, liksom födseln av barnet. Efter förlossningen kan modern uppleva negativa känslor, vilket kan bero på förlossningsdepression. Förlossningsdepressionen ändrar moderns känslor för barnet och kan även leda till skuldkänslor. Under förlossningsdepression kan livsglädjen upplevas vara som bortblåst och tröttheten tar över. Diagnosen förlossningsdepression är dessvärre en vanlig diagnos i dagens läge. (Terveys ja hyvinvointilaitos 8.1.16).

Det finns två olika former av depression förknippat med förlossning. Det kortvariga tillståndet av känslighet efter förlossningen kallas *Baby blues*, medan det mer långvarigare depressiva tillståndet kallas förlossningsdepression. Allt från lindriga symtom till psykotiskt depressionstillstånd kan förekomma. Cirka 10 % av männen kan även lida av depression relaterat till förlossning. (Terveys ja hyvinvointilaitos, 8.1.16). Dessa olika former av depression kommer att behandlas senare i arbetet.

2 Teoretisk utgångspunkt

I vårt arbete använder vi oss av Erikssons teori om caritativt vårdande. I den caritativa teorin beskriver Eriksson olika begrepp så som människan, miljön, hälsan, omvårdnad och lidande. (Eriksson 1994, s. 7-8). Med caritas anser Eriksson människogemenskap som förmedlar tro, hopp och kärlek genom att ansa, leka och lära. Detta innebär att man genom kärlek, tro och hopp förmedlar människan det hon behöver. (Eriksson 1990, s. 23). I vårt arbete kommer vi att fokusera oss på begreppet lidande för att få en ökad förståelse för vad lidande innebär för de förlossningsdeprimerade mödrarna och hurudant lidande de genomgår.

2.1 Lidande

Lidandet är ett omfattande begrepp som kan diskuteras ur flera olika synvinklar. Att lida kan ses som en kamp mellan det onda och det goda. När människan lider kan hon känna sig rädd, orolig eller ångestfylld. (Eriksson 1995 s. 31 & 37). Lidandet kan ses som något negativt, det negativa lidandet innefattar smärta, sjukdom, död eller en prövning i livet. Men lidandet kan också ses som något positivt, det kan finnas glädje och njutning i lidandet. Enligt Eriksson har lidandet alltid en betydelsefull mening men meningen kan inte alltid förklaras. (Eriksson 1994, s. 20-21). Lidandet kan även ha fått sin början av ångest. När människan förstår sin ångest och övervinner den kan lidandets kamp börja. Så länge lidandet är i rörelse finns hopp kvar. Under lidandets kamp kan man försöka avlägsna det, finna dess mening eller lindra det. (Eriksson 1995, s. 31 & 37).

Lidandet påverkar människan i sin helhet och styr hennes tankar, vilket kan leda till att man isolerar sig själv, tappar livslusten eller till att man tappar sin position i livet. Lidandet kan även förhindra människan att förverkliga sig själv eller göra det som man är ämnad till. (Eriksson 1995 s.38). Lidandet kan vara så väl kroppslig smärta som själsligt eller andligt lidande. Under själsligt och andligt lidande kan man känna skam, skuld och förnedring i samband med sjukdom eller vård. Patientens egen erfarenhet av lidande och vårdpersonalens beteende påverkar dessa känslor. Begreppet *sjukdomslidande* innebär att lida under den tid man är sjuk, att lida på grund av sjukdom eller på grund av vård. Att lindra lidandet inom vården handlar ofta om enkla vardagsaktiviteter som t.ex. att få möjlighet att tvätta händerna eller kamma håret. Att lindra lidandet ger ny kraft och värde som människa. (Eriksson 1994, s.11-12, 31, 37-38, 84 & 95).

2.2 Lidandets mening

Människan har i sin natur ett behov av att försöka förstå sitt lidande. Då människan mitt i sitt lidande inte får svar på frågan varför hon lider är hon inne i ett lidande som bara är. När människan slutar att fråga efter orsaken till lidandet har hon vunnit sin första kamp mot lidandet och är färdig att genomlida det som känns oundvikligt. Detta kallas lidandets

ontologi. (Eriksson 1994, s. 32). Lidandet kan även kränka människans värdighet, vilket orsakar fortsatt lidande. Att känna sig kränkt leder oftast till att man inte vill tala om sitt lidande. Detta händer speciellt när hon är mitt i lidandet. (Eriksson 1994, s. 39).

Skuld och lidande kan även anses ha ett samband, skulden finns i alla människor och vi känner oss ansvariga över vårt liv. Skuldkänslorna övergår till lidande när människan känner att hon svikit sig själv. Skulden är alltså en form av lidande som människan upplever att hon vill betala tillbaka, genom att lida upplever människan att hon sonar sin skuld. Brist på kärlek kan även vara en orsak till lidande. Kärlek och bekräftelse är något som alla människor längtar efter. Utan att kunna ge eller få kärlek blir lidandet gränslöst, eftersom människans värdighet bekräftas genom förmedling av kärlek. Lidandet kan även orsakas av att man inte känner sig bli tagen på allvar eller av att man upplever sig vara ensam, all ensamhet förorsakar dock inte lidande. Lidandet upplevs som svårt då människan saknar något i livet. (Eriksson 1994, s. 49-41).

2.3 Upplevelse av lidande

Lidandet kan upplevas i tre olika nivåer: ”Att ha lidande”, ”att vara i lidandet” och ”att varda i lidandet”. ”Att ha lidande” innebär att man är styrd av yttre omständigheter och att man blivit främmande för sig själv, sina egna inre begär och möjligheter. ”Att vara i lidandet” innebär att människan söker någonting mera enhetligt och kan upplevas som lycka, harmoni och hälsa. Då försöker människan lindra sitt lidande genom att tillfredsställa sina behov, men oron finns ändå kvar. ”Att varda i lidandet” betyder att man är mitt i en kamp mellan liv och död eller hopp och hopplöshet. Människan kan i denna fas finna en mening med lidandet ifall livet vinner. (Eriksson 1994, s. 59).

3 Bakgrund

I detta kapitel tar vi upp tidigare forskning och begrepp som ofta används inom ämnesområdet förlossningsdepression. Vi förklarar vad depression och förlossningsdepression innebär, samt hur de olika rollerna i familjen kan påverkas av tillståndet.

3.1 Tidigare forskning

Vid sökandet av tidigare forskning inom ämnet förlossningsdepression använde vi oss av sökorden *postpartum depression*, *postnatal depression*, *feelings*, *mother*, *nordic*, *scandinavian* och *relations*. Som databas för sökningen använde vi oss av EBSCO. Förutom forskning från Norden använde vi oss av engelsk forskning på grund av att den engelska kulturen liknar mycket den nordiska kulturen.

Vi har läst 11 tidigare forskningar om ämnet förlossningsdepression. Dessa forskningar behandlade ämnet ur olika synvinklar: att bli mamma under förlossningsdepression, förlossningsdepressionens påverkan på familjen och relationer, riskfaktorer för förlossningsdepression, mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression och amningens påverkan på förlossningsdepression. Dessa forskningar kommer vi att behandla i nedanstående kapitel.

3.1.1 Att bli mamma under förlossningsdepression

Dennis och Moloney (2009) har gjort en studie om hur det är att tillfriskna från förlossningsdepression och att välja att vara en mor. Den kvalitativa studien, som gjordes som en förberedelse inför en större studie, bestod av intervjuer av fem vita kvinnor i åldern 22-50 år från sydöstra USA. Alla dessa kvinnor hade självrapporterade förlossningsdepressioner, tre av kvinnorna insjuknade med det första barnet och två med det andra barnet. Intervjun som gjordes bandades in och innehöll samma uppsättning av frågor, den fortsatta studien baserades på deltagarnas svar. Vi valde att använda denna studie som bakgrundsinformation

trots att den inte var nordisk, på grund av att den framförde relevant information för vårt arbete. (Dennis & Moloney 2009).

Även Edhborg och Friberg (2014) har gjort en studie som handlar om hur det är att bli en mor under förlossningsdepression. Syftet med studien var att förstå hur övergången till att bli mor är då man lider av förlossningsdepression. I studien använde man sig av sekundäranalys av datamaterial från en studie som gjorts i Stockholmsområdet år 2002-2003, i vilken 22 mammor med depressiva symtom intervjuades 2-4 månader efter förlossning. Intervjun gjordes muntligt eller skriftligt. Svaren i studien identifierades med hjälp av Edinburgh Postnatal Depression Scale. Genom att återanvända tidigare material kunde man minska riskerna och skadorna för den sårbara gruppen. (Edhborg & Friberg 2014).

Både Dennis och Moloney samt Edhborg och Friberg studier om hur det är att vara mor under förlossningsdepression uppgav moderskap som en stor förändring i livet. Barnet ändrar människans tillvaro och ger mycket ansvar samt mindre egen tid. I de båda forskningarna talade kvinnorna om att de förväntat sig en glad och enkel övergång till moderskap. Edhborg och Friberg lyfte i sin studie fram betydelsen av en realistisk helhetsbild. Därutöver noterade de att för stora förväntningar kan leda till förlossningsdepression. I Dennis och Moloneys studie framkom att kvinnorna kände sig överraskade av sin sjukdom, de upplevde att de förlorade sig själv och livet upplevdes som mer jobbigt. De kände sig även tvungna att arbeta sig igenom sjukdomen och medgav att de inte kände igen sig själva under de första veckorna på grund av trötthet och orkeslöshet. Socialt stöd beskrevs i de båda studierna som något viktigt. Enligt Dennis och Moloney buffrar socialt stödpersoner från de negativa effekterna av stressande händelser. Edhborg och Friberg tillägger att saknad av socialt stöd, utmattning, stress och låg självkänsla kan höja risken för depression. Med socialt stöd menas instrumentellt stöd såsom barnomsorg samt känslomässigt stöd av partner, familj och vänner. Enligt Edhborg och Friberg kan förutom socialt stöd också träning, fysisk aktivitet, familjeliv, barn, föräldraskap och rådgivning om amning ses som förebyggande faktorer mot förlossningsdepression. (Dennis & Moloney 2009; Edhborg & Friberg 2014).

Ett övergripande mönster av att bli en mor under förlossningsdepression var enligt Dennis och Moloney att välja vara en mor, vilket är det första steget i att övervinna förlossningsdepressionen. På grund av att mödrarna ofta är ovilliga att erkänna sina känslor och inte har kunskap om förlossningsdepression så underdiagnostiseras sjukdomen ofta. Även bristande rapporteringen inom vården kan bidra till underdiagnostisering. (Dennis & Moloney 2009).

3.1.2 Förlossningsdepressionens påverkan på familjen och relationer

Agnafors, Sydsjö, deKeyser och Svedin (2013) har gjort en studie hur symptom på förlossningsdepression har påverkat det nyfödda barnets mentala hälsa. Syftet var att undersöka symptom hos mödrarna och hurdan relativ betydelse de har för barnets psykiska hälsa 12 år efteråt. Studien utfördes genom att följa 1707 mödrar och deras barn från 3 månader upp till 12 år åldern. Mödrarnas självrapporterade depressiva symptom bedömdes i början av studien med hjälp av enkät och psykologintervju. Barnens mående och beteende rapporterades av mödrarna vid 12 års ålder genom frågeformulär. Sammanlagt 893 mödrar och 1707 barn deltog i studien. Multivariat analys användes för att bedöma faktorerna som ökade risken för barnens beteendeproblem. (Agnafors, Sydsjö, deKeyser & Svedin 2013). Även Lilja, Edhborg och Nissen (2012) har gjort en studie om hur nedstämdhet hos kvinnor vid förlossningen kan förutspå deras humör och relation med spädbarn och partner under det första året postpartum. Syftet med studien var att beskriva förstföderskans känslor till sina barn och sin partner i förhållande till sina depressiva symptom. I denna longitudinella studie deltog 419 förstföderskor från Sverige med normal graviditet och friska barn. De depressiva symptomen mättes med hjälp av Edinburgh Postnatal Depression Scale vid 3 och 10 dagar efter förlossningen. Med hjälp av ett frågeformulär bedömdes även kvinnans humör och relation till sitt barn och partner med hjälp av ett formulär som fylldes i efter 3 och 10 dagar efter förlossningen samt vid 6 och 12 månader efter förlossningen. (Lilja, Edhborg & Nissen 2012, s. 245 - 253).

I Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki och Tarkkas (2014) forskning studerades familjedynamik, förlossningsdepression hos mödrar och skillnader mellan verklighet och förväntningar. Syftet var att ta reda på familjers erfarenheter av förlossningsdepression. I studien deltog nio familjer. Alla mödrar hade uppnått 13 poäng eller mera på Edinburgh Postnatal Depression Scale 6-8 veckor efter barnets födsel. Data samlades in genom fem öppna intervjuer med de nio familjerna och analyserades med hjälp av grounded theory. Familjerna bodde i södra Finland. (Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki & Tarkka 2004, s. 65 - 74).

I både Agnafors, Sydsjö, deKeyser och Svedins samt Lilja, Edhborg och Nissens resultat framkom att förlossningsdepressionen inte bara påverkar modern själv, utan har också negativa effekter på barnens psykiska hälsa. I Lilja, Edhborg och Nissens forskning påvisades det att kvinnor som led av depressiva symptom visade mindre närhet, värme och förtroende

mot sitt barn och sin partner än kvinnor utan depression. (Lilja, Edhborg & Nissen 2012, s. 245 - 253). I Agnafors, Sydsjö, deKeyser och Svedins studie påvisades inget samband mellan postpartum depression och barnens beteende i 12-års åldern, däremot påvisades ett samband mellan symtom på moderns postpartum depression och depressiva symtom 12 år senare samt beteendeproblem hos barnen vid 12-års åldern. Tidpunkten på moderns depression har visat sig ha betydelse för barnets beteende problem. Vissa forskningar påpekar att det första året är det mest avgörande medan andra menar att om ett barn exponeras för moderns depression under en längre tidsperiod ökar risken för anpassningsproblem såsom mindre ordförråd, minskad social kompetens och ökade beteendeproblem hos barnet. Forskningen påvisar även ett samband mellan moderns pågående depressiva symtom och beteendeproblem hos barn. Ifall modern lider av depression har barnet fem gånger större risk att få beteendeproblem än barn vars mödrar inte lider av depression. (Agnafors, Sydsjö, deKeyser & Svedin 2013).

Av Lilja, Edhborg och Nissens forskning kunde man även dra slutsatsen att screening av depressiva symtom hos modern tio dagar efter förlossningen kan förutsäga moder-spädbarn relationen hela första året. Detta möjliggör ett tidigt ingripande i förlossningsdepression. Även resultaten från Agnafors, Sydsjö, deKeyser och Svedin studie visade att man kunde förutsäga depressionsrisken vid tidig screening. I början av studien bedömdes 10,4% av informanterna ha depressiva symtom och 12 år senare led 18,2% av dessa informanter ännu av depressiva symtom. (Lilja, Edhborg & Nissen 2012; Agnafors, Sydsjö, deKeyser & Svedin 2013).

Ur Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki och Tarkkas resultat kunde man se att mödrarna upplevde familjesituationen förändrad, barnet tog nu all energi och uppmärksamhet. Så väl graviditeten som födseln: orsakade psykologiska, fysiska och sociala förändringar i livet. Föräldrarna hade känslor av otillräcklighet och trötthet, rutinerna förändrades och allt kretsade kring barnets behov. Barnet påverkade även föräldrarnas relation negativt, det förekom allt oftare gräl som medförde förhoppningar om att barnet inte hade fötts. Moderns depression överfördes även till fadern som upplevde att situationen var ohanterlig och kände känslor av hjälplöshet, frustration och oförmåga att stödja modern. Även ilska förekom, vilket kan orsaka att man glider isär. Orsak till depressionssymptomen kunde bero på moderns höga förväntningar på sin egen roll som moder. Fysiska symtom så som sömnproblem, aptitlöshet, skakningar och hjärklappningar förekom. Mödrarna led även av känslor som panikångest, humörsvängningar, rastlöshet, koncentrationssvårigheter, känslor av misslyckande och obetydlighet samt en osäkerhet i rollen som mor. Dessa känslor led till utmattnings- och ångest.

Socialt stöd och diskussioner med andra i samma situation var viktiga hjälpresurser. (Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki & Tarkka 2004, s. 65 - 74).

3.1.3 Riskfaktorer för förlossningsdepression

I en brittisk studie skriven av Zadeh, Khajehei, Sharif och Hadzics (2012) undersökte man effekterna av högrisk graviditet i samband med förekomsten av postpartum depression och ångest. 400 postpartum kvinnor i åldern 16 - 43 år rekryterades och delades in i två grupper: en högrisk graviditets grupp med medicinska problem hos modern eller fostret och en grupp med normal graviditet. Kriterierna för att delta i gruppen med normal graviditet var förutom åldern att man fött en levande och frisk baby efter 37 fullgångna veckor, att barnet har blivit född åtminstone 2 veckor före undersökningen, att förlossningen skett vaginalt och att de inte haft en hög riskgraviditet tidigare. Varje deltagare ombads i ett privat rum att fylla i tre anonyma enkäter, det vill säga demografi, BDI och Stai. Beck Depression Inventory frågeformulären användes för att mäta symptomen för depression, medan Spielberger Standard Test användes för att bedöma symptom på ångest. Svaren analyserades med hjälp av statistikpaketet för samhällsvetenskap (SPSS). (Zadeh, Khajehei, Sharif & Hadzic 2012, s. 104 - 113).

Även Glavin, Smith och Sørum (2009) har studerat förekomsten av förlossningsdepression i en studie som gjordes i två kommuner i Norge. Syftet med studien var att beskriva förekomsten av förlossningsdepression och att undersöka om mödrars ålder och paritet är relaterade till utvecklingen för förlossningsdepressionen. Sammanlagt 2227 kvinnor deltog i studien, från kommun 1 deltog 437 mödrar och från kommun 2 deltog 1790 mödrar i studien. Kriterier för deltagandet var att modern var minst 18 år gammal, barnet var fött mellan 1 maj 2005 och 31 december 2006 och att modern kunde läsa och förstå norska tillräckligt bra. Vid det första hembesöket, 2 veckor efter förlossning, gav hälsovårdarna information om studien och en EPDS blankett åt mödrarna att fylla i 6 veckor efter förlossning vid de båda kommunerna. I informationen hälsovårdarna gav till mödrarna vid hembesöket kan en liten skillnad ses vilket kan ha resulterat i skillnaden av förekomsten av förlossningsdepression. I kommun 2 var hälsovårdarna utbildade för att känna igen förlossningsdepression och gav

allmän information om kvinnors psykiska hälsa under tiden efter förlossningen åt mödrarna. Varje familj fick även en informationsbroschyr om ämnet och mödrarna uppmanades att kontakta rådgivningen ifall de upplevde problem med deras psykiska hälsa innan samrådet med hälsovårdaren 6 veckor efter förlossningen. Denna information gavs inte till deltagarna i kommun 1. I kommun 1 bads mödrarna skicka frågeformuläret via posten till forskaren, medan mödrarna i kommun 2 hade ett samråd med hälsovårdaren om EDPS-formuläret vid 6 veckor efter förlossning. Denna skillnad i förfarandet mellan de två kommunerna inträffade på grund av ett projekt som genomfördes i kommun 2. Detta projekt var en del av en större kvasi-experimentell studie med en för- och efter test med syfte att diagnostisera, förhindra och vid behov behandla förlossningsdepression hos kvinnor. Sex veckor efter förlossningen fyllde kvinnorna i Edinburgh förlossningsdepression skalan (EPDS) för att utvärdera sin situation. Förekomsten av förlossningsdepression var enligt denna skala 10,1%. Man kunde dock se en signifikant skillnad mellan kommunerna, prevalensen i kommun 1 var 14,4% och i kommun 2 9%. (Glavin, Smith & Sørum 2009, s. 705 - 710).

Även Haga, Lynne, Slinning och Krafts (2012) kvalitativa studie handlar om riskfaktorer för förlossningsdepression. I denna studie studerade man depressiva symtom och välbefinnande bland förstföderskor, vilka enligt forskning ligger speciellt i riskzonen för förlossningsdepression. Syftet med studien var att få reda på varför vissa kvinnor upplever nedstämdhet över att bli mamma medan andra känner mestadels belåtenhet efter förlossningen. Som metod användes semi-strukturerade intervjuer med 12 självvalda förstföderskor i åldern 25-44 vilka alla rekryterades med hjälp av affischer placerade i barnrådgivningar i Oslo, Norge. Kriterierna för deltagande var att deltagarna hade fött under det senaste året och att de önskade att tala om sina erfarenheter och tankar om tiden före och efter förlossningen. Deltagarna ombads beskriva deras graviditet och förlossning samt förväntningar och erfarenheter om tiden efter förlossningen. Även det sociala stödet, välbefinnande och depressionen efter förlossningen togs upp. Datan analyserades sedan med hjälp av tematiska analyser. (Haga, Lynne, Slinning & Kraft 2012, s. 458 - 466).

Resultatet i studien av Zadeh, Khajehei, Sharif och Hadzic visade att högrisk graviditet ökar risken för förekomst av depression och ångest, samt att förekomst av ångest var vanligare än depression i de båda grupperna. Högrisk graviditet kunde även medföra större risk för problematiska graviditeter med mer frekvent illamående, kräkningar, dysuri och huvudvärk jämfört med den gruppen med normal graviditet. I studien av Glavin, Smith och Sørum kunde man i resultatet se att förstföderskor hade högre prevalens för depression än multipara mödrar

och att de äldre mödrarna hade de högsta förekomsterna av förlossningsdepression. (Glavin, Smith & Sørum 2009, s. 705 - 710; Zadeh, Khajehei, Sharif & Hadzic 2012, s. 104 - 113).

I de båda studien sågs samråd med vårdpersonalen och informationen som ges där som viktigt. Slutsatsen i Haga, Lynne, Slinning och Krafts studie var att täta samråd med barnmorskor och hälsovårdare under graviditeten och efter förlossningen förebygger depression. Dessa samråd bör då fokuseras på kvinnans förväntningar och behov. Glavin, Smith och Sørum beskrev informationen som gavs vid vården i den offentliga sektorn ha en påverkan på mödrarnas förlossningsdepression. Den offentliga hälso- och sjukvården bör därför vara medveten om den högre risken för förlossningsdepression bland förstföderskor och äldre förstföderskor. Partners närvaro vid öppna diskussioner om hur man bäst kan stöda varandra under denna period har en stor betydelse. Enligt Haga, Lynne, Slinning och Kraft är också socialt stöd och amningsstöd viktigt för välbefinnandet och för att motverka de depressiva symtomen. (Glavin, Smith & Sørum 2009, s.705 - 710; Haga, Lynne, Slinning & Kraft 2012, s. 458 - 466).

I resultatet för Haga, Lynne, Slinning och Krafts studie kunde man hos förstföderskorna se två olika sätt att förhålla sig till moderskapet, vilka påverkade mödrarnas tankar efter förlossningen. Dessa två förhållningssätt kallas "avslappnad" och "kontrollerad". Kvinnor med avslappnat förhållningssätt kunde lättare behandla den nya rollen som mamma medan kvinnor med behov av kontroll upplever situationen mer stressade och deprimerande. Inställningen gällande moderskap påverkade måendet starkt. (Haga, Lynne, Slinning & Kraft 2012, s. 458 - 466).

3.1.4 Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression

I en brittisk studie av Hannan (2016) undersöks äldre mödrars upplevelser om förlossningsdepression. Den centrala frågan i studien var: Hur upplevs förlossningsdepressionen hos mödrar i 30-års ålder och äldre, som aldrig har lidit av depression tidigare. Kriterier för deltagande i studien var förutom åldern, att barnet var fött under de senaste 5 åren, att modern skulle även identifiera sitt mående samt att de deltagande inte tidigare haft perioder av depression. De fyra kvinnorna i åldern 30-35 år intervjuades och intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av tolkningsfenomenologisk analys.

(Hannan J., 2016., s. 28-35). Även Edhborg, Friberg, Lundh och Widström (2005) har forskat i hur det är att leva med förlossningsdepression med syftet att undersöka och beskriva hur svenska kvinnor med tecken på förlossningsdepression två månader efter förlossningen upplevde de första månaderna med sitt barn. Dessa 22 kvinnor intervjuades cirka 80 dagar efter förlossningen. Som metod för denna studie användes grounded theory. (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005, s. 261 - 267).

I de båda studierna beskrev informanterna upplevelser av att tappa bort sig själv. I studien gjord av Hannan uppgav mödrarna att de hade förväntat sig en anpassning till moderskapet och att de skulle kunna njuta av det. Då verkligheten inte passade in i förväntningarna fick de känslor så som besvikelse, förvirring och förtvivlan. I försök att göra situationen "bättre" skötte de barnet så gott de kunde men glömde bort att ta hand om sig själva vilket ledde till sömnproblem, känslor av att förlora sig själva, sin energi och aptit (Hannan 2016, s. 28 - 35). Även i Edhborg, Friberg, Lundh och Widströms resultat kan man finna känslor av att förlora sig själv och känslor av att man har blivit övergiven. Kvinnorna hade även bekymmer och upplevelser av ett stort ansvar över barnet samt upplevelser av att vara en dålig moder för barnet. (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005, s. 261 - 267).

I de båda studierna uppgav kvinnorna även ha behov av socialt stöd. Enligt Hannans studie kunde förståelsen från rådgivningen ses som en värdefull insats till att återfinna sig själv igen. Resultatet visade även på att mödrarna var fullt medvetna om att de inte mårde bra och att inte enbart mediciner skulle hjälpa dem, de behövde förstå situationen också. Mödrarna längtade efter stöd och diskussioner kring ämnet men ville inte belasta sina familjemedlemmar med oro. (Hannan 2016, s. 28 - 35). Att inte vilja dela med sig om sjukdomen förekom i Edhborg, Friberg, Lundh och Widströms studie där de flesta mödrarna inte ville tala om sina känslor. Mödrarna upplevde att nedstämdhet snarare var svaghet än en sjukdom. I relationen till partnern kämpade mödrarna för att hålla jämlikhet i den nya situationen och att få partnern involverad i barnomsorgen. (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005, s. 261 - 267).

I Hannans studie framkom det även att de äldre kvinnorna ligger i riskzonen att vara överbeskyddande av barnet och prioritera det så mycket att de själva lider av det. Dessa mödrar upplevde också känslor av misslyckande, vilket medför en större risk att insjukna i depression eller att skada sig själv. (Hannan 2016, s. 28 - 35). I resultatet av Edhborg, Friberg, Lundh och Widströms forskning kunde man se att de nya mödrarna kämpade med livet i samband med sig själv, barnet och partnern. Resultatet av studien var att de deprimerade

känslorna efter förlossning kan förstås i ljuset av begreppen förluster och förändringar. (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005, s. 261 - 267).

3.1.5 Amningens påverkan på förlossningsdepression

I en brittisk studie skriven av Borra, Iacovou och Sevilla (2015) studerade man amningens effekter på förlossningsdepression hos mödrar. 14 000 barn och deras mödrar deltog i denna kvantitativa forskning. Alla barn var födda i Bristol i England i början av 1990-talet. Mödrarna rekryterades till undersökningen av läkare då de rapporterade sin graviditet. Data insamlades genom frågeformulär som fylldes i fyra gånger under graviditeten och sedan en gång efter födseln. I frågeformuläret ombads mödrarna beskriva amningen av barnet under de 4 första veckorna. Därutöver skulle mödrarna beskriva tillfällen efter födseln då de matade barnet och tillfällen då barnet fått fast föda eller modersmjölksersättning. De sju binära indikatorerna som användes i forskningen var: initiering, varje amning under åtminstone ett, två och 4 veckor, exklusiv amning under minst 1, 2 och 4 veckor. Även två kontinuerliga indikatorer beräknades, det vill säga den totala amningstiden och den totala exklusiva amningstiden. Multivariant linjär och logistiska regressioner användes sedan för att undersöka amningens effekt på mödrarnas psykiska hälsa. Den beräknade effekten av amning och förlossningsdepression var beroende på om amningen var planerad och på tecken på depression under graviditeten. I studien användes även Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) för att mäta depressionen. EPDS blanketten användes i screening av förlossningsdepression under graviditeten vecka 18 och 32 samt efter födseln vid 8 veckor, 8 månader, 18 månader och 33 månader. (Borra, Iacovou & Sevilla 2015, s. 897 - 905).

Ur resultatet kunde man se att amning har en effekt på moderns humör och att den psykiska hälsan. Valen att amma eller inte påverkar modern redan under graviditeten, mödrar som har tänkt amma sitt barn har minskad risk att insjukna i förlossningsdepression och majoriteten av mödrarna som inte var deprimerade under graviditeten planerade att amma sitt barn. De mödrar som hade planerat att amma men inte kunde göra det löpte en större risk att insjukna i förlossningsdepression, liksom de mödrar som inte alls hade tänkt amma sitt barn. I studien framkom det även att de positiva effekterna av att amma var som starkast vid 8 veckor efter

födelsen och blev svagare 8 månader efter födelsen. Den skyddande effekten av amning var mindre för kvinnor som hade varit deprimerade under graviditeten än för dem som inte var deprimerade, däremot gav exklusiv amning en skyddande effekt för denna grupp. Majoriteten av kvinnorna visade dock inga tecken på depression under graviditeten. (Borra, Iacovou & Sevilla 2015, s. 897 - 905).

3.2 Depression

Depression är ett förstämningssyndrom där människan har obalans mellan aktivitet och vila. Depression kan vara kortvarigt eller långvarigt och medföra personen lidande socialt, fysiskt och psykiskt. Sjukdomen kan förekomma i alla åldrar och orsaken kan vara olika. Depressionstillståndet kan beskrivas med symptom så som: nedstämdhet, minskat intresse, minskad glädje, viktnedgång, sömnstörningar, svaghetskänsla, skuld känslor, koncentrationssvårigheter och till och med tankar om döden. (Allgulander 2005, s. 171).

Symptom på depression kan variera i olika åldrar. Hos barn och unga kan symptomen ses som irritation, nedstämdhet, isolation eller svårigheter att vara ensam, medan äldre personer däremot lider av minnessvårigheter, värk och rädsla för sjukdom och döden. Ifall symptomen förvärras kallas tillståndet melankolisk depression. Detta tillstånd kännetecknas av ångest, allvarliga skuld känslor, aptitlöshet, viktnedgång och tydliga psykomotoriska symptom. Vid psykotisk depression kan även vanföreställningar framträda. (Allgulander 2005, s. 172 - 173).

3.3 Förlossningsdepression

Förlossningsdepression eller postpartum depression är ett depressionstillstånd som ofta förekommer hos mödrar, men det har även påvisats att fadern kan lida av det. 9-16% av föderskorna drabbas av förlossningsdepression, vanligen under de tre första månaderna efter förlossningen. Förekomsten minskar under den fjärde till sjunde månaden efter förlossningen. Orsaken till att insjukna i förlossningsdepression är okänt, men risken att insjukna är större om modern är under 20 år, om graviditeten är oplanerad, om man har

graviditetskomplikationer, om man haft flera graviditeter, vid ansträngande graviditet, om man har ett litet socialt nätverk, ostadigt parförhållande, ekonomiska problem, tidigare depressioner eller förstämningssyndrom. Invandrare löper större risk att insjukna vilket kan bero på brist på socialt stöd. Även störningar i sköldkörtelfunktionen och hormonbalansen kan anses öka risken. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s. 280; Terveys ja hyvinvoinnin laitos 8.1.16; Allgulander 2005, s. 177).

Den första depressionsepisoden för kvinnor bryter oftast ut i samband med förlossningen. I en brittisk undersökning påvisades det att kvinnor har tre gånger så stor risk att insjukna i depression för första gången i samband med förlossning. Att insjukna i depression under första förlossningen höjer risken för återfall med 40 % under andra förlossningar. Kvinnor som tidigare haft depression men inte insjuknat i förlossningsdepression har en 20 % risk för återfall under andra förlossningar. (Sjögren 2005, s.75). Svårighetsgraden av förlossningsdepression kan vara väldigt varierande. För mödrarna är det vanligt att känna nedstämdhet och ha ökad sårbarhet efter förlossningen, vilket kallas baby blues. Av baby blues drabbas 50-80 % av mödrarna och det kräver ingen behandling. I cirka en femtedel av fallen förvärras tillståndet och kan då leda till en förlossningsdepression. (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2014, s.135). Förlossningsdepression kan i sin tur leda till långvarigt depression eller ångest, men sannolikt återhämtar man sig själv helt inom några månader utan vård. Återfall är dock möjligt. Cirka 1-2 mödrar av tusen kan även insjukna i allvarligt barnpsykos som en följd av förlossningsdepression. Psykosen kan börja redan under första månaden efter förlossningen med symptom som t.ex. utmattning, sömnlöshet, gråtmildhet, vanföreställningar, retlighet och förvirring. Förlossningspsykos är ett allvarligt tillstånd och behöver alltid vårdas. (Terveys ja hyvinvoinnin laitos 8.1.16; Allgulander 2005, s. 177).

3.3.1 Symtom vid förlossningsdepression

Symptomen på förlossningsdepression uppkomma under graviditeten, vid förlossningen eller efter det. Sänkt stämningsläge, känslor av tomhet och av att inte känna igen sig själv dominerar i första hand tillvaron, vilket kan göra att vardagen känns tung och grå. Skuld-känslor, t.ex. över att inte räcka till som mamma eller att inte känna glädje över det efterlängtnade barnet, är även vanliga. (Sjögren 2005, s. 74). Andra vanliga tilltagande

symptom är humörsvängningar, irritation, känslor av hjälplöshet och mindervärde, förändrad matlust, sömnproblem, initiativlöshet samt självdestruktiva tankar. (Terveys ja hyvinvoinnin laitos 8.1.16).

Sjögren beskriver en rådande uppfattning om att symptom, prevalens och förlopp av en förlossningsdepression inte skiljer sig från en vanlig depression. Förlossningsdepression kan ändå ha större negativa konsekvenser i familjen och i barnets utveckling än en vanlig depression. Som moder upplever man sig ha gått miste om en viktig period i livet då man insjuknat i förlossningsdepression under barnets babytid, även självförtroendet påverkas på ett negativt sätt. Depression kan även hämma trygghetsrelationens utveckling hos barn och exponera dem för olika stress och trauman. Stress har påvisats ha en effekt på det centrala nervsystemets utveckling hos barn och kan därför medföra förstorad risk för barnet att insjukna i olika mentala sjukdomar. (Sjögren 2005, s.75).

3.3.2 Förebyggande faktorer och behandling av förlossningsdepression

Tillfrisknandet från förlossningsdepression sker oftast inom några månader av sig själv och en fullständig återhämtning är möjlig. Risken att utveckla ett långvarigt depressions- eller ångesttillstånd som kräver vård finns dock kvar ännu. Förlossningsdepression kan förebyggas med hjälp av information och råd som ges av hälso- och sjukvårdspersonalen vid t.ex. rådgivningen. Även korttidsinterventioner, d.v.s. stöd av personer i samma situation, och hembesök av professionella inom vården har visat sig ge goda resultat gällande förebyggandet. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s. 282). Både före och efter förlossningen kan det ordnas grupphandledning för att förebygga förlossningsdepression. (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2014, s. 137). För att skydda bland annat kvinnans egen hälsa, parrelationen och barnets hälsa är det viktigt att i tidigt skede få hjälp och behandling. (Sjögren 2005, s.75).

När förlossningsdepression har diagnostiserats behöver modern få information om sjukdomen och behandling för det. Det är även viktigt att modern accepterar sjukdomen och känner sig accepterad som mor trots att hon inte är kapabel att ta hand om familjen. Behandlingen av förlossningsdepression berör i första hand modern men hela familjen behöver stöd för familjens välbefinnande och barnets utveckling. (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen &

Laatikainen 2014, s. 137). Största delen av förlossningsdepressioner behandlas med psykosocialt stöd och information från en hälsovårdare eller barnmorska, vid svårare depressioner kan man behöva läkemedelsbehandling eller någon form av terapi. Även stöd från personer i samma situation, depressionsskötare och depressionsgrupper kan vara till nytta. Viktigt är också att bedöma behovet av psykiatrisk specialiserad sjukvård. Ifall föräldern eller föräldrarna är så deprimerade att hemsysslorna i hemmet inte blir gjorda kan man få hemhjälp. Rådgivningen, fostrings- och familjerådgivningen och barn eller vuxenpsykiatri polikliniken kan ordna stöd för interaktionen mellan den deprimerade föräldern och barnet, även de övriga barnens psykiska välmående i familjen skall utredas. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s. 282-283).

3.3.3 Diagnostisering av förlossningsdepression

För att så tidigt som möjligt kunna diagnostisera och förebygga förlossningsdepression är det viktigt att barnmorskan gör en noggrann anamnes om mödrarnas psykiska ohälsa, riskfaktorer och stödet kvinnan får inför barnafödandet. (Sjögren 2005, s. 78). Diagnostiseringen kan vara svår att göra på grund av att mödrarna själva inte ser symptomen som något allvarligt och kanske tror att stress och depression hör till moderskapet. Det här är även orsaken till varför de inte söker hjälp. Andra orsaker till att inte söka hjälp är känslan av skam över sina känslor och tankar, samt rädsla över att bli stämplad som en dålig mor. Mödrarna kan också vara försiktiga med att berätta om sina problem för att de inte vill uppleva att de misslyckats som förälder. På grund av detta får endast 20-40 % av de deprimerade mödrarna den diagnos och vård som de behöver. (Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2016).

3.3.4 Edingburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

EPDS d.v.s. Edingburgh Postnatal Depression Scale, gjord av arbetsgruppen Cox's år 1987, används för att identifiera och bedöma risken för förlossningsdepression hos mödrar och rekommenderas också att användas för bedömning av faderns depressionstillstånd.

Screeningen med hjälp av EPDS-formuläret görs vanligtvis i samband med efterkontrollen vilket är rekommenderat att göras senast 6-8 veckor efter barnets födsel. Vid behov kan EPDS-formuläret också användas i senare skede. EPDS-formuläret är lätt att använda och fylla i, varför det har visat sig vara ett tillförlitlig skattningsredskap för förlossningsdepression. Innehållet av formuläret kan också användas som ett samtalsunderlag. EPDS används förutom i Finland i flera andra länder och meningen är att formuläret används som sådan, utan ändringar för lokala förhållanden. Resultatet bedömer dock endast en del av helhetssituationen, vilket är orsaken att man inte endast utifrån EPDS-formuläret kan ge någon diagnos. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.136).

EPDS-formuläret (Se bilaga 1) består sammanlagt av tio påståenden om sinnesstämning och om det psykiska tillståndet, man svarar på dessa påståenden genom att ringa in de alternativ som bäst beskriver känslorna man haft under den senaste veckan. Två av dessa påståenden behandlar välbefinnande, två av sorgsenhet och de sex resterande behandlar ångestkänslor, obefogade självförebåelser, rädsla, känslor av hjälplöshet, sömnsvårigheter och självdestruktiva tankar. Dessa påståenden besvaras på en fyrgradig skala enligt intensitet. Resultaten ger maximalt 30 poäng, ju högre poängsumman är desto högre är sannolikheten att man lider av förlossningsdepression. En poängsumma på över 10 poäng indikerar en möjlig depression, medan 13 poäng eller högre indikerar till att personen i fråga lider av en allvarlig depression. Vid en poängsumma över 13 poäng bör man göra en noggrann klinisk bedömning och ifall svarspersonen medger sig ha haft eller ha självdestruktiva tankar skall det ordnas omedelbar hjälp även om poängen ligger under gränsen för depression. Formuläret ger även en möjlighet att se hur personen mått under den senaste veckan och öppna en diskussion om måendet och möjliga symtom man haft. Om situationen är oklar kan en ny bedömning göras efter två veckor. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s. 136 - 137).

3.4 Relationer

Att bli mamma innefattar förhoppningar, fantasier och frågor, som till exempel: hur kommer jag att bli som förälder och hur blir det första mötet med barnet? Men att vara mamma handlar också om en relation, ett sätt att vara tillsammans med sitt barn. Att vara moder kan ibland kännas svårt, men det finns rekommendationer att följa baserade på forskning, som t.ex. om at

och sjukdomar, och teorier, metoder samt åsikter om saker och ting som t.ex. sömn. Varje relation är ändå unik, ibland visar föräldern vägen och ibland barnet men ofta är det båda två. Liksom alla relationer innefattar relationen mellan moder och barn både negativa och positiva känslor. (Fröjdth & Zamor 2012, s. 11 & 287).

Vid förlossningsdepression kan modern bland annat ha sänkt stämningsläge, svårt att känna sig glad och må bra eller ha känslor av irritation och sorg. Dessa känslor kan leda till att hon känner sig som en dålig mor och därför är det viktigt för familjerelationerna att hon får känna sig accepterad, trots att hon inte kan glädjas åt och ta hand om barnet och familjen till hundra procent. Det är även viktigt att stöda interaktionen mellan mamman och barnet så att föräldern kan känna sig accepterad av barnet, och för att de skall få en så bra relation som möjligt trots depressionen. Även interaktionen mellan de andra barnen i familjen och mamman skall stödjas. (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2014, s. 137). De symptom modern har kan också ses som en del av familjelivet, de har påverkan på familjen, barnen samt på förhållandet mellan föräldrarna. (Reija 2015, s. 280).

3.4.1 Förlossningsdepressionens påverkan på familjen

Mamma-barn interaktionen och anknytningens utveckling kan få en negativ inverkan av moderns förlossningsdepression, vilket kan leda till en hämmad utveckling av barnet och till ett sämre välbefinnande. Även de övriga barnen påverkas av mammans depression och förlossningsdepressionen tär på föräldraresurser. Denna situation utsätter barnet för olika stress och trauman, vilket har visat sig vara associerade med förändringar i hjärnans funktion. Stress påverkar utveckling och tillväxt, vilket är ett pågående arbete för barn och ungdomar i det centrala nervsystemet och kan ge omfattande långsiktiga effekter. (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2014, s. 135; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 8.1.2015).

Psyksiska problem hos föräldrar, så som förlossningsdepression, kan bland annat ge barnet störningar i känslomässiga relationer. Detta kan öka risken för psykisk ohälsa för barnet senare i livet. Då en eller båda av föräldrarna lider av psykiska problem är det viktigt att utreda situationen för alla barn i familjen; får de tillräckligt med stöd och den vård de behöver? Den ekonomiska situationen i familjen bör också utredas ifall ena eller båda föräldrarna är hemma på föräldra- eller sjukledigt. Vid ekonomiska problem kan familjen

ansöka bidrag via FPA. Ifall familjen av samma orsak inte klarar av att sköta hemarbeten kan man arrangera hemhjälp för familjen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s.281-283).

Även relationen till de egna föräldrarna eller syskonen kan ändras då man själv blir förälder och av samma orsak kan man inse att man inte har så mycket gemensamt med de vänner som inte har barn. Ofta blir man närmare med de vänner som också har barn. Vid förlossningsdepression är socialt stöd viktigt och därför är det bra att försöka skapa ett stödnätverk av släktingar och vänner samt yrkesutbildade personal för att hjälpa mamman och resten av familjen att acceptera, förstå och klara av situationen. (Fröjdth & Zamor 2012 s. 287; Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2014, s.137).

3.4.2 Förlossningsdepressionens påverkan på parförhållandet

Graviditet och föräldraskap i sig själv ändrar så väl på individen som på parförhållandet mellan föräldrarna. Ändringarna hos individen kan ses som aktsamhet mot sig själv, vilket kan betyda att sluta dricka alkohol, sluta röka eller sluta med en farligare hobby som till exempel bergsklättring. Man kan även uppleva större obehag än vanligt att se på film som handlar om krig, våld eller olyckor. Dessa känslor kan uppkomma på grund av att man vill vara där för sitt barn och är rädd över vad som skulle hända barnet om man själv inte skulle finnas där för barnet. Plötsligt kan man börja se barn överallt och börja undra hur det egna barnet kommer att se ut och huruvida liv hon/han kommer att få. Att fundera över hur partnern blir som förälder och hur relationen kommer att påverkas är vanligt. (Fröjdth & Zamor 2012, s. 287).

Faderns delaktighet i hemsysslor och i skötseln av barn är speciellt viktigt då mamman lider av depression. Under mammans depression hamnar fadern att ta ett större ansvar över familjen vilket kan öka stressen för fadern och därför är det även viktigt att undersöka depressionssymptom hos fadern. Inom familjen har man ofta även andra problem som man behöver ta tag i och lösa, så som problem i parförhållandet, specialstöd äldre barn eller ekonomiska problem och arbetslöshet. (Hakulinen-Viitanen & Solantausta 14.4.2016).

Att föräldrarna får ärliga positiva kommentarer om vad som går bra med barnet och om de bra egenskaper barnet har stärker föräldrarnas upplevelse av sin egen kompetens. Känslan av att

den egna kompetensen är tillräcklig stöder interaktion och anknytning med barnet. Särskilt mödrarna upplever den egna kompetensen som förälder som en skyddande faktor för depression. Av samma orsak uppmanas föräldrarna att tillbringa en hel del tid med barnet om de inte har starka negativa känslor gentemot barnet. (Puura & Hastrup 8.9.2015).

3.4.3 Förlossningsdepressionens påverkan på interaktionen med barnet

För att främja positiva resultat av tidig interaktion mellan barn och förälder förs gemensamma diskussioner vid rådgivningen mellan hälsovårdare och föräldrarna efter graviditet. Vid dessa diskussioner kontrolleras det att interaktionen och relationen till barnet är i skick. För att barnet skall må bra måste föräldrarna upprätthålla rik ögonkontakt och känselkontakt med barnet. Föräldrarna skall även tala med barnet och göra saker tillsammans med barnet för att barnet skall må bra. (Puura & Hastrup 8.9.2015).

Samspelet mellan barnet och föräldern är ett måste för barnets neurobiologiska, känslomässiga, kognitiva och de sociala färdigheternas utveckling. På beteendenivån är kännetecknen för ett tillräckligt gott samspel att föräldrarna upprätthåller och söker ögonkontakt med barnet, att de ler och uttrycker positiva känslor med hjälp av miner som interaktion med barnet, att de talar med barnet med högre ton än normalt vilket är menat åt barn och att de varierar tonen med överdriven ton. Att hålla barnet nära sig själv samt garantera barnets säkerhet vid vårdande, att svara på barnets initiativ på interaktion med blick, uttryck, beröring eller röst och att förstå barnets behov samt svara på dem i god tid så att barnet inte behöver vänta alltför länge är andra kännetecken för gott samspel. Enstaka och oavsiktliga missförstånd skadar inte barnets utveckling, utan främjar barnets utveckling att utveckla metoder för att göra sig själv förstådd. (Puura & Hastrup 8.9.2015).

För att interaktionen med barnet skall vara tillräckligt borde föräldrarna ha positiva eller neutrala känslor gentemot interaktion, men både positiva och negativa känslor som behövs för en god relation. Föräldrarna borde kunna sätta sina egna behov åt sidan om det är nödvändigt och fokusera sig på barnet. Från barnets synvinkel är interaktionen tillräckligt bra om hennes/hans fysiska, psykiska och sociala behov förstås på ett adekvat sätt och behov tillgodoses så att barnet inte behöver vänta alltför länge eller stå ut för stora negativa erfarenheter eller känslor. (Puura & Hastrup 2015).

På beteendenivå uttrycker ett nöjt barn sina känslor med miner, ljud, gester och genom att söka föräldrarnas blick. Barnet kan även svara på föräldrarnas uttryckta känslor, dela sina känslor med föräldrarna och ha nytta av föräldrarnas tröstande. På psykologisk nivå kan en liten bebis bedömas endast indirekt genom att observera barnets reaktioner. Som tumregel kan sägas att en god samverkan mellan föräldern och barnet kommer att se bra ut och kännas bra för observatören. Otillräcklig samverkan från föräldrarna kan ses i barnets beteende som ovilja eller oförmåga att söka eller behålla ögonkontakt, brist på variation på miner, brist på rörelser och läten, långsam reaktion på stimuli, irritabilitet och missnöje, sömnproblem och problem med ätandet. Ju mer passiv och ovillig barnet är att ha interaktion desto mer oroande situationen. (Puura & Hastrup 8.9.2015).

Brist på samspel från föräldrarna resulterar ibland i att barnet inte får tillräckligt med tid av föräldrarna. Fastän barnets fysiska behov har uppfyllts kan de sociala och psykologiska behoven fortfarande finnas, och de kan uppfyllas genom att föräldern tar sig tid med barnet. En förälder som inte interagerar tillräckligt med sitt barn beskriver ofta att barnet trivs bra i timmar ensam i sin egen säng, på golvet eller framför televisionen. Dessa föräldrar kan lämna barnet ensamt fysiskt, vilket är att överge barnet. Att inte tillgodose barnets fysiska, psykiska och sociala behov kan vara innefatta att försumma behoven av mat, städning eller vila. Oroande tecken är brist på interaktion, att inte ha ögonkontakt med barnet, minskande eller frånvarande tal, maskinliknande skötande av barnet, känslor av rädsla eller ångest och plötsliga känslor av irritation. Negativa tankar om barnet och barnets fientliga behandling är särskilt oroande tecken och visar på allvarlig störning i interaktionen mellan föräldern och barnet. Även trötthet hos föräldrar kan orsaka problem i interaktionen, trötta föräldrar kan till exempel tolka barnets hungergråtande som att barnet trakasserar föräldern och hindrar denne från att vila. (Puura & Hastrup 8.9.2015).

4 Syfte och frågeställningar

Vår målgrupp för arbetet är mödrar med förlossningsdepression. Vårt syfte är att fördjupa oss i förlossningsdeprimerade mödrars tankar och upplevelser före och under förlossningsdepressionen och få en helhetsuppfattning om livet med förlossningsdepression. Vi är intresserade av hur mödrarna upplever sjukdomen för att i framtiden kunna ge både

förebyggande och lindrande vård som hälsovårdare. Informationen vi kommer att samla in baserar sig på ett antal informanter som i sina bloggar beskriver sitt liv med förlossningsdepression. Informationen som fås är begränsad och därför kan resultatet inte generaliseras.

Genom att läsa de bloggar våra informanter skriver vill vi få reda på dessa frågeställningar:

- Hur upplevs livet med förlossningsdepression av mödrar?
- Vad upplevs som lindrande/försämrande av tillståndet?

5 Metodbeskrivning

I detta kapitel beskrivs de metoder vi kommer att använda i vår studie och de etiska övervägandena av studien. Som informationskälla för arbetet använder vi oss av bloggar, vilka presenteras i ett eget kapitel.

5.1 Kvalitativ studie

Med kvalitativa studier eftersträvar man att återge det bästa möjliga av den kvalitativa variationen, och man intresserar sig för det unika och vad som är avvikande, man vill utforska karaktären av något. Att undersöka karaktären av något betyder att bestämma vilka begrepp som används om det undersökta att göra en klassifikation. Vi har valt att använda den kvalitativa metoden för vår studie eftersom analys av enskilda bloggar ger oss svar på vad som är karaktäriserande för en förlossningsdepression och vad som är unikt vid varje fall. (Holme & Solvang 2001, s.79-81).

Styrkan i den kvalitativa forskningsmetoden är att man får fram helhetssituationen, vilket ger en ökad förståelse för sociala processer och sammanhang. Metodens svaghet är att resultatet

inte går att generaliseras då frågeställningar endast täcker en enhet och inte alla. Kvalitativa studier präglas av flexibilitet och frågeställningar ändras i förhållande till erfarenhet och kunskap. Man kan även närma sig de olika undersökningsenheterna på olika sätt och frågorna samt ordningsföljden kan variera. Styrkan med kvalitativa studier är alltså att frågeställningarna ständigt förbättras för att få en bättre förståelse, men detta kan även ses som en svaghet då jämförelsen av informationen blir svårare. För att undvika problem vid forskningen görs ofta pilotstudier eller så kan enkäter testas i förväg. Detta är tyvärr ofta så resurskrävande att det inte finns möjlighet för det. (Holme & Solvang 2001, s. 79 - 81).

Med det kvalitativa angreppssättet får man en förståelse för hur enskilda människor, grupper och institutioner handlar och påverkar varandra. I en kvalitativ studie går forskaren på djupet med riklig information och få undersökningsenheter, det vill säga mindre antal personer men mer omfattande material. Metoden grundar sig på uppfattning och tolkning. (Johansson 2011, s. 90; Holme & Solvang 2001, s. 76-78).

5.1.1 Narrativ metod

Sedan mitten av åttiotalet har man kunnat se ett tvärdisciplinärt forskningsfält växa fram, detta kallas narrativa studier eller berättelseforskning. Berättelser, beskrivningar och förklaringar kan sägas skapa vår identitet, våra relationer, värderingar, normsystem och även organisationer. Genom narrativ metod kan man samla in och analysera muntliga eller skriftliga berättelser och denna metod kan användas både vid kvalitativa och kvantitativa undersökningar. Det vill säga vid textanalys, observation, intervju och audiovisuell inspelning samt transkribering. Skillnaden mellan skriftliga och muntliga berättelser är att skriftliga berättelser bara berättar om en händelse, medan muntliga berättelser berättar om en händelse och är i sig själv också en händelse. Den muntliga berättelsen kan alltså även sägas vara en framförande eller iscensättning. (Johansson 2005, s. 17 - 18, 21 – 22 & 25).

En stor del av vårt vardagliga tal utgörs av små berättelser för att återge något som hänt oss eller något vi hört, vi kallar oss ändå inte berättare fast vi egentligen är det. Berättelser utspelar sig i förfluten tid, berättandet är universellt och skapar grunden för människornas tänkande och skapande av kunskap. Att berätta är en av de tidigaste formerna för språklig kommunikation som vi lär oss som barn och som sedan används livet ut. Genom berättande

ger vi ordning till kaoset och gör de pågående sinnesuttrycken och upplevelserna inordnade i sådan form att de blir hanterbara. (Johansson 2005, s.15, 16 & 17).

I vårt arbete kommer vi att använda oss av bloggar som informationskälla, det vill säga den narrativa metoden, för att samla in information, närmare sagt av livsberättelser. Livsberättelser är en specifik form av berättelser där en person berättar om sitt liv eller valda aspekter av sitt liv. Med hjälp av dessa berättelser kan man undersöka olika aspekter, teman eller perspektiv av dessa personers liv och i dessa berättelser sätts människornas egna tolkningar av sig själv i centrum. I den narrativa metoden uttolkar även forskaren vad berättelserna betyder och vilken mening de har. Man söker inte efter en enda sann tolkning utan varje berättelse kan tolkas på flera olika sätt. Man kan alltså säga man tolkar andra människors tolkningar. (Johansson 2005, s.27).

Bloggar och bloggning är dagens sociala media. En blogg kan beskrivas som en webbsida där man publicerar aktuellt innehåll av sitt eget liv eller om andra intressanta ämnen. Bloggen ger skribenten yttrandefrihet, eftersom vem som helst kan publicera vad som helst när som helst. Ett blogginlägg kan innehålla både text och bilder. Alla inlägg på bloggen sparas på webbsidan och kan läsas av besökare. Många bloggar liknar dagböcker, är personliga till sin natur och karakteriseras av gemenskaplighet. En läsare kommenterar ett inlägg och det leder till en diskussion. Bloggar används också av företag till reklam för att nå kunder. (Kilpi 2006, s.3 & 5).

5.2 Urval av datamaterial

Som material för vår studie använder vi oss av fyra bloggar som behandlar ämnet förlossningsdepression. Dessa bloggar kan ses som en omfattande informationskälla som ger oss tillförlitligt material för vårt arbete. Bloggarna ger oss en helhetsbild på informantens livssituation, en omfattande uppfattning om hur förlossningsdepressionen påverkar mödrarnas hälsa fysiskt, psykiskt och socialt samt hur förlossningsdepressionen påverkar de olika livsområdena. Denna information är viktigt för oss för att vi skall få en bred synvinkel på hur mödrarna upplever sjukdomen.

Våra informanter kommer att vara de utvalda bloggarnas författare som har eller har haft förlossningsdepression. Två av de bloggare vi kommer att följa är från Finland och två av dem är från Sverige. Vi har valt att använda oss endast av de blogginlägg som behandlar ämnet förlossningsdepression, alla dessa inlägg är från åren 2013-2016. Tidslängden vi kommer att följa bloggarna är olika, detta eftersom vi kommer att följa bloggaren från den tid hon insjuknat tills denna dag. Det sammanlagda antalet sidor av text vi kommer att analysera är 68 sidor. Vi kommer att analysera alla bloggar som en analysenhet.

5.2.1 Informanterna

I detta kapitel presenterar vi våra informanter. Vi kommer att berätta allmänt om deras livssituation, familj och intressen. För att skydda informanternas integritet har vi valt att kalla dem bloggare A, B, C och D.

Vår första informant, bloggare A, är en 39 år gammal två barns mamma från Sverige. Hon gillar att träna och laga mat samt skriver flitigt i sin blogg. Hösten 2015 drabbades hon av en förlossningsdepression som hon fortfarande kämpar att bli frisk från. Det centrala hon vill föra fram är att komma ihåg man inte är ensam och hon vill gärna hjälpa sina läsare med förlossningsdepression genom sin blogg. Hon uppmuntrar även andra insjuknade att kontakta vårderna och att tala med liksinnade personer. Blogg A startades i februari 2016 och är kategoriserad i kategorier så som förlossningsdepression, kraschen, livet och reflektioner.

Vår andra informant, bloggare B, är en bloggare från Finland. Hon älskar att fotografera, baka, inreda och är en livsnjutare som drömmer om mycket. Hon arbetar i en klädbutik för tillfället men freelancar även som fotograf. Hennes blogg handlar till största del om livet som mamma. Förutom dottern som föddes 2015 tillhör hennes man, en katt och en iller till hennes familj. År 2015 efter dotterns födsel drabbades hon av någon form av förlossningsdepression, vilket hon även tar upp i sin blogg. *”Enligt testet på rådgivningen är jag precis under gränsen poängmässigt för depression, men som vi konstaterade kan man inte kolla blint på pappret. Det att jag säger att jag känner mig deppig räcker och för mig säger det massor. Jag är INTE typen som talar om sånt med ”främmande, ja, knappt ens med mina vänner”.* (Bloggare B, 2015).

Vår tredje informant, Bloggare C, bor med sin pojkvän och deras två döttrar i Sverige. Bloggare C har haft en långtida dröm om att bli mamma vilket gick i uppfyllelse år 2014 när

hennes första dotter föddes. Två år senare föddes deras andra dotter. År 2014 fick hon även diagnosen förlossningsdepression och sedan dess har hon kämpat med förlossningsdepression och depression samt genomgått flera kamper om liv och död inom sig. I sin blogg delar hon med sig förutom tankar kring förlossningsdepressionen även glimtar ur vardagen, tankar och funderingar kring graviditet, barnsäkerhet, resor, familjeliv, förhållande, recept, pyssel och fotograferingar.

Vår fjärde informant, Bloggare D, är bosatt med sin familj i England men är hemma från Finland. Till hennes familj hör hennes man och hans två barn samt deras två gemensamma barn. Förlossningsdepressionen diagnostiserades efter födseln av deras första gemensamma barn som föddes som prematurbarn med allvarligt nedsatt hörsel, synskada och cp-skada. I bloggen skriver hon om sin familj, deras vardag och om huruvida livet är med ett cp-skadat barn. Hon delar med sig öppet och frimodigt om sina känslor, ner- och uppförsbackar och upplevelser om hur det är att känna sig ångestfull och deprimerad med ett nyfött barn.

5.3 Dataanalys

Den kvalitativa innehållsanalysen kan användas vid analys av textmaterial såsom dokument, intervjuer, observationer, frågeformulär, dagböcker eller andra typer av texter. Innehållsanalysen kan göras både i kvantitativa studier med stort antal datamaterial, och i kvalitativa studier med ett mindre datamaterial. Analysformen kan vara induktiv eller deduktiv. Den induktiva analysen görs utgående från innehållet i texten medan den deduktiva analysen görs utgående från en teori eller modell. (Henricson 2014, s. 335).

I vårt arbete kommer vi att analysera det insamlade materialet på ett induktivt sätt, d.v.s. vi kommer att studera och observera det insamlade datamaterialet och låta bloggtexten tala till oss. Därefter kommer vi att välja ut innehåll som beskriver mödrarnas upplevelser om förlossningsdepression, d.v.s. att dra vår slutsats. (Henricson 2014, s.37).

För att kunna göra en kvalitativ innehållsanalys bör man ha ett syfte med en fråga, en design för studien, en plan för datainsamlingen och en analysform. Innehållsanalys handlar alltså om att läsa och analysera utifrån det syfte man har i studien, att välja ut lämpliga texter och skapa kunskap av innehållet av texterna. (Henricson 2014, s.339; Fejes &Thornberg 2015, s.178) Kvalitativ innehållsanalys är oavsett tolkningsdjup beskrivande och resultaten är lätta att

använda, vilket även är en orsak varför vi valt att använda denna metod. (Henricson 2014, s.342).

För att kunna göra en innehållsanalys är det viktigt att förstå de olika delarna i innehållsanalysen. En *analysenhet* kan vara en person, grupp, organisation, program, texter från intervjuer, dagböcker, observationer eller frågeformulär. Patton beskriver att fokus i datainsamlingen bör vara på vad som händer med personen och hur man påverkas av händelsen. Med *domän* avser man området som skall analyseras, t.ex. frågor från en intervjutext var frågorna delas in i olika områden d.v.s. domäner. *Meningsenheter* består av ord med samma budskap i texten vilket är ett underlag för kodning. *Kod* är samlingsnamn för meningsenhet och är till stöd för att förstå sammanhang i texten. Koder kan sedan delas i grupper och bilda *kategorier*. Kategorierna är koder med liknande betydelse medan *teman* berättar mera omfattande om vad kategorierna handlar om. För att få fram övergripande teman i texter gäller det att analysera och tolka de olika kategorierna. (Henricson 2012, s.332 - 333).

5.4 Etik

Under hela forskningsprocessen under skrivandet av examensarbete bör man göra etiska överväganden och undvika att kränka, utnyttja eller såra någon. Därför skall man ta fasta på de etiska principerna. Vårt valda ämne kan uppfattas som känsligt, vilket kan möjliggöra kränkning av våra informanter. Enligt boken Vetenskaplig teori och metod, skrivet av Henricson (2014) skall informationen som samlas in bedömas enligt hur känsligt det är, i vilket sammanhang det används, vad syftet är och om materialet kommer att spridas. Användning av känsliga uppgifter och spridning av dessa utgör ett hot mot integritet. (Henricson 2014 s.72, 79 - 80).

I vårt arbete kommer vi att använda bloggar som informationskälla och vi kommer att läsa samt studera om hur bloggerna upplever sitt liv med förlossningsdepression. Som läsare av en blogg kan man uppleva sig göra ett intrång i skrivarens privata sfär fastän bloggarna finns till förfogande för alla att läsa på internet, vilket betyder att innehållet redan är spridd och därmed utgör det inget hot mot deras integritet. De bloggar vi valt att analysera är öppna bloggar till vilka alla har tillgång till, vi behöver ändå skydda människan och respektera

människovärdet vilket är orsaken till att vi inte kommer att uppge några namn. I enlighet med Henricson (2014) skall vi sträva efter att skydda konfidentialiteten och därför får materialet inte vara kännbart för allmänheten, läsaren skall inte kunna identifiera personen bakom forskningen. Därmed skall vi inte heller publicera namn på bostadsort eller arbetsplatser, utan vi kommer att byta ut namn på personliga uppgifter om sådant framkommer. (Henricson 2014, s. 86-87).

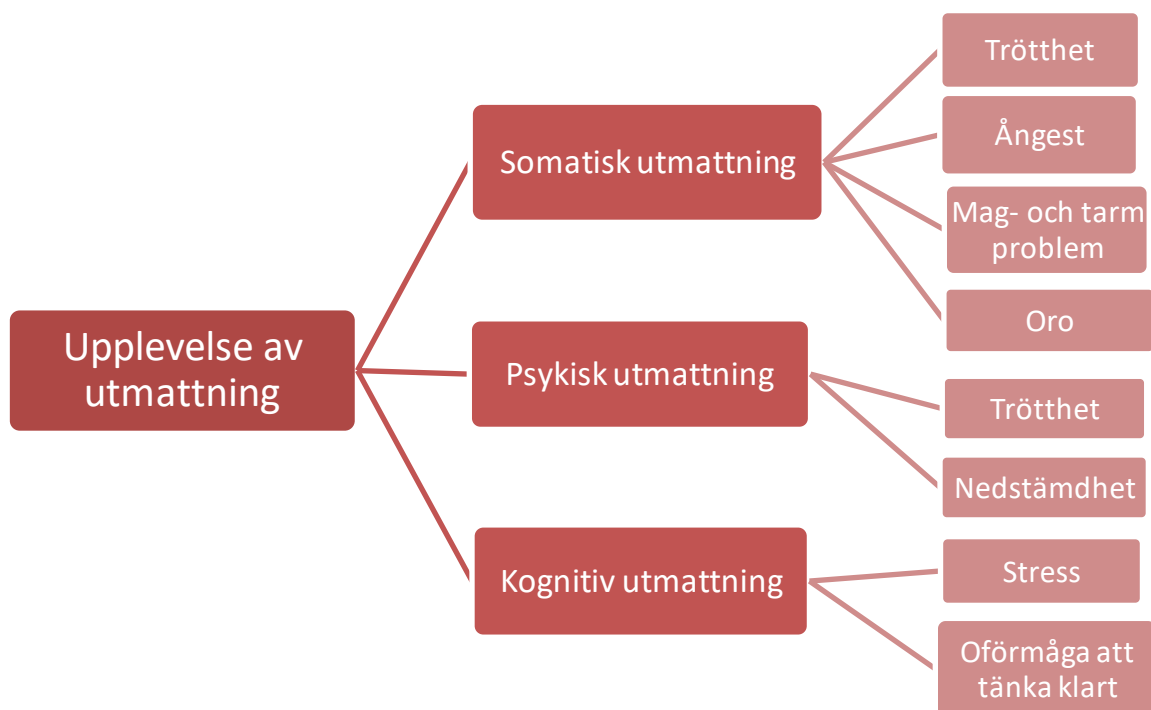
Enligt Henricson är det även viktigt att studien har ett etiskt motiv och att studien har en betydelse. En viktig fråga som man kan utgå ifrån är “för vem är forskningen värdefull och på vilket sätt?”. Studien kan vara till nytta för individen, samhället eller professionen. (Henricson 2014, s.77). Vi har valt att undersöka mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression för att kunna möta dem i framtiden med förståelse och god vård. Därmed blir nyttan koncentrerad primärt åt professionen, alltså vårdpersonalen. Även samhället och individen får nytta av att veta hur förlossningsdepression upplevs av mödrar. Vi kan alltså sägas ha ett gott motiv med vår forskning.

6 Resultatredovisning

I detta kapitel redovisar vi resultaten av vår studie. Resultaten indelas enligt innehållsanalysen i teman med kategorier och underkategorier. Vi citerar bloggarna för varje kategori. Vi har valt att inte översätta de finska citaten eftersom vi vill behålla det ursprungliga innehållet för att undvika syftningsfel. Vi bekantade oss med materialet genom att läsa igenom det flera gånger och sedan förde vi samman all text med likartad mening. Efter det påbörjade vi namngivning av teman, kategorier och underkategorier. Vid analyseringen bildades det sammanlagt 8 teman med tillhörande kategorier och underkategorier. Vid presentation av analysen kommer vi att ge några exempel på citat över upplevelserna. I nedanstående kapitel presenterar vi de teman, kategorierna och underkategorierna vi hittat i resultatet med hjälp av text och figurer.

6.1 Upplevelse av utmattning

I temat upplevelse av utmattning beskrivs vad som har gett våra informanter upplevelsen av utmattning. Temat är indelat i tre kategorier: somatisk utmattning, psykisk utmattning och kognitiv utmattning. Dessa kategorier är i sin tur indelade i flera underkategorier. Nedanstående figur presenterar temat upplevelse av utmattning.



Figur 1. Upplevelse av utmattning.

Somatisk utmattning

Vid upplevelse av utmattning beskrev våra informanter flera somatiska symptom. Dessa kroppsliga tecken som beskrevs var trötthet, ångest, mag- och tarm problem och oro, dessa tecken bildade underkategorierna.

Trötthet

Våra informanter uppgav sig uppleva trötthet under förlossningsdepression, de förklarade det som en upplevelse av att inte orka leva sina normala vardagsliv. De uppgav bland annat att de inte orkar leka med barnet, att de inte orkar eller vill göra saker och att trots lång nattsömn känner de sig inte utvilade eller pigga.

“Att leva med den (förlossningsdepressionen) i vardagen med två barn och sambo är inte heller lätt. För någon. Ena dagen är jag som vanligt, nästa dag orkar jag inte ens tvätta håret eller borsta tänderna.” (Bloggare C).

”Olen tyttäreni syntymästä lähtien ollut hyvin itkuinen ja stressaantunut sekä väsynyt. Minun on ollut välillä vaikea nousta sängystä ylös, ja olemme viettäneet ihanankin pitkiä loikoiluaikoja sängyssä tyttäreni kanssa. Mutta samalla olen vältellyt arkea. Tekemättömiä töitä.” (Bloggare D).

Tanken om morgondagen upplevdes tung, mödrarna beskriver att de helst skulle vilja ligga i sängen hela dagen. Vissa dagar upplevdes mera normala medan andra dagar orkade de inte ens sköta om den egna hygien.

Ångest

Informanterna uppgav sig uppleva ångest vid människokontakter och då de inte kände sig stödda. Ångesten utlöste sig även i fysisk form och gjorde mödrarna nervösa och inåtvända.

”Min ångest tog sig en fysisk form för att min stöttpelare var borta.” (Bloggare A).

”Minun on vaikea lähteä kotoa. Ahdistaa ajatus lähteä kotoa, ”turvasta”. Kävellessäni kaduilla en ota kontaktia muihin ihmisiin, tuijottelen joko varpaitani tai sitten lastenvaunuja” (Bloggare D).

Att lämna hemmet upplevdes ångestfyllt och när de gick ut bland andra människor undvek de därför ögonkontakt.

Mag- och tarm problem

Informanterna uppgav sig ha mag- och tarm problem relaterat till stress orsakad av förlossningsdepression.

“Jag var ganska nervös inför den här tiden och ni känner ju sedan tidigare till min panik-magsjuka som jag hade.” (Bloggare A).

De fysiska symptomen förvärrades då allmäntillståndet försämrades. När nervositeten och stressen tog över fick de problem med magen.

Oro

Oro upplevdes på grund av tvivel på sig själv och sin kunskap, samt över möjliga misstag som kunde göras.

”Olenko tarpeeksi hyvä, ja entä jos teen jonkun virheen joka vahingoittaa häntä ja hänen tulevaisuuttaan?” (Bloggare D).

”Jag är orolig för mig själv och mina handlingar.” (Bloggare C).

Oron över att räcka till som mamma, att göra ett misstag som förstör barnens framtid och ovissheten över framtiden oroade mödrarna mest.

Psykisk utmattning

Vid utmattning upplev våra informanter även psykiska symptom så som trötthet och nedstämdhet. Dessa upplevelser bildade underkategorier i upplevelse av psykisk utmattning.

Trötthet

Tröttheten våra informanter beskrev sig uppleva var trötthet på sig själv, sitt liv och sitt mående. De såg inget ljus i tunneln, de kände sig fastgjutna i depressionen.

”Är så jävla trött på mig själv, mitt liv och mående. Jag tror på riktigt att det kommer vara såhär föralltid för när fan ska depressionen försvinna och livssituationen bli bättre?” (Bloggare C).

”Det är tungt att slåss mot sig själv.” (Bloggare A).

Mödrarna beskrev att det kändes tungt och svårt att leva vardagslivet, de upplevde det som att slåss mot sig själv och som att det krävdes mycket av dem för att klara av det.

Nedstämdhet

Nedstämdheten våra informanter beskrev i sin blogg beskrevs som något grått och dystert. Nedstämdheten beskrevs även som en blandning av ångest och sorg vilket övergrep vardagen.

”Mina dagar var gråa, dystra och långa. Mitt liv förvandlades till ett rent helvete som plågade mig varje dag. Min själ blev svart av sorg och allt ljus i livet försvann.” (Bloggare C).

”Minä syvennyin tutkimaan ahdistustani. Löysin surua. Minulla on ehdottomasti hyvin monta syytä olla surullinen.” (Bloggare D).

Mitt inne i nedstämdheten upplevde mödrarna inget positivt med livet och upplev sig ha flera orsaker till att vara ledsna.

Kognitiv utmattning

Även kognitiva symptom upplevdes av mödrarna med förlossningsdepression. De kognitiva symptomen som kunde noteras var stress och oförmåga att tänka klart. Dessa upplevelser bildade underkategorier i denna kategori.

Stress

Informanterna uppgav sig uppleva stress i sin vardag med att sköta barnet och hemmet. Varje dag skulle det uträttas någonting och de upplevde sig inte få tillräckligt med vila.

”Inte en dag går utan att nåt ska göras.” (Bloggare B).

”Minä stressasin. Melkein purskahdin itkuun aloittamassani äitiryhmässä Annan kanssa, kun siellä annettiin samaa neuvoa – nuku, kun vauvasi nukkuu. En minä voi! Entä, jos sossu tulee käymään silloin, kun en ollutkaan tiskannut, pyykännyt, luutunnut lattioita?” (Bloggare D).

Upplevelse av stress förekom bland annat över ett ostädat hem, av att inte vara en tillräckligt bra mamma och av att bli avslöjad som en lat mamma. Att vila kändes omöjligt då det fanns så mycket annat att göra.

Oförmåga att tänka klart

Informanterna upplevde även att de inte kunde tänka friska tankar om varken sig själva eller över sina liv. De upplevde att depressionen hade kontrollen och styrde dem, vilket gjorde att de lurades av sjukdomen och inte kunde känna igen deras egna tankar.

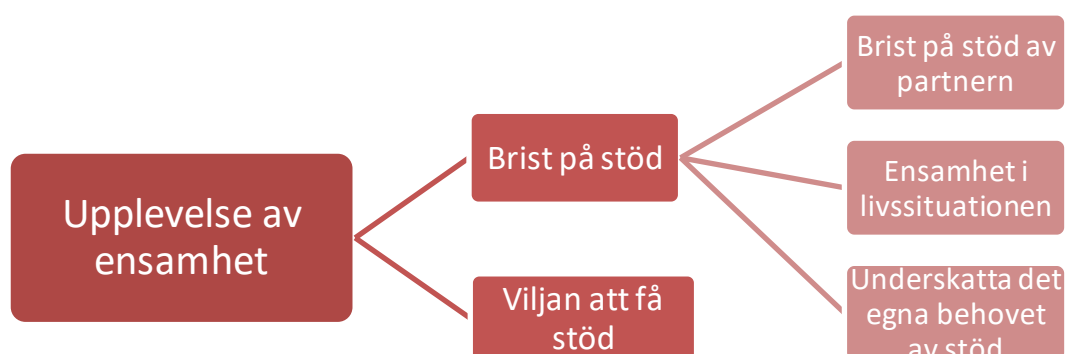
"Jag VET att depressionen tar överhand och rubbar mina tankar. Den ligger som en grå tjock dimma och gör att jag inte tänker klart. Jag vet det, för jag har ju varit i samma sits tidigare. Ändå luras jag av tankarna och jag kan inte stoppa mig själv. Depressionen är starkare än mig och jag känner att den äter upp mig inifrån. Jag förstår de mammor som ger upp och sköljs med i depressionen. Dör som det vore ett obotligt virus." (Bloggare C).

"Det är fruktansvärt hemskt att vara deprimerad och inte kunna kontrollera sig själv." (Bloggare C).

Depressionen var enligt mödrarna starkare än de själva och de hade en upplevelse av att depressionen äter upp dem inifrån. Att inte ha kontrollen själv upplevdes som något hemskt.

6.2 Upplevelse av ensamhet

I temat upplevelse av ensamhet beskrivs informanternas upplevelse av ensamhet och vad som lett till denna upplevelse. Temat är indelat i två kategorier: brist på stöd och viljan att få stöd. Dessa kategorier är i sin tur indelade i underkategorier.



Figur 2. Upplevelse av ensamhet.

Brist på stöd

Vid upplevelse av ensamhet beskrev våra informanter att de upplevde sig sakna stöd av såväl partnern som av familj och vänner. Bristen av stöd från partnern uppgav mördarna var den

största orsaken till upplevelse av ensamhet, ensamhet i livssituation upplevdes också. Mödrarna talade även om att de inte såg sig själv behöva stöd i situationer de egentligen behövde det. Dessa tre upplevelser: brist på stöd av partnern, ensamhet i livssituationen och att underskatta det egna behovet av stöd, bildade underkategorierna i denna kategori.

Brist på stöd av partnern

Brist på stöd av partnern upplevdes då modern kände sig lämna utan stöd och hjälp av partnern.

”Att sambon har massor av jobb hela sommaren gör ju inte saken bättre heller.” (Bloggare B).

”Lika delar ledsen som besviken, jag trodde han förstått att han behövde finnas där, jag tyckte det var självklart.” (Bloggare A).

Modern upplevde sig inte få tillräckligt med tid och hjälp av partnern i vardagslivet som hon upplevde sig behöva, vilket upplevdes som brist på stöd. Enligt mödrarna förstod inte partnern heller hur viktigt tiden och stödet var för mödrarna, vilket gjorde mödrarna besvikna.

Ensamhet i livssituationen

Ensamhet i livssituationen upplevdes då mödrarna inte kände någon i samma livssituation eller då de upplevde att ingen verkligen förstod hur de mådde.

”Nåt av det värsta är att jag just nu känner att jag inte har någon i samma situation som förstår mig.” (Bloggare B).

”Personer runtomkring har sagt till mig ett flertal gånger att ”det kommer bli bättre” och i mitt fall ville jag bara skrika rakt ut ”nej, det kommer fan inte bli bättre, du har ingen aning om hur jag mår.” (Bloggare C).

Kritik och kommentarer av personer som inte är i samma livssituation stärkte upplevelsen av att ingen förstår en och att man är ensam, liksom att inte ha någon att prata med om det som händer i livet.

Underskatta det egna behovet av stöd

Informanterna uppgav sig ha svårt att erkänna det egna behovet av vård och de upplevde även att de inte var tillräckligt sjuka för att få vård.

”Det var en kamp mellan mina egna viljor. Viljan att få hjälp och viljan av att inte vara till besvär.” (Bloggare A).

”...o ändå känns det onödigt o som att jag tar tid av nån som verkligen behöver hjälp. För det är inte så illa.” (Bloggare B).

”Jag ser oftast även andras bekymmer som betydligt värre än mina egna, detta oavsett vad det handlar om.” (Bloggare A).

Att söka hjälp upplevdes som en kamp mellan viljan att bli frisk och viljan att inte besvära vårdenheten i onödan, de tänkte att det fanns säkert någon som behövde få hjälp mera än de. Mödrarna kunde inte heller se det egna behovet av hjälp, utan upplevde andras bekymmer större än de egna.

Viljan att få stöd

Våra informanter uppgav sig ha en vilja av att få stöd av andra människor. Att få höra fina ord och uppmuntran i sin kamp mot förlossningsdepressionen upplevdes som något positivt.

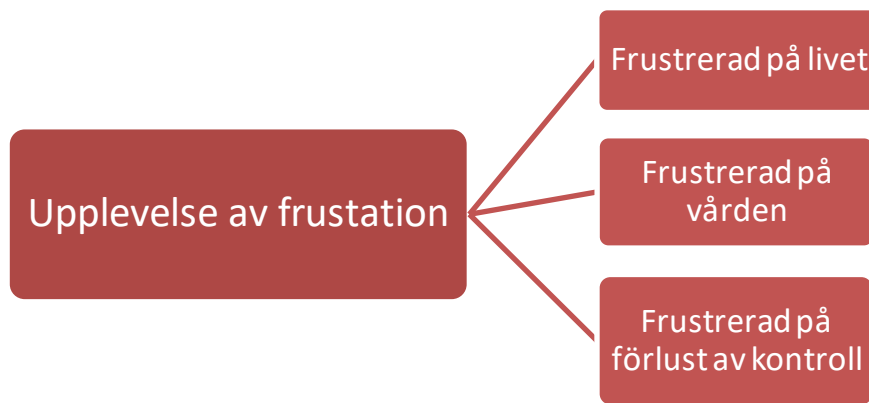
”Jag ville ha stöd och peppning. Så jag skrev ut om det, både på facebook och även på mitt privata instagramkonto.” (Bloggare A).

”Det är märkligt men jag kände att jag behövde berätta för andra vad jag gick igenom.” (Bloggare A).

Att få berätta om det egna måendet upplevdes som något man måste göra för att klara av sin situation. Mödrarna berättade öppet om sin situation åt andra för att få stöd och hjälp, de skrev även öppet om sin situation i sociala medier för att nå så många som möjligt.

6.3 Upplevelse av frustration

I temat upplevelse av frustration beskrivs vad som gjort våra informanter frustrerade och varför. Temat är indelat i tre kategorier: Frustrerad på livet, frustrerad på vården och frustrerad på förlusten av kontroll. Nedanstående figur presenterar temat upplevelse av frustration.



Figur 3. Upplevelse av frustation.

Frustrerad på livet

Mödrarna upplevdes som tyngre än det borde, vilket gav upphov till frustation.

“Olen turhautunut, koska kaikki tuntuu niin paljon vaikeammalta kuin mitä niiden pitäisi olla.” (Bloggare D).

“Jag orkar inte vara positiv! Jag har blivit bitter och tycker det är orättvist. Jag ser inget hopp och det känns så meningslöst alltihop.” (Bloggare C).

De upplevde att livet var orättvist och hopplöst, allting kändes fel vilket gav dem upplevelsen av frustation.

Frustrerad på vården

Frustation på vården grundade sig i upplevelsen att de inte fick den vård de behövde, även bemötandet inom vården frustrerade dem.

” På tisdag har vi rådgivning så då hoppas jag på att få svar på mina frågor och funderingar...suck.” (Bloggare B).

””Varför ställer han alla dessa frågor om jag snart ska gå hem utan hjälp?!””Varför åkte jag hit?!” Vart ska jag ta vägen nu?”” (Bloggare A).

Mödrarna upplevde frustation på grund av vårdpersonalens beslut som inte kändes rätta och på grund av att de egna funderingarna samt frågorna bara ökade i takt med läkarbesöken. Även ovissheten om framtiden upplevdes som frustrerande av mödrarna.

Frustrerad på förlust av kontroll

De förlossningsdeprimerade mödrarna uppgav sig känna förlust av kontroll, vilket gav upplevelser av frustration. De upplevde att de inte med sina tankar eller handlingar kunde styra sitt liv utan att depressionen hade tagit över styrandet av livet.

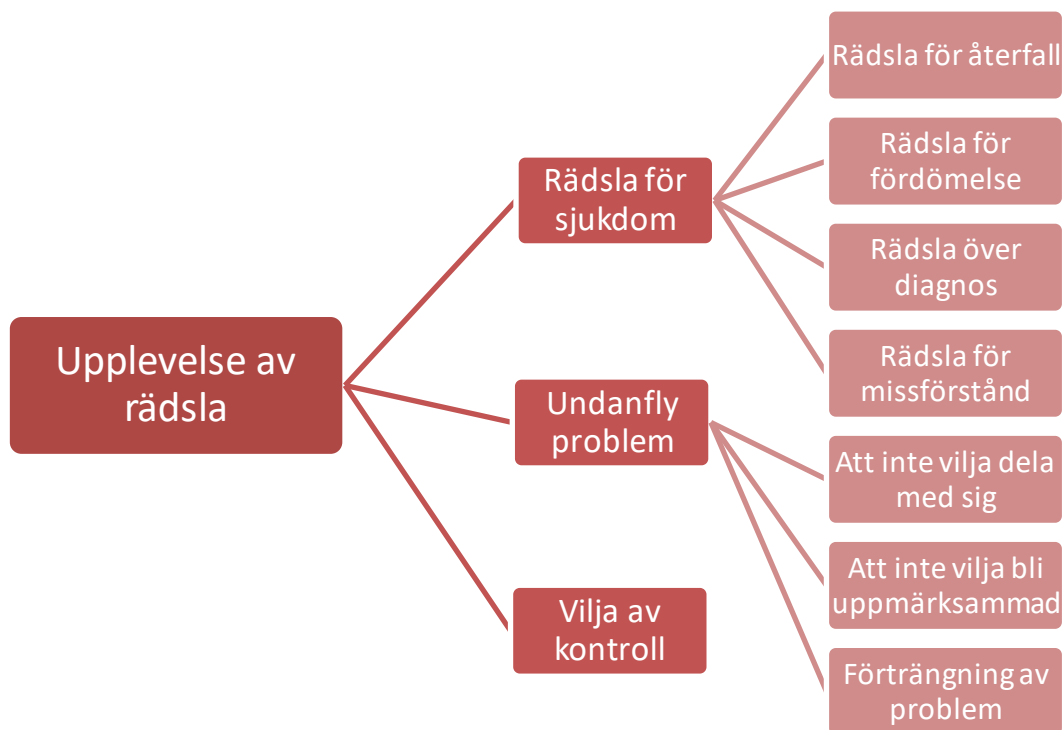
“Det är fruktansvärt hemskt att vara deprimerad och inte kunna kontrollera sig själv.” (Bloggare C).

“Under den här tiden var det aldrig mina tankar eller handlingar som styrde. Jag kunde varken påverka eller kontrollera mig själv. Ibland hände det att jag låste in mig och skrek, grät och hyperventilerade något fruktansvärt.” (Bloggare C).

Att inte ha kontroll över det egna livet upplevde mödrarna som något hemskt och fruktansvärt. Fast den fysiska förmågan upplevdes vara kvar var känslorna som försvunna, allt detta frustrerade mödrarna.

6.4 Upplevelse av rädsla

I temat upplevelse av rädsla beskrivs informanternas rädsla, vad som lett till upplevelsen av rädsla och i vilka situationer det förekommer. Även olika beteendemönster som uppkommer vid upplevelsen av rädsla tas upp. Temat är indelat i tre kategorier: Rädsla för sjukdom, att undanfly problem och vilja av kontroll, kategorierna är i sin tur indelade i olika underkategorier. Nedanstående figur presenterar temat upplevelse av rädsla



Figur 4. Upplevelse av rädsla.

Rädsla för sjukdom

Vid upplevelse av rädsla för sjukdom beskrev våra informanter sig uppleva rädsla för återfall, rädsla för fördömelse, rädsla över diagnosen och rädsla för missförstånd. Dessa olika upplevelser bildar även underkategorierna i denna kategori.

Rädsla för återfall

Rädslan att insjukna på nytt i förlossningsdepression förekom både under bättre och sämre perioder av förlossningsdepression. Som starkast var rädslan för återfall under sämre perioder.

“Jag har mått dåligt sedan en tid tillbaka och jag har varit livrädd för att få ett bakslag och falla ner i depression igen.” (Bloggare C).

Rädslan för återfall var även närvarande under de lindrigare perioder av depressionen då mödrarna upplevde rädsla över att tillfrisknandet inte skett i den mån de tänkt sig och var därför rädda för att insjukna igen.

Rädsla för fördömelse

Rädsla av att bli dömd för sin förlossningsdepression kunde ses så väl vid sökandet av hjälp som vid skrivandet av blogg.

”Jag ville inte bli dömd. Inte för någonting som jag inte kunde rå för.” (Bloggare A).

”Jag hoppas att ingen känner att den behöver komma med negativitet då jag öppnar mitt innersta tröttaste jag här på bloggen.” (Bloggare B).

Mödrarna upplevde sig behöva hålla mycket för sig själv, de ville inte berätta om det egna måendet för andra. Att tala anonymt om sina upplevelser och tankar kändes tryggare på grund av att de då inte kunde bli avslöjade. Mödrarna ville inte bli dömda av något de inte kunde själv påverka och de ville inte heller höra negativa kommentarer av de tankar och upplevelser de hade, de var rädda för hur andra såg dem.

Rädsla över diagnos

Att få diagnosen förlossningsdepression upplevdes av mödrarna som något hemskt och något som de egentligen inte ville ha. Att få diagnosen upplevdes som en tomhet, mödrarna visste inte vad de skulle tänka eller tycka om saken.

”Efter att överläkaren informerat mig om min diagnos som är nästan helt säkerställd, då är det som att jag hamnar i ett läge av total tomhet.” (Bloggare A).

” Det är en märklig känsla att få en diagnos. På något sätt får man en stämpel, en stämpel som ska förklara någonting är ”onormalt” men du känner dig fortfarande normal?” (Bloggare A).

Mödrarna upplevde rädsla över diagnosen som skulle förklara deras upplevelser. De kände sig stämplade med en förklarning om att vara onormal fastän de kände sig normala, vilket ledde till upplevelse av rädsla.

Rädsla för missförstånd

Rädsla för missförstånd upplevdes bland mödrarna både vid diskussioner och vid skrivandet av blogg. Mödrarna var rädda för att någon skulle missförstå deras upplevelser av depression som hat eller försummelse.

”I skrivandets stund vet jag inte om detta kommer att publiceras eller ej, av rädsla att bli missförstådd, av rädsla att nån ska tro att jag inte älskar mitt barn, vilket jag gör mer än något annat, men jag skriver ändå.” (Bloggare B).

Mödrarna upplevde speciellt rädsla för att någon skulle förstå deras upplevelser av depression som känslor av hat mot barnet eller sin familj. På grund av att skrivandet och berättandet av det egna måendet upplevdes som någon form av terapi, något som hjälpte dem, valde mödrarna ändå att skriva och berätta öppet om förlossningsdepressionen.

Undanfly problem

Informanterna uttryckte i sina texter en önskan om att vilja undanfly sina problem. Upplevelsen av att vilja undanfly sina problem beskrevs ofta av våra informanter under förlossningsdepressionen. I temat att vilja undanfly problem beskrivs vad som har gett våra informanter upplevelsen av att vilja fly sina problem och hurudant det påverkar beteendet. Kategorier som fanns i detta tema var att inte vilja dela med sig, att inte vilja bli uppmärksammas och förträngning av problem.

Att inte vilja dela med sig

Kategorin att inte vilja dela med sig handlar om att skydda sig själv mot andras elaka kommentarer och tankar. Att inte vilja dela med sig baseras ofta på negativa tidigare upplevelser om att dela med sig om svåra saker och av att bli sårad av andras nedvärderande kommentarer.

”Förr bloggade jag väldigt öppet om hur det kändes att vara mamma. Men så fick jag en kommentar som träffade så rakt i hjärtat negativt att jag inte längre vill blogga om saker och ting.” (Bloggare B).

”Hur mycket man än är villig att dela med sig av sig själv och angående sig själv så har man ändå vissa gränser...Jag tror faktiskt att det har att göra med att jag nog har en viss självbevarelsedrift...mer eller mindre instinktiv drift att skydda sig själv från skada och död.” (Bloggare A).

Mödrarna upplevde sig ha en självbevarelsedrift, en drift som gjorde att de automatiskt skyddade sig själv från skada och död vilket upplevdes behövas under förlossningsdepression.

Inte vilja bli uppmärksammas

Under förlossningsdepression upplever mödrar sig sårbara och vill därför försöka skydda sig själva, vilket också kan uppfattas som isolation.

“Kävellessäni kaduilla en ota kontaktia muihin ihmisiin, tuijottelen joko varpaitani tai sitten lastenvaunuja.” (Bloggare D).

“Ollessani missä tahansa sosiaalisessa tilanteessa, yritän päästä ”piiloon”. Sohvanurkkaan, kahvilassa syrjäisimpään paikkaan istumaan.” (Bloggare D).

För att inte bli uppmärksammas och för att känna sig bekväm med situationen försökte mödrarna undvika ögonkontakt med andra människor, de ville få vara i lugn och ro för sig själva och hålla sig undan från andra människor för att inte väcka uppmärksamhet.

Förträngning av problem

På grund av förlossningsdepression kämpar mödrarna med sitt liv på flera olika delområden. Livet med förlossningsdepression ger mödrarna många olika tankar, känslor och upplevelser vilka de inte klarar av att hantera. För att förtränga dessa försöker mödrarna hålla sig upptagna med olika sysslor eller nonchalera händelser, detta för att klara av vardagen.

“Pidän itseni kiireisenä. En anna itseni tuntea mitään. Teen näin pitääkseni itseni toimintakykyisenä.” (Bloggare D).

”Jag har funderat på hur jag kan försvinna men återkommer hela tiden till att jag inte vill försvinna. Jag vill inte lämna mina barn, jag älskar mina barn. Jag vill inte lämna min man...” (Bloggare A).

Viljan att förtränga problem upplevdes bland annat som att vilja åka bort, bara lämna allt och försvinna. Detta upplevdes speciellt under de svåraste perioderna av sjukdomen. Fastän viljan att förtränga sina problem var stark valde mödrarna ändå att kämpa vidare med livet på grund av kärleken till familjen.

Vilja av kontroll

Mödrar med förlossningsdepression upplevde att de har tappat kontrollen över sina liv, sina känslor och sina handlingar. För att försöka hantera situationen upplevde de en vilja att kontrollera allt omkring dem och vara duktiga.

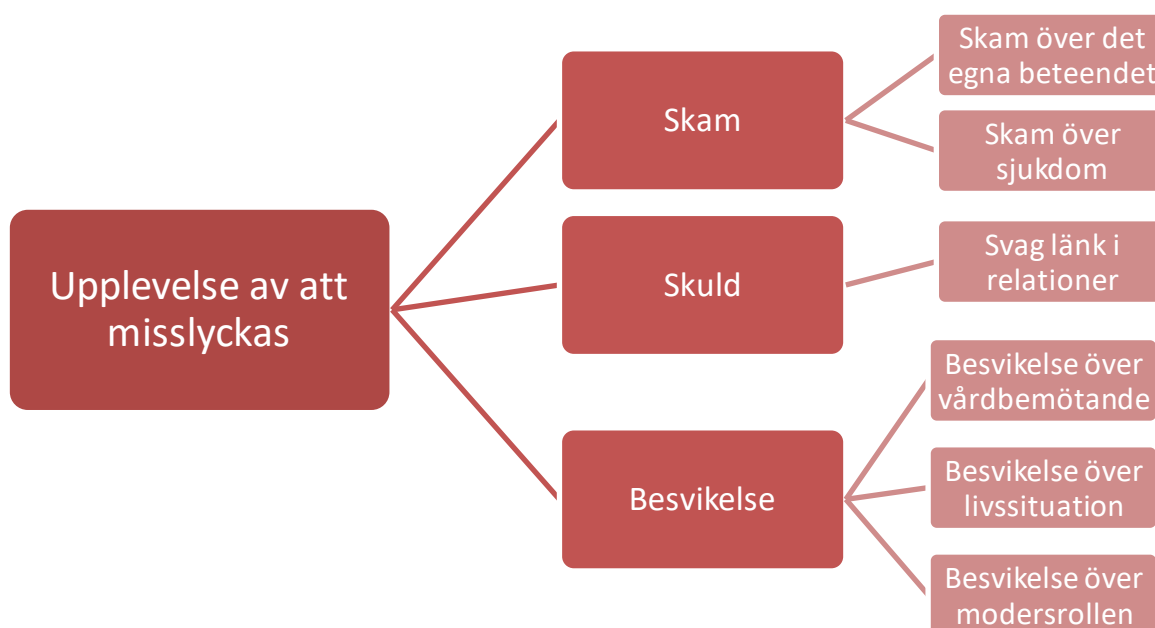
“Yritin kontrolloida kaikkea, tehdä kaiken täydellisesti.” (Bloggare D).

“Vet inte varför jag hela tiden ska vara så jävla duktig när jag i själva verket bara är ohälsosam som försöker klara mig själv.” (Bloggare C).

Viljan av kontroll upplevdes starkt under förlossningsdepression, mödrarna ville uppleva sig vara perfekta trots sin sjukdom. Mödrarna upplevde ändå även själva att behovet var ohälsosamt och de var medvetna om att de behövde hjälp.

6.5 Upplevelse av att misslyckas

I temat upplevelse av att misslyckas beskrivs vad som gett våra informanter denna upplevelse och vad detta medför mödrarna. Temat är indelat i tre kategorier: skam, skuld och besvikelse. Dessa kategorier är i sin tur indelade i flera underkategorier. Nedanstående figur presenterar temat upplevelse av att misslyckas.



Figur 5. Upplevelse av att misslyckas.

Skam

Vid upplevelse av att misslyckas beskrevs upplevelse av skam. Mödrarna skämdes över det egna beteendet och över sjukdomen, dessa bildade även underkategorierna i denna kategori.

Skam över det egna beteendet

Skam över det egna beteendet upplevdes av mödrarna med förlossningsdepression på grund av att de upplevde sig ha gjort bort sig själva under stunder då depressionen tagit över och de inte hade orkat kämpa emot.

”Saker som jag skäms över att jag gjort då depressionen tagit över och jag inte orkat kämpa och slå emot.” (Bloggare A).

“Jag skäms inför mig själv. Det är händelser som jag vill glömma. Händelser jag vill ska raderas från mitt liv.” (Bloggare A).

Skam kunde upplevas som en önskan av att kunna radera och glömma saker i det förflutna. Mödrarna upplevde sig ha gjort sådana saker under förlossningsdepressionen de vanligtvis inte skulle ha gjort och skammen inför sig själva var speciellt stort.

Skam över sjukdom

Även skam över sjukdom upplevdes. De förlossningsdeprimerade mödrarna ville inte att någon skulle höra om eller se deras depression, inte ens de egna vännerna eller den egna familjen.

”Jag är INTE typen som talar om sånt med ”främmande”, ja knappt ens med mina vänner.” (Bloggare B).

”Jag skämdes så för att vår andra dotter var så efterlängtd, hon var önskad innan hon ens fanns och dessutom var hon en väldigt lätt bebis precis som sin storsyster hade varit”. (Bloggare A).

Mödrarna upplevde att det var omöjligt att tala om sjukdomen på grund av upplevelsen av skam över de egna tankarna och känslorna. Att ha insjuknat i förlossningsdepression trots att allting egentligen var bra i deras liv gjorde att mödrarna upplevde sig vara mindre värda.

Skuld

Att misslyckas upplevdes även som skuld. De mest framkommande upplevelserna av skuld handlade om relationer. De upplevde sig vara den svaga länken i relationerna. Denna upplevelse bildade underkategorin i kategorin skuld.

Svag länk i relationer

Mödrarna upplevde skuld av att de inte kunna vara helhjärtat med i händelserna i livet, vilket gav upphov till känslor av misslyckan och sorg över situationen. Mödrarna upplevde även skuld av att inte kunna upprätthålla kontakter eller visa tillräckligt med kärlek mot de närstående.

”Jag känner mig misslyckad. Jag är en misslyckad mamma, vän och sambo. Jag är halvdan på alla plan. Kan inte ge hundra någonsans“(Bloggare C).

”Här gråter man varje dag o känner sig som en dålig mamma när hon gråter (Fast jag vet att jag inte är det)...”(Bloggare B).

På grund av de förlossningsdepressionens påverkan på livet upplevde sig mödrarna vara dåliga mammor, vänner, makar och sambor. Skuld upplevdes speciellt över att parförhållanden inte fungerade som förr och att barnens liv även hade negativ påverkan av förlossningsdepressionen.

Besvikelse

Vid mödrarnas upplevelser av att misslyckas beskrevs även besvikelse. Besvikelse upplevdes över vårdbemötande, livssituation och modersrollen, vilka bildade underkategorierna i denna kategori.

Besvikelse över vårdbemötande

Besvikelse över vårdbemötandet upplevdes vid dåligt bemötande inom vården. De långa väntetiderna uppfattades av mödrarna som om de inte var tillräckligt viktiga och då läkaren inte kunde hjälpa dem upplevdes även besvikelse över vårdbemötandet

” Jag kan verkligen inte förstå hur ett bemötande på en psykiatrisk mottagning kan vara såhär fel.” (Bloggare A).

“Jag är besviken över att inte ha någon läkarkontakt och att inte vara prioriterad. Allt är en jävla lång väntan när jag inte orkar ge det mer tid.” (Bloggare C).

Fastän besvikelse över vårdbemötandet upplevdes orkade mödrarna inte kämpa för sin vård och kräva mer av den på grund av förlossningsdepressionens påverkan.

Besvikelse över livssituation

De deprimerade mödrarna upplevde besvikelse över livssituationen och förlossningsdepressionens negativa påverkan på livet.

“Blir en ångestdämpande dag igen. Jag blir lika besviken varje gång.” (Bloggare A).

“En ole tyytyväinen tekemääni työpanokseen missään, en kotona, en kavereita nähdessä tai lapsieni hoidossa.” (Bloggare D).

Att inte klara av vardagen utan medicinering och att inte kunna vara nöjd över sin arbetsinsats någonstans upplevdes som en stor besvikelse. Mödrarna upplevde sig sakna krafter att sköta hemmet, träffa vänner eller sköta sina barn vilket ledde till besvikelse.

Besvikelse över modersrollen

Besvikelse över modersrollen beskrev kvinnorna som en kombination av flera olika orsaker. Dessa orsaker var bl.a. att amningen inte fungerade, att mjölkens kvalitet inte räckte för barnets behov, att barnet inte var så lätt skött som de hade tänkt sig och en känsla av att aldrig göra något rätt då barnet bara gråter.

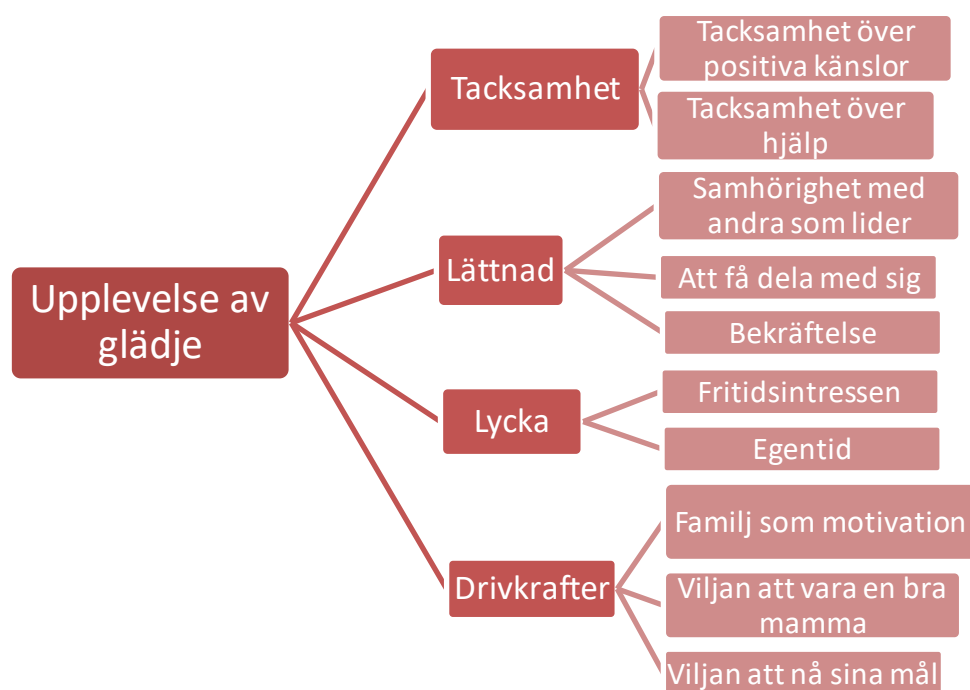
“Ja vielä se, kun sitten minun maitoni ei ollutkaan tarpeeksi, vaan sitä piti rikastaa ja lopulta luopua kokonaan, koska tyttö ei kasvanut. Koin olevani huono, niin huono äiti.” (Bloggare D).

“Annars har jag mest känt mig som en skit mamma som aldrig gör rätt, fast jag försökt övertyga mig om motsatsen” (Bloggare B).

Att inte klara av modersrollen upplevdes som en besvikelse, mödrarna upplevde att de aldrig gjorde något rätt. Förväntningarna över att leva ett lyckligt och lätt familjeliv efter förlossningen bidrog även till besvikelse då verkligheten inte stämde överens med förväntningarna.

6.6 Upplevelse av glädje

I detta tema beskrivs vad som upplevts som glädje under sjukdomen av våra informanter. I temat ingår kategorierna tacksamhet, lättnad, lycka och drivkrafter. Dessa kategorier indelas i sin tur i underkategorier. Nedanstående figur presenterar temat upplevelse av glädje.



Figur 6. Upplevelse av glädje.

Tacksamhet

I kategorin tacksamhet beskrivs informanternas upplevelse av situationer och orsaker till tacksamhet. Kategorin indelas i två underkategorier: tacksamhet över hjälp och tacksamhet över positiva känslor.

Tacksamhet över hjälp

Mödrarna som led av förlossningsdepression upplevde tacksamhet över hjälp som gavs och kärlek som visades av medmänniskor. Mödrarna var tacksamma över läsare på bloggen som lämnade uppmuntrande ord i kommentarsfälten och vårdpersonal, familj samt vänner som stöttade dem vidare i livet.

"Kuitenkin samaan aikaan olen seurannut teidän upeaa auttamisenhaluanne ja se on piristänyt enemmän, kuin pystyn ikinä sanoa kuvailemaan. Se on antanut toivoa, lievittänyt yksinäisyyttä, antanut uskoa parempaan ja osoittanut, että meistä ja minusta välitetään. Se on kannustanut jatkamaan." (Bloggare D).

"Det enda som ger mig luft just nu är besöken hos psykologen och tiden i stallet. Efteråt känner jag mig lättad och då kan jag återigen andas." (Bloggare C).

Mödrarna upplevde stödet och förståelsen av andra människor var en viktig delfaktor för tillfrisknande. Läsarkommentaren i bloggen gav dem hopp om en bättre framtid och uppmuntrade dem att kämpa vidare medan besöken hos psykologen samt barnrådgivningen lättade förlossningsdepressionen. Allt stöd gav mödrarna upplevelser av glädje och tacksamhet.

Tacksamhet över positiva känslor

Positiva känslor upplevdes som viktiga för våra informanter. Mödrarna upplevde tacksamhet över att de ens ibland kunde må bra och känna lycka trots förlossningsdepressionen.

"Det finns inte ord för hur tacksam jag är när jag får känna ett lyckorus. Det finns inget positivt med en förlossningsdepression men efter att ha varit/är i en har jag lärt mig att verkligen ta vara på de ljusa stunderna" (Bloggare C).

"Masennuslääkkeitä olen nappailut sen yli kolme viikkoa nyt, ja tunnen niiden vaikuttavan kehossani. Minulla on nyt enemmän energiaa. Yhtäkkiä myös innostun asioista! Ja jaksan touhuta! Tunnen myös onnea ja hymyilen helpommin. Ahdistuneisuus on lieventynyt." (Bloggare D).

Fastän förlossningsdepressionen medförde många negativa upplevelser, lärde det mödrarna att ta vara på upplevelserna av glädjen. Flera av mödrarna uppgav att medicinering gjorde det lättare för dem att uppleva glädje, vilket gjorde att de fick mera energi och inspiration för vardagliga saker.

Lättnad

Lättnad upplevdes av mödrarna vid känsla av samhörighet då de talade med andra som lider, och då de fick dela med sig om sina upplevelser. En känsla av lättnad upplevdes även då deras upplevelser bekräftades av andra. Dessa tre faktorer, samhörighet med andra som lider, att få dela med sig och bekräftelse, bildar underkategorierna i denna kategori.

Samhörighet med andra som lider

Kunskapen om att man inte är den enda som lider och att det finns hopp om att tillfriskna främjade mödrarnas välmående. Mödrarna upplevde att samhörighetskänslor med andra som lider av någon sjukdom upplevdes tröstande och lättande.

”Men man kanske behöver få höra att man inte är ensam och att man med ibland ganska enkla medel kan förändra sitt nuläge.” (Bloggare A).

”Tbland kan det styrka om att läsa om att man inte är ensam och kunna ta del av andras historier. En del mår till och med bättre när de hör att andra mår sämre, hur hemskt det än låter tillåter jag er att känna så.” (Bloggare C).

Fastän samhörighet med andra som lider upplevdes som en lättnad för mödrarna, på grund av faktumet att någon annan var i samma situation, upplevdes faktumet att någon annan var i en värre situation till och med ännu mer tröstande och lättande. Då upplevde sig mödrarna ha det lite bättre ställt än vad de hade tänkt sig.

Att få dela med sig

Informanterna upplevde det viktigt att få dela med sig om sjukdomen. Att skriva blogg beskrevs som en främjande faktor av välmående då de då var tvungna att möta sina känslor och tankar kring depressionen. Att dela med sig upplevdes som en form av självterapi.

”Mitt mål med det här bloggen är i alla fall att jag ska ventilerar mig i min resa. Kanske inspirera någon annan men framförallt peppa mig själv.” (Bloggare A).

”Det har gjort mig starkare.” (Bloggare A).

Mödrarna upplevde bloggskrivandet som en vilja att peppa sig själv och att ventilerar om sina upplevelser. De ville även inspirera andra att söka hjälp och ge hopp om att tillfriskna, men uppgav detta som en sekundär orsak. Att återkalla dåliga minnen upplevdes av mödrarna som något som gjorde dem starkare.

Bekräftelse

Lättnad i form av att få bekräftelse upplevdes framförallt i samband med diagnosställandet då de egna upplevelserna bekräftades av någon.

”..det var en sådan stor känsla av lättnad, chock och en massa annat...Så kommer här en överläkare på akutpsykiatri och säger att jag har haft rätt. JAG HAR RÄTT!” (Bloggare A)

” Att få höra på rådgivningen att Saga är ett väldigt krävande barn kändes väldigt befriande, för då vet jag att jag inte inbillar mig eller bara är en dålig mamma.” (Bloggare B).

Mödrarna var lättade över att de inte inbillat sig symptomen och att de haft rätt hela tiden, de hade vetat något varit fel. Att få höra att det egna barnet faktiskt är krävande var en befriande känsla för mödrarna. Situationen fick således en förklaring och mödrarna behövde inte skylla på sig själva

Lycka

I kategorin lycka beskrivs situationer där våra informanter upplevt lycka i någon form. Underkategorierna i denna kategori är: fritidsintressen och egen tid.

Fritidsintressen

Våra informanter uppgav att fritidsintressen främjade välmående. Under dessa stunder upplevdes lycka och frihet, vilket gav mödrarna upplevelsen av glädje.

"Mina första verktyg som jag ska jobba med är fortfarande att göra saker som jag mår bra av och som ger mig energi. Fysiskt aktivitet." (Bloggare C).

“ Jag mår så himla bra då jag idrottar, när jag tränar och tävlar.” (Bloggare A).

Mödrarna upplevde även att sysslandet med fritidsintressen gav dem ny energi till vardagen och hjälpte dem att orka kämpa vidare mot tillfriskande. De mådde helt enkelt bra av träna.

Egentid

Egentid upplevdes av de deprimerade mödrarna som något viktigt under sjukdomstiden. De längtade mest av allt att få vara ifred. Egentid gav mödrarna känslor av att må bra och kraft att orka vara en bra mor för sina barn.

”Tankarna snurrar, det jag mest av allt vill är att få vara ifred.” (Bloggare A).

”Jag är också ganska säker (100%) på att jag själv är en bättre mamma då jag får gå på stan ifred en timme eller två. Eller femton minuter ens. Bara låta hjärnan vila lite.” (Bloggare B).

Att ibland ta egentid, t.ex. shoppa, ta en kaffe med vänner eller bara en dusch ifred, gav mödrarna tid att reflektera över saker, vila och ordna sina tankar. Att sminka sig eller fixa håret upplevde mödrarna som att satsa på sig själv och vara "jag" i stället för att alltid vara "mamma", vilket gav dem upplevelse av lycka.

Drivkrafter

Vid upplevelse av glädje beskrev våra informanter att de upplevde glädje över att de hade drivkrafter i livet vilka bidrog till tillfrisknandet. Kategorin drivkrafter indelas i tre underkategorier: Familj som motivation, viljan att vara en bra mamma och viljan att nå sina mål. Dessa underkategorier är de drivkrafter som de deprimerade mödrarna uppgav som största orsaken till att de orkade kämpa emot förlossningsdepressionen.

Familj som motivation

Informanterna upplevde familjen som en drivkraft för tillfrisknandet, familjen var något de uppgav sig älska mest och värdera högst. Beslutet att skaffa barn gjordes i tiden på basen av en långtida dröm vilket mödrarna nu var färdiga att kämpa för.

"En spännande sak som jag har kommit på och vad jag tror är anledningen till att jag idag mår mina mål är det faktum att jag inte bara kämpar för mig, jag kämpar för min familj." (Bloggare A).

"Hän on ollut myös se valopilkku, joka on helpoiten saanut minut tuntemaan hyvänolontunnetta." (Bloggare D).

De deprimerade mödrarna upplevde att barnen gav dem glädje och hopp för en bättre framtid eftersom de inte kämpade bara för sig själva utan också för familjen. Barnet beskrevs vara ljuset i tunneln som gjorde att mödrarna kunde känna glädje.

Viljan att nå sina mål

De deprimerade mödrarna uppgav sig ha en stark vilja att nå sina upplagda mål. Mödrarna var målmedvetna och hade en stark vilja att bli friska, de upplevde målsättande som en faktor för att lyckas med tillfrisknandet

"För att jag skall bli frisk, jag ska nå mina mål och mitt största mål är att bli frisk." (Bloggare A).

"En konstig sak som hänt det här året sedan jag blev sjuk är att jag har satt upp mål och sen har jag nått dem. Jag har gått i mål. Jag har envisats så in i helvete och så har jag klarat det jag bestämt mig för att klara av." (Bloggare A).

De flesta av mödrarna uppgav att det största målet var att bli frisk. Mödrarna kämpade hårt med alla de mål de satt upp, som orsak till att de lyckas nå sina mål uppgav mödrarna envishet och beslutsamhet. De vill verkligen bli friska från förlossningsdepressionen.

Viljan att vara en bra mamma

Våra informanter uppgav även viljan att vara en bra mamma som en drivkraft för tillfrisknandet. På grund av förlossningsdepressionen upplevde mödrarna sig inte vara tillräckligt bra mödrar, vilket är orsaken till att de måste kämpa hårt med den här punkten. Att i framtiden vara starkare och en bättre mor för sina barn var ett mål i tillfrisknandeprocessen.

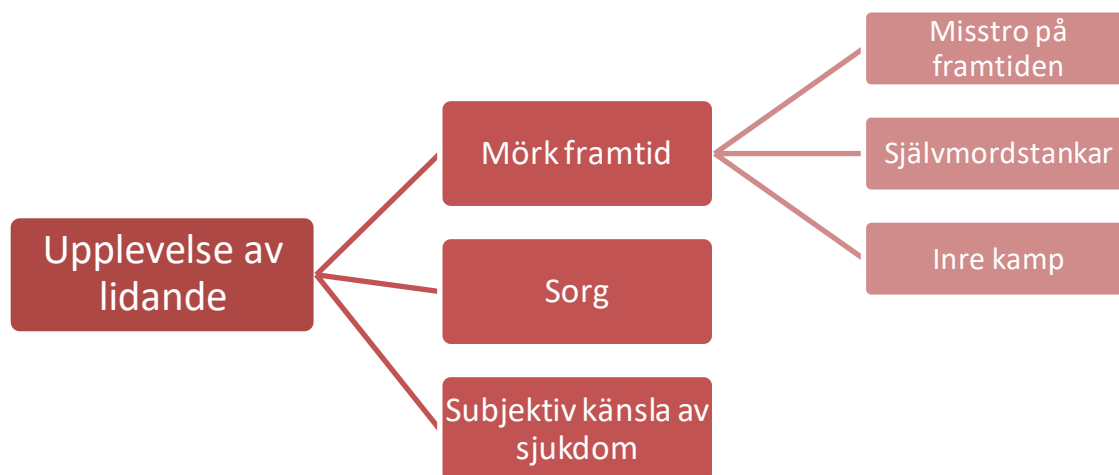
"Att de skall få en frisk och stark mamma. Jag går på mina läkarbesök, jag följer min psykologs riktlinjer, jag äter enligt den näringsanalys som genomförts, jag tar min sjukskrivning på allvar och jag ser en framtid där jag snart kommer att få vara frisk och hel." (Bloggare A).

"Likväl finns det varje dag stunder då jag känner mig som en supermom, då jag vet exakt vad som är fel genast det blir fel, då jag lyckas med allting och är pedagogisk och duktig som bara vad då känner jag att jag överträffar mig själv som förälder." (Bloggare B).

Tanken om att vara en bra mamma motiverade mödrarna att gå på läkarbesök, följa anvisningarna och ta sjukdomen på allvar. Upplevelsen av att lyckas med att vara en bra moder gav mödrarna en känsla av glädje. Speciellt de dagar då mödrarna kände sig som supermammor när de lyckas med allt motiverade dem att orka kämpa vidare med förlossningsdepressionen.

6.7 Upplevelse av lidande

I temat upplevelse av lidande beskrivs varför och hur lidande upplevs av våra informanter. Temat är indelat i tre kategorier: Mörk framtid, sorg och subjektiv känsla av sjukdom. Nedanstående figur presenterar temat upplevelse av lidande.



Figur 7. Upplevelse av lidande.

Mörk framtid

Kategorin en mörk framtid handlar om hur mödrarna upplever sin framtid och hurudana upplevelser tanken om framtiden gav dem. Denna kategori innehåller underkategorierna misstro på framtid, självmordstankar och inre kamp.

Misstro på framtiden

De förlossningsdeprimerade mödrarna upplevde framtiden som dyster. De upplevde att de inte kunde lita på att bli friska utan trodde på det värsta, att de aldrig skulle bli friska.

"Framtiden är inte ljus. Jag tror det värsta. Jag kan inte intala mig själv att det kommer lösa sig. Känner ingen glädje, inget hopp. Det får mig att tro att all kärlek är död och aldrig kommer glöda igen. Vill lämna honom. Eller rättare sagt, min depression vill lämna honom. Vill lämna min familj. Mitt hem. Bara gå. Själv." (Bloggare C).

"Det känns omöjligt att komma ur den här depressionen och jag tror helt ärligt att jag kommer att känna såhär resten av mitt liv." (Bloggare A).

De förlossningsdeprimerade mödrarna var inte kapabla att intala sig själva att framtiden kunde vara ljus eftersom depressionens styrde deras tankar och gärningar. De kände ingen glädje och inget hopp, vilket gjorde det omöjligt för dem att föreställa framtiden som något positivt.

Själv mordstankar

Själv mordstankar förekom hos mödrarna under förlossningsdepressionen, de ville ge upp allting och försvinna. Situationen kändes så svår att de upplevde att döden kunde vara en bra väg ut ur situationen.

"Det har varit en helvetesdag idag. Jag har gråtit och känt att det är lika bra att ge upp. Fan vad lätt det hade varit att dö. Allt hade fått lösa sig och jag hade sluppit ta ansvar över något. Gett över problemen till andra en stund, skitit i allt." (Bloggare C).

"Olin itsetuhoinen. Ihollani kannan edelleen merkkejä siitä – kun fyysinen tuska helpotti sitä henkistä kipua. Halusin kuolla. Halusin tappa itseni. Olin vakuuttunut, että Elsalla ja Danilla olisi paljon parempi elämä, jos minä en olisi sitä vaikeuttamassa. Suunnittelin itsemurhaani." (Bloggare D).

De deprimerade mödrarna upplevde att ansvaret över det egna livet och barnens liv var för stort och ville därför ge ansvaren åt någon annan. Mödrarna upplevde även att det skulle vara bättre för barnen ifall mödrarna inte fanns, de planerade till och med att begå självmord. Även självskadebeteende förekom, den psykiska ångesten lättade genom att skära sig själva.

Inre kamp

De förlossningsdeprimerade mödrarna upplevde sig ha en inre kamp mellan sjukdom och friskhet, djävulen och ängeln. När sjukdomen upplevdes som värst kände kvinnorna sig vara långt ifrån den egna personligheten.

"Det känns som jag har djävulen på ena axeln och ängeln på den andra. Jag vill en sak men känner en annan." (Bloggare C).

"Jag känner att det vore så jävla mycket enklare att dö än att leva". (Bloggare C).

"Jag är oerhört negativ i mitt tankesätt och har fruktansvärt svårt att ta mig ur mitt negativa tänkande och den onda äckliga spiralen som ständigt tar ner mig i det svarta. För mig känns det inte rimligt att försöka vara positiv och arbeta med mig själv varje dag för jag är så långt ifrån mig själv och så långt ifrån positiva känslor." (Bloggare C).

Att tänka positivt kändes oerhört svårt för mödrarna då de negativa tankarna dominerade, att dö verkade ibland som ett lättare alternativ än att leva. Det negativa tankesättet upplevdes som en ond spiral som gjorde att mödrarna föll djupare ner i depressionen och gjorde det svårt för dem att uppleva något positivt.

Sorg

Under lidandet upplevde de deprimerade mödrarna sorg. De kunde dagligen gråta på grund av trötthet och livet kändes överkligt för mödrarna.

”Här hos oss rinner tårarna varje dag-inte enbart hos Saga.” (Bloggare A).

”De första månaderna är en enda dimma och jag grät dagligen av utmattning och uppgivenhet.” (Bloggare B).

Livet med förlossningsdepression upplevdes vara obekvämt, mödrarna kände sig uppgivna och utmattade vilket även bidrog till upplevelse av sorg.

Subjektiv känsla av sjukdom

Subjektiv känsla av sjukdom beskrevs i de fall där man inte, med klinisk undersökning eller andra test, kunde fastställa diagnosen förlossningsdepression.

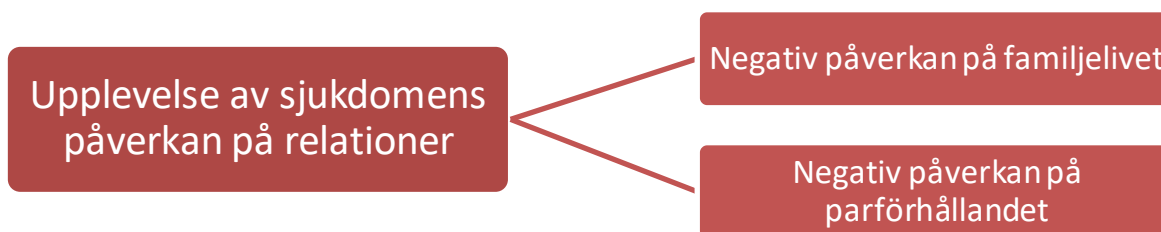
”Enligt testen på rådgivningen är jag precis under gränsen poängmässigt för depression, men som vi konstaterar kan man inte kolla blint på pappret.” (Bloggare B).

”Det att jag säger att jag känner mig deppig räcker och för mig säger det massor.” (Bloggare B).

För att ställa en diagnos kan man alltid inte enbart lita på testresultat, den egna upplevelsen säger mycket och det egna måendet räcker ofta som bevis för att få en diagnos. Diagnosen förlossningsdepression bygger mycket på det subjektiva måendet.

6.8 Upplevelse av sjukdomens påverkan på relationer

I temat upplevelse av sjukdomens påverkan på relationer beskrivs hur våra informanter upplevt förlossningsdepressionen påverka parförhållandet och familjelivet. Temat är indelat i två kategorier: negativ påverkan på familjelivet och negativ påverkan på parförhållande. Nedanstående figur presenterar temat upplevelse av sjukdomens påverkan på relationer.



Figur 8. Upplevelse av sjukdomens påverkan på relationer.

Negativ påverkan på familjelivet

Vid förlossningsdepression tar ofta hela familjen skada. De förlossningsdeprimerade mödrarna upplevde brist på engagemang i barn- och familjeaktiviteter, vilket även påverkade barnens och partnerns välmående.

“Det blir verkligen en ond cirkel när jag är i en svacka. Jag orkar inte aktivera mig i barnlek och att gå utanför dörren har inte ens var att tänka på så Ines har varit rastlös, uttråkad och gnällig stackarn. Jag är drivkraften i familjen och när jag inte orkar rasar det mesta samman.” (Bloggare C).

Mödrarna upplevde sig vara drivkraften i familjen och då de inte orkade rasade familjesituationen samman. De upplevde det egna måendet vara en ond spiral för familjens välmående.

Negativa påverkan på parförhållandet

Förlossningsdepressionen påverkade parförhållandet negativt och mödrarna upplevde att de gled isär med sin partner på grund av förlossningsdepressionens negativa påverkan.

"Parisuhdekin rakoili, kun minä syytin itseäni kaikesta." (Bloggare D).

"Under min depression har min pojkvän och jag glidit isär oerhört mycket och vårt förhållande har i stort sett gått i kras men äntligen börjar vi hitta tillbaka till varandra och kämpar för oss." (Bloggare B).

"Jag försöker förstå min pojkvän och han mig men vi kan inte mötas. Försöker prata. Försöker få honom att prata. Depressionen gör att vi bråkar, tjafsar och glider ifrån varandra. Ärligt talat har jag aldrig känt att vi är så långt ifrån som vi är nu." (Bloggare C).

Oförstånd för situationen och sjukdomen ledde ofta till gräl mellan den deprimerade modern och hennes partner. Grälen mellan paret förekom oftare än vanligt och mödrarna skyllde ofta

på sig själva eftersom depressionen gjorde att de inte klarade av vardagen som förut. Att skylla på sig själv förvärrade grälen mer.

7 Resultatdiskussion

I detta kapitel kommer vi att tolka hur mödrarna upplever förlossningsdepressionen. I vår tolkning kommer vi att utgå från våra valda tidigare forskningar och Erikssons (1994) teori om den lidande människan. Vi kommer att jämföra resultatet med dessa för att se ifall vi kan se ett samband. Vi har delat tolkningen under dessa underrubriker: upplevelse av utmattning, upplevelse av ensamhet, upplevelse av frustration, upplevelse av rädsla, upplevelse av att misslyckas, upplevelse av självbevarelsesdrift, upplevelse av glädje, upplevelse av lidande och upplevelse av sjukdomens påverkan på relationer. Vi har först gjort en tolkning av resultat från de tidigare studierna och sedan en tolkning av Erikssons teori om den lidande människan (1994).

7.1 Upplevelse av utmattning

Våra informanter uppgav sig uppleva utmattning under förlossningsdepressionen. Temat utmattning kunde delas i somatisk utmattning, psykisk utmattning och kognitiv utmattning enligt mödrarnas symptom. Den somatiska utmattningens underkategorier ångest och oro beskrevs även i Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki och Tarkkas (2004) forskning. Enligt dem led mödrarna bland annat av känslor så som panikångest, humörsvängningar, rastlöshet och koncentrationssvårigheter under förlossningsdepressionen. Dessa känslor uppgav de leda till utmattning och ångest. (Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki & Tarkka 2004, s. 65 - 74).

Även Eriksson var inne på samma tankar. Eriksson beskrev att människans lidande kan medföra känslor av rädsla, orolighet eller ångest. (Eriksson 1995, s. 31&37).

7.2 Upplevelse av ensamhet

Temat upplevelse av ensamhet bildade kategorierna brist på stöd och viljan att få stöd. Dessa kategorier bildades utgående från våra informanternas upplevelser. Socialt stöd beskrevs av Dennis och Moloney (2009) som något viktigt, socialt stöd buffrar personer från de negativa effekterna av stressande händelser. Edhborg och Friberg (2014) delade dessa tankar och enligt deras studie kunde saknad av socialt stöd höja risken för depression liksom även utmattning, stress och låg självkänsla. (Dennis & Moloney 2009; Edhborg & Friberg 2014). Även Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki och Tarkka (2004) var inne på samma tankar. De ansåg att socialt stöd och diskussioner med andra i samma situation som bra hjälp för depressiva upplevelser, till vilket även Haga, Lynne, Slinning och Kraft (2012) kommit fram till i sin studie. (Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki & Tarkka M 2004, s. 65 – 74; Haga, Lynne, Slinning & Kraft 2012, s. 458 - 466).

Enligt Eriksson teori om lidandet kan lidandet (1994) orsakas av att man inte känner sig bli tagen på allvar eller av att man upplever sig vara ensam. Eriksson menar ändå att all ensamhet inte förorsakar lidande, ibland kan tiden man spenderar i eget sällskap till och med främja välbefinnandet. (Eriksson 1994, s. 40 - 41).

7.3 Upplevelse av frustration

Frustration upplevdes bland de förlossningsdeprimerade mödrarna i samband med livet, vården och förlust av kontroll. Speciellt kategorin frustrerad på förlust av kontroll förekom i de tidigare forskningarna. I en studie gjord av Hannan (2016) kunde man se att mödrarna försökte göra sin situation "bättre", de skötte barnet så bra de kunde men glömde bort att ta hand om sig själv. Detta ledde till sömnproblem, samt att förlusten av sig själv, sin energi och aptit. Även i Edhborg, Friberg, Lundh och Widströms (2005) resultat kunde känslor av att förlora sig själv och att man blivit övergiven ses. (Hannan 2016, s. 28 – 35; Edhborg, Friberg Lundh & Widström 2005, s. 261 - 267).

Enligt Eriksson (1995) kan lidandet förhindra människan att förverkliga sig själv eller göra de saker man är ämnad till. (Eriksson 1995, s. 38). Lidandet kan alltså även bidra till upplevelsen av frustration.

7.4 Upplevelse av rädsla

Våra informanter uppgav sig uppleva rädsla under förlossningsdepressionen. Temat rädsla indelades i kategorierna rädsla för sjukdom, vilja att undanfly problem och vilja av kontroll. Enligt Hannan (2016) ligger de äldre kvinnorna i riskzonen för överbeskyddat barnet och prioritera det så mycket att de själva kan lida av det. Överbeskyddandet uppfattas som ett uttryck av rädsla över barnets framtid från modern. Våra informanter uppgav sig uppleva en sorts självbevarelsedrift under förlossningsdepression, de ville inte bli uppmärksammade eller dela med sig av sina upplevelser och tankar. Det här beteendet fanns också hos informanterna i Edhborg, Friberg, Lundh och Widströms (2005) studie där mödrarna uppgav sig vara inåtvända under förlossningsdepressionen. De ville inte helst tala om sina känslor eller dela med sig av sina funderingar. Kategorin vilja av kontroll, som kunde ses i temat upplevelse av rädsla, framkom också i Haga, Lynne, Slinning och Krafts (2012) forskning. I deras forskning framkom det att mödrar med ett mer avslappnat förhållningsätt lättare kunde hantera den nya rollen som mamma, jämfört med de mödrar som hade ett behov av kontroll. De mödrar som upplevde sig behöva ha full kontroll över det nya familjelivet upplevde även situationen som mer stressande och deprimerande. Inställningen till moderskap påverkade deras mående i hög grad. (Hannan 2016, s. 28 – 35; Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005, s. 261 – 267; Haga, Lynne, Slinning & Kraft 2012, s. 458 - 466).

Eriksson (1994) behandlar även detta i sin teori om lidande, enligt Eriksson påverkar lidandet människan i sin helhet och styr därför människans tankar. Detta kan leda till att man isolerar sig själv, vilket kan medföra upplevelser av att inte vilja bli uppmärksammad eller dela med sig. Man vill undanfly sina problem. Lidandet kan även ge människan upplevelse av att vara kränkt, vilket kan medföra ovillighet att dela med sig och tala om det. Detta händer speciellt när hon är mitt i lidandet. Enligt Eriksson är det vanligt för en människa som lider att ha känslor av rädsla, oro eller ångest under lidandet. (Eriksson 1994, s. 31 & 37 - 39).

7.5 Upplevelse av att misslyckas

Våra informanter uppgav sig uppleva misslyckande under förlossningsdepressionen, som orsak till denna upplevelse uppgav de känslor av skam, skuld och besvikelse. I både Haga, Lynne, Slinning och Krafts (2012) och Glavin, Smith och Sørums (2009) studie kunde man se samråd med vårdpersonal och information som gavs där som viktigt för en realistisk bild av förväntningarna av modersrollen, det egna beteendet och den egna orken. Den mer realistiska bilden av situationen hjälper mödrarna att inte känna sig misslyckade eller uppleva skam, skuld eller besvikelse i situationen. Enligt Hannan (2016) kunde förståelse från rådgivningen även hjälpa till att återfinna sig själv igen efter insjuknandet. Enligt Edhborg, Friberg, Lundh och Widström (2005) kan även bekymmer, upplevelse av stort ansvar över barnet och upplevelse av att vara en dålig moder för barnet medföra upplevelser av skam, skuld eller besvikelse. (Haga, Lynne, Slinning & Kraft 2012, s. 458 – 466; Glavin K., Smith L. & Sørum R., 2009, sid 705 – 710; Hannan 2016, s. 28 – 35; Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005, s. 261 - 267).

Besvikelse över modersrollen, beskrevs även i de tidigare forskningarna i samband med förlossningsdepression. I Edhborg, Friberg, Lundh och Widströms (2005) studie framkom att kvinnorna hade bekymmer och upplevelser av ett stort ansvar för barnet, men även upplevelser av att vara en dålig moder för barnet. Förutom i Edhborg, Friberg, Lundh och Widströms studie talade man också om förväntningar om en glad och enkel övergång till moderskapet i Edhborg och Fribergs studie (2014). I denna studie poängterades även betydelsen av en realistisk helhetsbild på grund av att för stora förväntningar kan leda till depression. Enligt Hannans (2016) studie förväntade sig mödrarna att kunna njuta av moderskapet och anpassningen till det, men när verkligheten inte överensstämde med förväntningarna upplevdes besvikelse, förvirring och förtvivlan. (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005, s. 261 – 267; Edhborg & Friberg 2014; Hannan 2016, s. 28 - 35).

Enligt Eriksson (1994) kan man under själsligt och andligt lidande känna skam, skuld och förnedring i samband med sjukdom eller vård. Dessa känslor påverkas av patientens egna erfarenheter av lidande och av vårdpersonalens beteende. Eriksson menar även att skuld och lidande har ett samband; skulden finns i oss och vi känner oss ansvariga för våra liv. Ifall människan känner att hon har svikit sig själv övergår skuld till lidande. Skulden är alltså en form av lidande som människan upplever att hon vill betala tillbaka, genom att lida upplever människan att hon sonar sin skuld. Alla människor längtar efter kärlek och bekräftelse.

Lidandet blir gränslöst om man inte kan ge eller få kärlek, för människan får bekräftelse genom värdighet och kärlek. (Eriksson 1994, s.11 - 12,31, 37 - 41, 84 & 95).

7.6 Upplevelse av glädje

Under upplevelse av glädje uppgav våra informanter uppleva tacksamhet, lättnad, lycka och olika drivkrafter som hjälpte dem att orka kämpa igenom depressionen. I Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki och Tarkkas (2004) studie beskrevs diskussioner med andra i samma situation vara viktigt, liksom socialt stöd. Samhörighet med andra som lider kunde även vi hitta som en underkategori i huvudkategorin lättnad. Det övergripande mönstret i Dennis och Moloneys (2009) studie var att mödrarna skulle välja att vara en mor, även om det kändes främmande. Kvinnorna beskrev detta som en process att övervinna depressionen. Valet att vara en bra mor för sina barn kunde ses som en drivkraft för tillfrisknande. Fritidsintressen och egentid upplevdes vara viktig för våra informanter och därför bildade de även underkategorierna i kategorin lycka. Även Edhborg och Fribergs (2014) studie stödde detta, de beskrevs fysisk aktivitet och träning som en förebyggande faktor mot förlossningsdepression. (Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki & Tarkka 2004, s.65-74; Dennis & Moloney 2009). Edhborg & Friberg 2014).

Även Erikssons teori om lidande stöder tanken om att familjen fungerar som en drivkraft för tillfrisknandet. Eriksson menar att genom kärlek, tro och hopp förmedlar människan det hon behöver. (Eriksson K., 1990, s. 23). Kärlek och bekräftelse är även något som alla människor längtar efter, att inte kunna ge eller få kärlek gör lidandet gränslöst eftersom människans värdighet bekräftas genom förmedlandet av kärlek. Mitt inne i lidandet kan människan söka något mer enhetligt för att kunna uppleva lycka, harmoni och hälsa. (Eriksson K., 1994, s. 40 - 41 & 59). Våra informanter sökte det enhetliga i den egna familjen.

7.7 Upplevelse av lidande

Våra informanter uppgav lidande som en del av förlossningsdepressionen. Temat upplevelse av lidande indelades i kategorier enligt informanternas upplevelser, det vill säga inre kamp, sorg och självmordstankar. I en tidigare forskningarna, gjord av Dennis och Moloney (2009), framkom att förlossningsdeprimerade mödrarna upplevde sig förlora sig själva och de upplevde livet som jobbigt. Dessa kvinnor kände sig tvungna att kämpa igenom sjukdomen; beslutet att försöka vara en bra moder gav dem ändå kraft att övervinna depressionen. Detta kunde även ses i Edhborg och Fribergs studie. (2014). (Dennis & Moloney 2009; Edhborg & Friberg 2014). Fysiska symptom som mödrarna led av var sömnproblem, aptitlöshet, skakningar och hjärtklappningar. Även panikångest, humörsvängningar, rastlöshet, koncentrations-svårigheter, obetydlighet och osäkerhet i modersrollen kunde ses i en forskning gjord av Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki och Tarkka (2004). Dessa känslor orsakade utmattning och ångest. I Hannans (2016) forskning kom det fram att mödrar med förlossningsdepression var medvetna om att de inte mårde bra. De hade en visshet om att mediciner inte skulle hjälpa dem, utan de behövde också förstå situationen. (Tammentie, Paavilainen., Åstedt-Kurki & Tarkka 2004, s. 65 – 74; Hannan 2016., s. 28 - 35).

Flera samband kunde ses i Eriksson teori om lidande. Eriksson menar att lidande är en kamp mellan det onda och det goda. Under lidandets kamp kan man endera försöka avlägsna det, finna dess mening eller lindra det. (Eriksson 1995 s. 31&37). Eriksson beskriver även hur man kan övervinna lidandet, i detta fall depressionen. Eriksson menar att människan i sin natur har ett behov att försöka förstå sitt lidande. Ett lidande som bara *är* betyder att människan lider utan att veta varför, när människan slutar fråga orsaken till lidandet har hon vunnit sin första kamp mot lidandet och är färdig att genomlida det som känns oundvikligt. (Eriksson 1994, s. 32). Lidandet påverkar även människan i sin helhet och styr hennes tankar, vilket kan leda till att man isolerar sig själv, tappar livslusten eller tappar sin position i livet. Lidandet kan även förhindra människan från att förverkliga sig själv eller göra det man är ämnad till. Eriksson lyfter i sin teori även fram betydelsen av den subjektiva upplevelsen av sjukdom. Att man själv känner sig sjuk betyder ofta mer än kliniska fynd. (Eriksson 1995 s. 38).

7.8 Upplevelse av sjukdomens påverkan på relationer

Våra informanter uppgav att förlossningsdepressionen har en påverkan på relationer. De upplevde den påverka både familjelivet och parförhållandet negativt. Lilja, Edhborg och Nissens (2012) forskning tydde på detsamma. I forskningen påvisades att kvinnor som led av depressiva symtom visade mindre närhet, värme och förtroende mot sitt barn och partner än kvinnor utan depression. Även i Tammentie, Paavilainen., Åstedt-Kurki och Tarkkas (2004) studie kunde man se liknande resultat. Barnets födsel kunde påverka föräldrarnas relation negativt, de grälade allt oftare vilket medförde önskningar om att barnet inte hade fötts. Moderns depression kunde även överföras till fadern som kände situationen ohantbar och hade känslor av hjälplöshet, frustation och oförmåga att stödja modern. I Agnafors, Sydsjö, deKeyser och Svedins (2013) forskning visade det sig att förlossningsdepressionen hade negativa effekter på barnens psykiska hälsa. Det visade sig finnas ett samband mellan moderns pågående depressiva symtom och beteendet hos barnet. I studien uppgavs barn till förlossningsdeprimerade mödrar ha fem gånger större risk att få beteendeproblem än barn vars mödrar inte led av depression. (Lilja, Edhborg & Nissen 2012 s. 245 – 253; Tammentie, Paavilainen, Åstedt-Kurki & Tarkka 2004, s. 65-74; Agnafors, Sydsjö, deKeyser & Svedin 2013).

Eriksson (1994) beskriver även i sin teori att alla människor längtar efter kärlek och bekräftelse. Utan att kunna ge eller få kärlek blir lidandet gränslöst, eftersom människans värdighet bekräftas genom förmedlandet av kärlek. Lidandet kan orsaka att man upplever sig ensam och att lidandet blir svårare om människan saknar något. (Eriksson 1994, s. 40 - 41). Saknad av kärlek mellan familjemedlemmarna gjorde att lidandet under förlossningsdepressionen förvärrades för mödrarna.

8 Metoddiskussion

Vi har gjort en kvalitativ studie och samlat information genom narrativ metod som vi sedan analyserat med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Som vi nämnde i kapitel 3 har vi för att hitta tidigare forskning använt oss av sökorden postpartum depression, postnatal depression,

feelings, mother, nordic, scandinavian och relations. Databasen vi använde var EBSCO. Dessa sökord gav oss rikligt med träffar om ämnet förlossningsdepression hos mödrar. Eftersom vi uppgett vilka sökord och databaser vi använt samt gett exempel av citat från bloggar, kan vårt arbete betraktas som trovärdigt.

Vi har granskat vårt examensarbete med hjälp av Larssons (1994) kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I detta kapitel kommer vi att beskriva hur vi granskat arbetet kritiskt och vilka av Larssons kvalitetskriterier vi använt, dessa kommer att presenteras i egna kapitel.

8.1 Perspektivmedvetenhet

I en forskning har man oftast förförståelse av ämnet som behandlas, vi har en föreställning om vad det handlar om. Denna förförståelse förändras ständigt av forskaren under tolkningen. Därför bör man vara försiktig att inte låta egna förförståelsen påverka tolkningen. Allt som man tänkt under forskningens gång kan ha påverkat tolkningen. Det gäller alltså att hålla sig till utgångspunkten, d.v.s. till den teori man har valt för forskningen och utifrån detta tolka resultaten. (Larsson 1994, s. 165).

Inför vårt arbete hade vi vissa uppfattningar om hur förlossningsdepression kunde upplevas. Vi har ändå låtit det datamaterial som vi samlat ändra våra egna förförståelser av förlossningsdeprimerade mödrar. Därmed har vi inte låtit våra egna uppfattningar påverka tolkningsprocessen. Vi har koncentrerat oss att framställa endast det som framkommit i datamaterialet och genom detta göra en så sanningsenlig tolkning som möjligt.

8.2 Intern logik

Forskningsfrågorna, datainsamlingsmetod och analysteknik skall vara i enlighet med varandra. Man bör inte fästa sig i vissa metoder fullständigt, utan låta forskningsfrågorna styra i valet av metoder för datainsamling och analys. När det finns en balans mellan dessa byggs den estetiska principen upp till en sammanfogad konstruktion. (Larsson 1994, s. 168).

I vår forskning använde vi bloggar som datamaterial för att få en helhetsuppfattning om upplevelser av förlossningsdepression. Bloggarna som datamaterial ansåg vi att passade bäst för att svara på våra frågeställningar. Vi valde att läsa blogginläggen från insjuknandet i förlossningsdepression tills idag för att få en så klar uppfattning som möjligt av mödrarnas upplevelser. Eftersom vårt datamaterial var omfattande valde vi att använda oss av kvalitativ innehållsanalys som analysmetod. Denna analysmetod ansåg vi att bäst kunde besvara våra frågeställningar.

8.3 Etiskt värde

I en forskning uppvisas god etik genom att behålla sanningen i resultatet och skydda integriteten av informanterna. Forskaren har ett stort ansvar i att inte förfina det man själv uppfattar som sanning i resultaten. Datamaterialet som blivit uppsamlad kring informanterna bör även anonymiseras så att den inte är identifierbar. (Larsson 1994, s. 171).

I vår forskning har vi respekterat integriteten av informanterna och inte avslöjat det som vi ansett identifierbart. Bloggen och blogginläggen vi har valt att analysera finns tillgängliga att läsas för allmänheten, vilket är orsaken till att vi anser att detta inte utsätter en sårbar grupp. Vi har inte nämnt författaren till bloggarna vid namn, inte avslöjat boendeort eller annat som kunde vara avslöjande av identiteten. Eftersom informanterna inte hade vissheten om att deras inlägg kommer att användas i forskningen och de inte fick möjligheten att förfina upplevelserna om förlossningsdepressionen, (som t.ex. kan hända när en informant intervjuas) bevarades också sanningen i inläggen. Av datamaterialet har vi valt det som passar till vårt syfte och frågeställningar och framställt resultaten på ett sanningsenligt sätt.

8.4 Innebördsrikedom

I en kvalitativ studie gäller det att uttyda resultaten och utifrån det forma ny innebörd. Detta skall ske så att det ursprungliga syftet inte omvandlas. Att koncentrera sig på att framföra innehållet så direkt som möjligt, och inte påverkas av tidigare teorier eller fördomar inför

arbetet är centralt. På så sätt bevaras kvaliteten i innebördsrikedomen (Larsson 1994, s. 172 - 173).

I vårt arbete utgick vi från tidigare forskning och Erikssons teori om lidande, våra egna åsikter kom inte fram tolkningen. Inte heller våra egna eventuella fördomar eller teorier framfördes i tolkning av resultat.

8.5 Struktur

Med struktur menas att arbetet skall vara lätt att överblicka, man kan säga att man eftersträvar största möjliga enkelhet. Även en röd tråd skall finnas och arbetets resonemang skall gå att följas utan att viktiga led hoppas över. (Larsson 1994, s. 173 - 175).

Enligt oss själva har vi lyckats presentera resultaten på ett klart sätt. Det borde vara enkelt att läsa och förstå materialet för läsaren. Figurerna i början av resultatredovisningskapitlet bidrar även till en bra överblick av teman, kategorier och underkategorier.

8.6 Teoritillskott

I teoritillskott handlar kvaliteten om hur bra man kan relatera resultaten och tolkningen till tidigare forskningar, samt hur resultatet kan ändra teorin. Med hjälp av tolkning av data lyfts det relevanta fram i materialet. I processen av teoritillskott är det första steget att välja frågeställningar med potential att bygga vidare aktuell kunskap eller bygga på tidigare teorier och utveckla dem vidare. För att kunna bedöma kvaliteten i teoritillskott bör det bedömas i relation till tidigare relevanta teorier. (Larsson 1994, s. 175 - 177).

Själva anser vi att vi kunnat tolka resultatet mot tidigare forskningar och teorin relativt bra. Vissa teman, kategorier eller underkategorier kunde inte ses i tidigare forskning eller i den valda teorin, vilket kan bero på att vi inte hittat tidigare forskning som behandlat dessa ämnen eller på att vi kommit fram till något nytt inom ämnet.

9 Diskussion

Vårt examensarbete handlar om hur mödrar upplever livet med förlossningsdepression. Syftet med vårt arbete var att fördjupa oss i förlossningsdeprimerade mödrarnas upplevelser både före och under sjukdomstid. Vi valde ämnet på grund av att vi som blivande hälsovårdare anser att det är viktigt att känna till hur förlossningsdepressionen upplevs. Detta för att kunna ge bästa möjliga vård både förebyggande och lindrande. Forskningsfrågorna vi ville besvara var: Hur upplevs livet med förlossningsdepression av mödrar? Vad upplevs som lindrande/försämrande av tillståndet?

Förlossningsdepression är en psykisk sjukdom som drabbar modern efter förlossningen. I vårt studie framkom det att tillståndet till största delen upplevs som något negativt men även positiva saker kunde upplevas. Arbetet har gett oss en fördjupad uppfattning om vad förlossningsdepression innebär. Före arbetet uppfattade vi förlossningsdepressionen som något ovanligt och som ett mer lindrigt tillstånd. Dessa fördomar har förändrats och nu ser vi helheten av sjukdomen bättre än förut; vi förstår att sjukdomen förekommer oftare och att tillståndet är allvarligare. Tillståndet påverkar moderns liv på flera olika delområden, även familjerelationer och parförhållandet påverkas.

Som teoretisk utgångspunkt har vi använt Erikssons (1994) teori om den lidande människan. Detta passade bra in i vårt tema på grund av att upplevelser av lidande förekom i tidigare forskning och i vår egen studie. Resultatet i vårt arbete svarade tydligt på våra forskningsfrågor. I studien var varje informants upplevelse av förlossningsdepression unik, men gemensamma drag kunde förekomma i samtliga fall. Lindrande av tillståndet var bland annat egen tid och egna fritidsintressen medan upplevelser som försämrade tillståndet var bland annat ensamhet och utmattning. I resultatet framkom även att det är möjligt att ta sig ur sjukdomen och att positiva upplevelser är en viktig resurs i tillfrisknandet. En del av resultatet var enhetlig med tidigare forskningar medan en del av resultatet var nytt för oss.

Tolkningen gjorde vi med hjälp av kvalitativ innehållsanalys i vilket vi utgick från våra valda blogginlägg. Texten jämförde vi sedan med tidigare forskningar och Erikssons (1994) teori om den lidande människan. I kritisk granskning använde vi oss av Larssons (1994) kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I arbetet beskrev vi de sex olika delar vi använt i kapitlet kritisk granskning: perspektivmedvetenhet, intern logik, etiskt värde, innebördsriktighet, struktur och teoritillskott.

Vi har skrivit arbetet främst på grund av det egna intresset för gravida kvinnor och nyblivna mödrar. I medierna har förlossningsdepression blivit mer uppmärksammas och vi ville studera ämnet vidare. Vi tycker att skrivandet av examensarbetet har varit en givande process, samtidigt som det varit väldigt lärorikt. Vi har lärt oss mycket om förlossningsdepression och därutöver om källkritiskt tänkande samt att förhålla sig kritisk till information.

Vidareutveckling av arbetet kunde göras med hjälp av enkäter eller intervjuer. Dessa kunde göras inte enbart av mödrar utan även av anhöriga, detta för att få reda på hur förlossningsdepressionen upplevs av hela familjen. Det skulle vara intressant att läsa fortsatta studier kring detta ämne och få ett ännu bredare perspektiv. Att studera vidare på hur interaktionen mellan mamma och barn utvecklar sig under förlossningsdepressionens gång skulle även vara givande som blivande hälsovårdare.

Källförteckning:

- Agnafors S., Sydsjö G., deKeyser L. och Svedin C., 2013, *Symptoms of Depression Postpartum and 12 years Later-Associations to Child Mental Health at 12 years of Age*, Matern Child Health Journal
- Allgulander C., 2005, *Klinisk psykiatri*, Lund, Studentlitteratur
- Allgood M., 2014, *Nursing theorists and their work*, St. Louis, Missouri, Elsevier/Mosby
- Borra C, Iacovou M. & Sevilla A., 2015, *New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions*, Matern Child Health Journal
- Dennis T.R. & Moloney M.F., 2009, *Surviving postpartum depression and choosing to be a mother*, Southern Online Journal of Nursing Research Vol. 9
- Edhborg M. & Friberg M., 2014, *Att bli mamma i skuggan av postpartum depression-transitionsteoretiskt perspektiv*, Vård i Norden
- Edhborg M., Friberg M., Lundh W. & Widström A-M., 2005, 'Struggling with life': *Narratives from women with signs of postpartum depression*, Scandinavian Journal of Public Health
- Fejes A. & Thornberg R., 2015, *Handbok i kvalitativ analys*, Liber
- Fröjd M. & Zamore M., 2012, *Vi föräldrars stora bok om barn*, Stockholm, Bonnier fakta
- Glavin K., Smith L. & Sørum R., 2009, *Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway*, Scandinavian Journal of Caring Sciences.
- Haga S., Lynne A., Slinning K och Kraft P., 2011, *A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers*, Scandinavian journal of caring sciences.
- Hakulinen-Viitanen T. & Solantaus T., 14.4.2016, *Synnytyksen jälkeinen masennus (EPDS)*. [Online]
www.thl.fi [hämtat 4.10.2016]
- Hannan J., 2015, *Older mothers' experiences of postnatal depression. An interpretative phenomenological analysis*, British Journal of Midwifery

- Henricson M., 2012, *Vetenskaplig teori och metod*, Studentlitteratur
- Holme I-M. & Solvang B-K., 1997, *Forskningsmetodik -om kvalitativa och kvanitativa metoder*, Lund, studentlitteratur
- Johansson A., 2005, *Narrativ teori och metod med livsberättelsen i fokus*, Lund, Studentlitteratur
- Johansson L-G., 2011, *Introduktion till vetenskapsteorin*, Stockholm, bokförlaget Thales
- Kilpi T., 2006, *Blogi ja bloggaaminen*, Readme.fi
- Klemetti, R & Hakulinen-Viitanen, T. 2015, *Handbok för mödrarådgivningen, nationell rekommendation*, Juvenes Print-Dinlands Universitetstrycker Ab, Tammerfors
- Larsson S., 1994, *Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier*. Ingår i: Starrin B. & Svensson P-G., 1994, *Kvalitativa metod och vetenskapsteori*, Lund, Studentlitteratur
- Lilja G., Edhborg M. och Nissen E., 2011, *Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum*, Scandinavian journal of caring sciences.
- Mäki K., Wikström K., Hakulinen-Viitanen T., & Laatikainen T. 2014, *Häsloundersökningar vid barnrådgivningen & inom skolhälsovården*, Juvenes Print-Dinlands Universitetstrycker Ab, Tammerfors
- Puura K & Hastrup A., 8.9.2015, *Varhainen vuorovaikutus (VaVu)*. [Online]
<https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/psykososiaalinen-kehitys/vavu> [hämtat 4.10.2016]
- Sjögren B., 2005, *Psykosocial obstetrik*, Studentlitteratur
- Synnytyksen jälkeinen masennus*, 8.1.2016 [Online]
www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret/japerheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus [Hämtat: 9.4.2016]
- Tammentie T., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. och Tarkka M., 2004. *Family dynamics of postnatally depressed mothers – discrepancy between expectations and reality*, Journal of clinical nursing

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 8.1.2015, *Synnytyksen jälkeinen masennus* [Online]
https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus [hämtat 4.10.2016]

Zadeh M., Khajehei M., Sharif F. och Hadzic M., 2012, *High-risk pregnancy: Effects on postpartum depression and anxiety*, British Journal of Midwifery

Bilaga 1: EPDS formulär

LIITE 10

MIELIALALOMAKE SYNNYTYKSEN JÄLKEISEN MASENNUKSEN TUNNISTAMISEKSI (EPDS)

Alkuperäinen lähde: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987; 150:782-6.

Ole hyvä ja ympyröi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa Sinun tuntemuksiasi viimeisen kuluneen viikon aikana, ei vain tämänhetkisiä tuntemuksiasi.

Viimeisten seitsemän päivän aikana

1. olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen
 - yhtä paljon kuin aina ennenkin
 - en aivan yhtä paljon kuin ennen
 - selvästi vähemmän kuin ennen
 - en ollenkaan
2. olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia
 - yhtä paljon kuin aina ennenkin
 - hiukan vähemmän kuin aikaisemmin
 - selvästi vähemmän kuin aikaisemmin
 - tuskin lainkaan
3. olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan
 - kyllä, useimmiten
 - kyllä, joskus
 - en kovin usein
 - en koskaan
4. olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä
 - ei, en ollenkaan
 - tuskin koskaan
 - kyllä, joskus
 - kyllä, hyvin usein
5. olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä
 - kyllä, aika paljon
 - kyllä, joskus
 - ei, en paljonkaan
 - ei, en ollenkaan

6. asiat kasautuvat päälleni
- kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan
 - kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin tavallisesti
 - ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin
 - ei, olen selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin aina ennenkin
7. olen ollut niin onneton, että minulla on ollut univaikeuksia
- kyllä, useimmiten
 - kyllä, toisinaan
 - ei, en kovin usein
 - ei, en ollenkaan
8. olen tuntenut oloni surulliseksi tai kurjaksi
- kyllä, useimmiten
 - kyllä, melko usein
 - en kovin usein
 - ei, en ollenkaan
9. olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt
- kyllä, useimmiten
 - kyllä, melko usein
 - vain silloin tällöin
 - ei, en koskaan
10. ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni
- kyllä, melko usein
 - joskus
 - tuskin koskaan
 - ei koskaan

Kysymyksissä 1, 2 ja 4 vastausvaihtoehdot pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 0–3. Kysymykset 3 sekä 5–10 ovat käänteisiä ja ne pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 3–0

EPDS-mittari on validoitu useassa maassa, eikä sitä saa toimipaikkakohtaisesti muuttaa.

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	1
2. Teoretisk utgångspunkt	1
2.1 Den ontologiska hälsomodellen	2
2.2 Hur man genom stöd kan främja tillståndet hos den lidande	2
3. Teoretisk bakgrund	3
3.1 Stöd av anhöriga och organisationer	4
3.1.1 Stöd av partner, familj och vänner.....	4
3.1.2.ÄIMÄ ry, Äidit irti synnytysmasennuksesta	5
3.1.3. Mieli, Föreningen för mental hälsa i Finland	6
3.1.4.Mannerheims barnskyddsförbund.....	6
3.2 Stöd och vård vid förlossningsdepression.....	7
3.2.1. Stöd och vård vid lindrig förlossningsdepression.....	8
3.2.2. Stöd och vård vid medelsvår eller svår förlossningsdepression.....	8
3.2.3 Psykoterapi	9
3.2.4. Mediciner och hormonvård	9
3.2.5 Kamratstöd.....	11
3.3 Tidigare studier	11
3.3.1. Hurudant är bra stöd?	12
3.3.2. Hurudant stöd föredrar mödrarna under förlossningsdepression?.....	13
3.3.3. Hur vårdare genom vård kan stöda den förlossningsdeprimerade modern?.....	15
4. Syfte och frågeställningar	16
5. Metodbeskrivning	17
5.1 Kvalitativ närmelsesätt	17
5.1.1. Narrativ metod	17
5.2 Urval av datamaterial och presentation av informanter	18
5.3 Dataanalys	18
5.4 Etik	19
6. Resultatredovisning	19
6.1 Bloggläsarnas försök till stöd.....	20
6.1.1 Råd för tillfrisknande	20
6.1.2. Empati	22
6.1.3. Självcentrering	24
6.1.4 Bekräftelse	25
6.2 Bloggerskornas reaktioner till kommentaren	27

6.2.1. Att ge stöd.....	28
6.2.2. Att visa tacksamhet	29
6.2.3. Att dela med sig av sitt eget tillfrisknande	31
7. Resultat diskussion	33
7.1. Bloggläsarnas försök till stöd.....	34
7.1.1. Råd för tillfrisknande.....	34
7.1.2. Empati	35
7.1.3. Självcentrering	36
7.2 Bloggerskornas reaktioner till kommentaren	37
7.2.1. Att ge stöd.....	37
7.2.2. Att visa tacksamhet	39
7.2.3. Att dela med sig av sitt eget tillfrisknande	39
8. Metoddiskussion.....	41
8.1 Perspektivmedvetenhet.....	41
8.2 Internlogik	42
8.3 Etiskt värde.....	42
8.4 Struktur	43
9. Diskussion.....	43
Källförteckning	45

UTVECKLINGSARBETE

Författare: Lillfors Kia och Rasmus Annica

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Hjortell Marie

Titel: Att stöda den förlossningsdeprimerade modern

-En kvalitativ studie om hur bloggläsare försöker visa sitt stöd åt den bloggande

Datum: 25.01.2018

Sidantal: 44

Bilagor: -

Abstrakt

Vårt utvecklingsarbete behandlar ämnet hur hälsovårdare vid mödra- och barnrådgivningen kan stöda en moder med förlossningsdepression och hurudana olika sätt det finns att stöda de deprimerade mödrarna. Syftet med vårt arbete var att undersöka vilka bloggkommentarer som ger positiv upplevelse till de deprimerade mödrarna och därigenom öka förståelsen för hur man kan stöda dessa mödrar.

Som teoretisk utgångspunkt i vårt examensarbete använde vi oss av Katie Erikssons Caritativa vård och fokuserade på begreppet lidande. I detta arbete har vi fokus på den ontologiska hälsomodellen och vad som främjar tillståndet hos den lidande. Arbetet är en kvalitativ studie där analysen av datamaterial (bloggkommentarer) gjordes genom kvalitativ innehållsanalys. Resultatet analyserades i reflektion till de tidigare forskningarna och teoretiska utgångspunkten.

Resultatet visade att stöd är en viktig faktor i tillfrisknandet av förlossningsdepression. Mödrarna uppskattade alla försök för stöd, oberoende av innehåll. Inga negativa kommentarer hittades vid analysen. De flesta kommentarerna var positiva och uppmuntrande för de förlossningsdeprimerade. Kommentarerna innehöll bl.a. råd för att tillfriskna, egna åsikter och erfarenheter samt visande av empati. Dessa kommentarer hade en positiv effekt på förlossningsdeprimerade, de fick krafter och uppmuntran att kämpa vidare med sjukdomen.

Språk: Svenska Nyckelord: Förlossningsdepression, blogg, stöd

KEHITYSTEHTÄVÄ

Tekijä: Lillfors Kia ja Rasmus Annica

Koulutus ja paikkakunta: Terveystieteiden, Vaasa

Ohjaajat: Hjortell Marie

Nimike: Synnytysmasennuksesta kärsivän äidin tukeminen

-Kvalitatiivinen tutkimus siitä miten blogin lukijat yrittävät tukea bloggaajia

Päivämäärä: 25.01.2018

Sivumäärä:44

Liitteet :-

Tiivistelmä

Työmme käsittelee aihetta kuinka terveydenhoitaja äitiys- ja lasten neuvolassa voi tukea synnytysmasennuksessa olevaa äitiä sekä minkälaisia mahdollisuuksia on tukemiseen löytyä. Työmme tarkoituksena on tutkia mitkä kommentit blogeissa antavat positiivisen kokemuksen synnytysmasennuksesta kärsiville äideille ja tätä kautta lisätä ymmärrystä kuinka äitien tulisi tukea.

Opinnäytetyön perustana käytimme Katie Erikssonin caritatiivisen hoidon teoriaa ja keskityimme käsitteeseen kärsimys. Tässä työssä käytämme ontologista terveystietoa ja keskityimme miksi edistää terveydentilaa. Työmme on kvalitatiivinen ja materiaalien analysoinnissa käytimme kvalitatiivista sisältöanalyysia. Tulokset tulkitimme vertailemalla aiempia tutkimuksia ja valittua teoriaa vasten.

Tulokset osoittivat tuen olevan tärkeä tekijä synnytysmasennuksesta toipuville. Äidit arvostivat kaikkia lukijoiden tuen antamisen yrityksiä, riippumatta sisällöstä. Negatiivisia kommentteja ei löytynyt lainkaan analyysissä. Useimmat kommentit olivat positiivisia ja rohkaisevia. Kommentit sisälsivät mm. neuvoja toipumiseen, omia mielipiteitä ja kokemuksia sekä empatian näyttämistä. Näillä kommentteilla oli positiivinen vaikutus synnytysmasentuneille, he saivat voimia ja rohkeutta jatkaa taistelua sairautta vastaan.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat:Synnytyksen jälkeinen masennus,blogi,tuki

DEVELOPMENT PROJECT

Author: Lillfors Kia and Rasmus Annica

Degree Programme: Public Health Nurse

Supervisors: Hjortell Marie

Title: To support the postpartum deprived mother

-A qualitative study on how blog readers try to show their support to the blogger

Date: 25.01.2018

Number of pages: 44

Appendices:-

Abstract

The aim of our study is to describe how the public health nurses can support mothers in maternity- and child clinic and which different kind of support possibilities there are. The purpose of our work is to find a way which kind of blogcomments give a positive experience to the mothers and there through get an increased understanding how to support the mothers.

In the bachelor's thesis we used Katie Eriksson's theory about caritative caring as our theoretical framework and focused in the concept of suffering. In this study we focus on ontologic health model and what is promoting to the status. The study is a qualitative study and the data was analyzed through a qualitative content analysis and the result interpreted within our previous research and selected theories.

The result shows that support is an important factor in recovering of postpartum depression. Mothers appreciated all attempts of help, independent of subject. No negative comments were founded in the analysis. The most of comments was positive and encouraging for the mothers with postpartum depression. The comments contained for example advices for recovering, own opinions and experiences and also showing empathy. These comments had a positive effect to the mothers and they got strength to fight against the disease.

Language: Swedish

Key words: Postpartum depression, blog, support

1. Introduktion

Vårt utvecklingsarbete behandlar ämnet hur hälsovårdare vid mödra- och barnrådgivningen kan stöda en moder med förlossningsdepression och hurudana olika sätt det finns att stöda de deprimerade mödrarna. Vi har valt att göra en studie där vi fördjupar oss i vårt examensarbete "Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression" där vi studerar hur bloggläsare försöker visa sitt stöd genom kommentarerna åt de bloggande mödrarna med förlossningsdepression och hur mödrarna reagerar på kommentarerna. I detta arbete utgår vi från andra frågeställningar än i examensarbetet, men använder oss av samma bloggar. Som informanter kommer vi förutom bloggerna att använda läsarna av bloggen. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

Att veta på förhand hur man reagerar i en situation där en moder berättar om sin förlossningsdepression är svårt eftersom varje insjuknande har förutom specifika symptom även individuella drag som påverkar situationen. Det kan även hända att man reagerar på ett helt annat sätt än man tänkt sig. Vilket är det bästa sättet att reagera och vad vill mödrarna höra? Detta är vad vi vill ta reda på med vårt arbete. Vi valde ämnet eftersom vi som blivande hälsovårdare tycker att ämnet är både viktigt och intressant samt lärorikt eftersom vi i vårt kommande yrke behöver kunna ge det bästa möjliga stöd åt dessa mödrar. Med vårt arbete vill vi ge ökad kunskap om hur man kan stöda mödrar med förlossningsdepression och vilka olika organisationer man kan kontakta angående stöd.

2. Teoretisk utgångspunkt

I vårt examensarbete utgick vi från Katie Eriksson (1994) teori om caritativt vårdande och fokuserade oss på begreppet lidande. I vårt utvecklingsarbete kommer vi även att utgå från denna teori, men fokusera främst på vad som främjar tillståndet hos den lidande, samt den ontologiska hälsomodellen. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

2.1 Den ontologiska hälsomodellen

Hälsa är ett ontologiskt begrepp och handlar om människans vardande och verklighet. Hälsa, enligt Eriksson, betyder helhet och helighet. Lidande och kärlek är viktigt för människans hälsa eftersom de gör människan till en mångsidig helhet och leder till en djupare helighet. Detta behövs för att människan skall bli helgjuten. Helighet innebär att människan blir medveten om sin unikheter och sitt ansvar som medmänniska medan helhet är människans varande i de oskiljaktiga delarna, kropp, själ och ande. Den ontologiska hälsomodellen utgår från människans hälsa som ett vardande mot en djupare enhet. Hälsa rör sig mellan görande, varande och vardande. Människan rör sig mellan dessa dimensioner och rörelsen uttrycks i olika upplevelser av problem, behov eller begär. På hälsans görande nivå bedöms den från yttre objektiva kriterier medan hälsa på varande nivån är en form av balans och harmoni och hälsa på vardande nivå innebär att människan inte är främmande för lidande. Människan försöker försona sig själv med olika omständigheter i livet och bli hel på en djupare integrationsnivå. (Eriksson, 1994, s.59-60).

Lidandet liksom hälsan kan också beskrivas på olika nivåer, att ha lidande, att vara i lidande och att varda i lidande. "Att ha ett lidande" betyder att man är styrd av yttre omständigheter. Människan är främmande för sig själv, sina inre begär och egna möjligheter. "Att vara i lidandet" söker människan efter någonting mera helgjuten. Varandet kan upplevas som ett tillstånd av lycka, harmoni och hälsa. Detta även om människan ofta förneka sitt innersta jag och försöker lindra lidandet genom att fylla behoven med kortvariga tillfredsställelser. Trots uppfyllda tillfredsställelser kan människan känna oro vilket driver henne vidare. "Att varda i lidandet" kan upplevas som en kamp mellan hopp och hopplöshet, liv och död. Om livet vinner kan människan hitta meningen med lidandet. (Eriksson, 1994, s.59-60).

2.2 Hur man genom stöd kan främja tillståndet hos den lidande

Vid stöddandet av en deprimerad moder skall man tänka på att ge kärlek och bekräftelse, samt visa att man verkligen bryr sig och vill lyssna på henne. Enligt Eriksson kan man genom att ge och få kärlek och bekräftelse minska lidande, medan brist på dessa kan i sin tur orsaka

lidande. Också värdigheten bekräftas genom förmedling av kärlek. En människa som är mitt i lidandet behöver få bekräftelse av sin värdighet som människa, d.v.s. kärlek, och hitta meningen med lidandet för att kunna sluta lida. Lidandet kan även orsakas av känslor av att man inte blir tagen på allvar, känsla av att sakna något i livet eller vara ensam. All ensamhet förorsakar ändå inte lidande. Vid möte av en människa som lider skall man tänka på att bemöta dem med största möjliga finkänslighet för att inte orsaka mera lidande. Fortsatt lidande kan orsakas av att människan upplever sig bli kränkt, vilket även kan leda till ovilja att tala om sitt lidande. (Eriksson 1994, s. 39, 81-83).

“Så mycket medlidande, så mycket vård” (Eriksson 1994, s.53). Som vårdare är det viktigt att vid vårdandet av förlossningsdeprimerade mödrar ta i beaktan deras värdighet, integritet och egenvärde. Vårdaren skall även kunna ha medlidande för att kunna ge den bästa möjliga vården och stödet åt den lidande. Enligt Eriksson kan människans lidande i en vårdssituation kallas vårdlidande. Det vanligaste vårdlidandet är kränkning av patientens värdighet och hennes värde som människa. Detta innebär att man som vårdare fråntar patientens möjlighet att vara människa och minskar möjligheten att använda de innersta hälsoresurserna. Att som patient uppleva att man har ett egenvärde är grunden för tillfrisknande. Som vårdare har man uppgift att ge patienten möjlighet att uppleva den fulla värdigheten som människa och att förhindra all form av kränkning. Att ha medlidande med den som lider är källan till det sanna vårdandet. För att kunna ha medlidande behöver man ha mod för att ta ansvar för den andre och mod att offra någonting av sig själv. Att ha medlidande innebär också att kunna förstå och ha känslighet för den andres lidande, att ha beredskap att kämpa för den andres smärta, samt att försöka lindra det. (Eriksson 1994, s.39,55 & 81-83).

3. Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden i vårt examensarbete finns det redogjort för vad depression och förlossningsdepression är, symtom, förebyggande faktorer, behandling och diagnostisering av förlossningsdepression samt vad Edinburgh Postnatal Depression Scale är. Även relationer och hur förlossningsdepressionen påverkar dessa i familjen, parförhållandet samt interaktionen med barnet tas upp. Mera om dessa saker kan läsas i vårt examensarbete på sidorna 13-21. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

I vårt utvecklingsarbete ligger grunden på den teoretiska bakgrunden från examensarbetet, men vi kommer att tillsätta mer fakta till den teoretiska bakgrunden som är väsentligt för att förstå resultatet av vårt utvecklingsarbete. Det nya vi kommer att tillsätta till bakgrunden är olika former av stöd som finns för de deprimerade och olika organisationer som ger stöd. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

3.1 Stöd av anhöriga och organisationer

I detta kapitel tas det upp hurudant stöd anhöriga kan ge och hurdana olika stödorganisationer som finns till för att stöda de insjuknade. Under förlossningsdepression behöver den deprimerade modern, interaktionen mellan barnet och modern och hela familjens välmående mångsidigt stöd och vård. Behovet av stöd och vård planeras och byggs upp enligt svårighetsgraden av depressionen och interaktionen mellan modern och barnet. Oftast behövs det förutom vård och stöd även konkret hjälp, så som hjälp i barnskötsel och familjearbete. (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuularim 2017, s. 256).

3.1.1 Stöd av partner, familj och vänner

Behandlingsprognosen för förlossningsdepressionen är oftast god. En del av de deprimerade mödrarna kan behöva medicinsk vård eller annan behandling, medan vissa mödrar klarar sig ut ur situationen med hjälp av det sociala stödnätverket. Allmänt sett är alla mödrar med nyfödda i behov av stöd från andra människor. Nya mödrar behöver få en känsla av att de får stöd, är uppskattade och får råd samt hjälp vid behov. För deprimerade mödrar kan det kännas svårt att upprätthålla och skapa dessa stödnätverk. De är även speciellt känsliga för sin omgivning och tolkar ofta budskap och kommentarer som negativa eller kritiserande. Därför känner dessa mödrar ofta sig ensamma i sin situation. Stöd av andra kvinnor, speciellt av dem som själv fött, den egna mammans eller väninnornas stöd är viktigt. Detta stöd behövs för att orka vårda barnet dygnet runt, klara av de stora känslorna som moderskap medför och kunna hantera den egna psykiska tillväxten. Mödrarna upplever sig ha ett behov av få dela med sig av sina erfarenheter av att vara mamma åt ett litet barn. Vad som kan göra stödandet problematiskt för anhöriga av de deprimerade är svårigheten för de insjuknade att medge behovet av hjälp, att be om hjälp eller att motta hjälp. Denna svårighet beror på att de svåra känslorna och behovet av stöd kan kännas skamligt för den deprimerade modern. (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuularim 2017, s. 254, 256).

Parförhållandets kvalite är en av de sakerna som ofta kan ses påverkas negativt av depressionen. Det är vanligt att den deprimerade modern känner att den egna partnern inte stöder, tar ansvar eller är närvarande tillräckligt. Mödrarna kan ha en uppfattning av att medan det egna livet helt förnyats efter barnets födsel har pappornas liv fortsatt enligt det gamla mönstret. Besvikelse kan även kännas över att mödrarna inte känner att påfrestningen av livet barnet medfört inte är jämnt delat mellan föräldrarna, eftersom mammorna oftast har det största ansvaret i grundvården av barnet. Mödrarna kan även ha svårt att acceptera att moderskap också är relaterat med negativa känslor. För att papporna skall förstå bättre vad som pågår i den deprimerade kvinnans liv är det viktigt att papporna får information om förlossningsdepression och i stöd i denna svåra livssituation. (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuularim 2017, s. 256-258).

3.1.2. ÄIMÄ ry, Äidit irti synnytysmasennuksesta

Äidit irti synnytysmasennuksesta, d.v.s. ÄIMÄ ry, är en förening för att hjälpa mammor ur förlossningsdepression med hjälp av kamratstöd. Föreningen grundades år 1998 och är politiskt samt religiöst obunden. Förutom för att stöda mammor som insjuknat i förlossningsdepression stöder föreningen även mammor som insjuknat i förlossnings- eller amningspsykos. Äimä ry stöder även de insjuknades närstående, informerar om sjukdomen och främjar forskning samt vård inom området. På föreningens hemsida finns det även information om organisationen, kontaktuppgifter, symptom och olika vårdmetoder med mera. (ÄIMÄ ry, u.å.).

Samtal med andra som är eller har varit i samma situation upplevs ofta som givande och kan hjälpa till att finna lösningar för att klara vardagen. Det är viktigt att det finns någon som lyssnar och förstår en. Kamratstöd kan fås via kamratstödstelefon, på nummer 040 746 7424, kamratstödsgrupper, som finns runt om i Finland, och samtalsforum på internet. För tillfället är alla tjänster endast på finska, men ÄIMÄ ry:s patientguide "Förlossningsdepression – vad är det?" har kommit ut på svenska. Patientguiden kan frågas efter på föreningens kontor. Genom att ringa till kamratsödets telefonnummer får man via telefonsvararen reda på vilka tider som är i bruk. För att få hjälp från ÄIMÄ ry behöver man inte vara medlem, men som medlem får man många fördelar. För att bli medlem skall man fylla i en elektronisk uppgiftsblankett på föreningens hemsida eller kontakta föreningen per e-post, samt betala

medlemsavgiften. Närmare uppgifter om detta finns på föreningens hemsidor. Man kan även ansöka om befrielse från medlemsavgiften av ekonomiska skäl via kontakt till kontoret. (ÄIMÄ ry, u.å.).

3.1.3. Mieli, Föreningen för mental hälsa i Finland

Föreningen för Mental Hälsa i Finland, även kallad Mieli, grundades år 1987 och är därmed världens äldsta medborgarorganisation. Föreningens grunduppgift är att främja den mentala hälsa och förebygga olika problem hos människan genom att hjälpa och stöda de som befinner sig i olika kriser. FMHF samlar även in och förmedlar information om den mentala hälsan och psykiska välbefinnandet för att kunna förmedla viktig information om mentala hälsan. Detta gör de genom att publicera tidskrifter, rapporter och böcker. Genom samarbetspartners erbjuder föreningen även hjälp och stöd, samt ökar medvetenheten gällande den mentala hälsan för allmänheten. T.ex. penningautomatföreningen RAY finansierar till stor del FMHF. Bidrag fås även från ministerier, kommuner och församlingar. (FMHF, u.å.).

I Finland finns 50 lokalföreningar för mental hälsa, 30 medlemsföreningar och 5000 individuella medlemmar. FMHF har fem regionala anställda som gör samarbete med de lokala föreningarna som arbetar med utvecklingsprojekt och handledningstjänster. De lokala föreningarna utbildar även både frivilliga och professionella som arbetar för den egna kommunens välbefinnande. I utbildningen får de frivilliga en grund för hur man skall möta olika människor och utbildning inom olika teman såsom sexualitet, stöd i vardagen, familjemedlems död m.m. De frivilliga stödpersonerna kan sedan anställas av lokalföreningar för olika stödaktiviteter. Annat verksamheten erbjuder är experttjänster, utbildningar, tidskrifter, böcker, guider, broschyrer och annat material. (FMHF, u.å.).

3.1.4. Mannerheims barnskyddsförbund

På Mannerheims barnskyddsförbunds hemsidor på nätet finns det mycket information för föräldrarna. Det finns information bl.a. om barnets tillväxt och utveckling, familjeliv, tips för barnfamiljers vardag, stöd för familjens oro och kriser samt om hjälp och kamratstöd. Förbundet ordnar även olika evenemang och skolningar för familjer. Som förälder och

fostrare upplevs ofta motstridiga känslor. Att övervaka barnets tillväxt och utveckling ger oöverträffad glädje, men även frågor som man inte alltid kan hitta färdiga svar på. De känslor som uppstår vill man oftast diskutera konfidentiellt om. (MLL, u.å.).

Genom att stöda föräldrar främjar man hela familjens välbefinnande. Barnskyddsförbundet ordnar därför olika stödtjänster åt föräldrarna. Kamratstödtjänster är ett av dessa tjänster, d.v.s. föräldratelefonlinjen som grundades år 1989 och onlinebrev tjänsten som grundades år 2000. Dessa tjänster kontaktar man alltid anonymt och med förtroende. Dessa tjänster finns till för att stöda föräldraskapet och för att svara på frågor angående fostran, föräldraskap eller barn. Kontakterna besvaras av utbildade volontärer som är inskolade, har tystnadsplikt och som själva är föräldrar. Telefonnummer till föräldratelefonlinjen är 0800 92277, tiden för när samtal besvaras hittas på förbundets hemsidor. Samtalen är gratis. Ett onlinebrev kan skrivas när som helst och korrespondenter svarar på meddelandet inom ungefär en vecka. Om man vill kan man ha korrespondens två gånger med samma person. Svaren på meddelanden kan läsas online under en månad. (MLL, u.å.).

På barnskyddsförbundets hemsida finns det även chans att ha onlinediskussioner med andra föräldrar. Diskussionerna kan behandla ämnen så som funderingar över det egna barnet eller ungdomen eller föräldraskap. Ingen av dem som deltar i diskussionen är en expert utan alla som deltar är föräldrar i samma livssituation. Det är viktigt att stöda andra föräldrar i det egna föräldraskapet. MLL erbjuder även hjälp åt familjer att hitta barnskötare, familjerna har möjlighet att ansöka en vårdare åt barnen hem vilken tid på dygnet som helst. Familjen fungerar då som arbetsgivare åt denna person. Dessa barnskötare kan ansökas om via förbundets nätsidor eller genom att ringa till närmaste kontor. (MLL, u.å.).

3.2 Stöd och vård vid förlossningsdepression

I detta kapitel tas det upp olika vårdformer av depression och hur man med hjälp av vård kan stöda mödrar med förlossningsdepression.

3.2.1. Stöd och vård vid lindrig förlossningsdepression

Vid identifiering och stöd av förlossningsdepression har hälsovårdare, familjearbetare, psykologer och läkare vid barn-och mödrarådgivningen en central roll. Speciellt hälsovårdare har en viktig roll vid stöd och vård av lindrig förlossningsdepression, hälsovårdare kan då erbjuda tätare och längre mottagningstider samt hembesök. Även kamratgrupper, så som ÄIMÄ ry, och grupprådgivning kan ses ha positiv effekt på denna typ av depression., liksom pappans stöd av modern och hjälp i barnskötsel. Av kamratgrupper har mödrarna störst hjälp av efter att den svåraste och mest akuta skeden av depressionen är över. kamratstöd kan dock inte jämföras med professionell psykiatrisk hjälp. Vid lindrig förlossningsdepression är barnskyddets familjearbete och öppen daghemsvård ofta behövliga. Stöd i barnfamiljers vardag kan fås även via barnskyddets barnvårdstjänster, familjecafé och mamma-barn grupper. (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuulari 2017, s. 262-263).

3.2.2. Stöd och vård vid medelsvår eller svår förlossningsdepression

Som vård för medelsvår eller svår förlossningsdepression används ofta en kombination av psykoterapi och medicinsk behandling, eller intervaller av psykoterapi. Valet av vårdmetod baserar sig på svårighetsgraden av depression och problem i interaktion. Modern kan behöva stöd och motivering för att påbörja medicinering speciellt om hon ammar barnet och vill fortsätta med detta. Hela familjen tas alltid med i helheten av psykoterapi och interaktionsvården i form av familje- och parmöten. Vid behov kan egen interaktionsvård och psykoterapi även ordnas för barnet och pappan. Medelsvår och svår förlossningsdepression kan även skapa behov för intagande för en sjukhusperiod eller vård vid öppenpsykiatri eller på stängd avdelning. Även vårdperioder vid Baby blues enheter kan behövas. Ifall modern inte kan ta hand om barnet är det viktigt att pappan eller någon annan anhörig kan ta hand om barnet under moderns vårdperiod. Vid moderns insjuknande i förlossningsdepression kan även par- eller familjeterapi bli aktuellt. (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuulari 2017, s. 263-264).

3.2.3 Psykoterapi

Psykoterapi är behandling av olika psykiska problem, livskriser eller traumatiska erfarenheter genom diskussion. Med hjälp av psykoterapi vill man eliminera psykiska problem eller störningar och minska psykiskt lidande samt stöda mental tillväxt. Titeln psykoterapeut får användas endast av personer som har valviras godkännande för det. Psykoterapeuter kan till sin grundutbildning vara till exempel psykologer, psykiatriker, specialistkliniker, socialarbetare eller teologer. Alla psykoterapeuter har absolut tystnadsplikt. (Sarkkinen u.å.).

Psykoterapi som behandling är undersökt och effektivt, genom psykoterapi underlättas återhämtning, förbättras förmågan att fungera och man får verktyg för att hantera senare problem i livet. En mamma som lider av förlossningsdepression kan dra nytta av psykodynamisk individuell psykologi eller tidig psykoterapi. Tidig interaktion i psykoterapi domineras av relationer mellan barnet och föräldern. Hela familjen beaktas alltid i vården. Innan psykoterapivården inleds gör man vanligtvis 1-4 uppskattnings besök till en psykoterapeut för att kartlägga livssituationen och problemen, samt bedömer lämpligheten av terapin. För att lyckas med vården bör modern uppleva sig behöva hjälp med sina psykiska problem. Varaktigheten av psykoterapi varierar från några besök till 2-3 år av vård. Individuella psykoterapi sessioner brukar normalt bestå av 1-3 besök i veckan 45 minuter i taget. (Sarkkinen u.å.).

Psykoterapi, d.v.s. i detta fall interaktionsvård, är speciellt viktigt då moderns interaktion med barnet är problematiskt. Vid psykoterapin görs en bedömning av orsakerna till depressionen, riskerna det medför babyn samt interaktionen mellan modern och barnet. Vården innehåller hembesök och mottagningstider, babyn är oftast alltid med. Genom vården försöker man påverka interaktionen mellan modern och barnet positivt, påverka bilden av moderskap och den subjektiva känslan av att vara mamma. (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen & Tuulari 2017, s. 264-265).

3.2.4. Mediciner och hormonvård

Förlossningsdepressionen kan lindras med hjälp av mediciner. Det finns olika möjligheter med medicinering, antidepressiva eller hormonet estradiol. Hormonbehandling är fortfarande sällsynt både i Finland och i världen. Dock har man i Finland gjort betydande forskning i

ämnet. Hormonförändringarna som uppstår efter förlossningen kan bidra till att vissa depressionsmediciner hjälpa bättre än andra. En viktig faktor som påverkar effekten på medicinen är dosen. Dosen är speciellt viktigt under en förlossningsdepression eftersom de deprimerade mödrarna behöver oftast ett större dos av mediciner än vad de i andra sammanhang skulle behöva. (Ahokas A., u.å.; Ahokas A. & Aito M., u.å.).

Estradiol är en av östrogenhormonerna. När graviditeten har börjat ökar den väntande moderns hormonnivå gradvis. Koncentrationerna är högst i slutet av graviditeten, vilket är 100 till 1000 gånger större än vad det vanligtvis är under menstruationscykeln. Efter förlossningen sjunker nivåerna hastigt. Estradiol nivåerna sjunker två dagar efter förlossningen till samma nivå som under klimakteriet vilket kan ge humörsvängningar. Vid en låg estradiol dos minskar hjärnans serotonin nivå, då det sjunker sjunker även humöret. minskar. Då kan sömnlöshet uppstå och kroppen hamnar i ett stressstillstånd. (Ahokas A. & Aito M., u.å.).

Antidepressiva mediciner och Estradiol hormonen normaliserar hjärnans signalsubstanser. Estradiol halten sjunker efter graviditeten strax några dagar efter förlossningen vilket kan påverka signalsubstanserna. Signalsubstanserna reglerar humören, ångesten, sömnrhythmen, beteendet och den psykiska energin. Symptom på depressionen är beroende på halten av signalsubstanserna och deras ändringar. Depressionsmedicinerna och hormonernas uppgift är att korrigera och balansera ändringarna till det normala. Det vill säga de ändrar inte personligheten utan deras jobb är att återställa de psykiska krafterna. Då man påbörjar medicineringen av antidepressiva läkemedel kan man känna av svindel och illamående som tilltar efter några veckor. Vissa personer kan känna av att den sexuella lusten minskar. Medicinerna ger effekten ungefär efter två veckor, för vissa personer kan symtomen lätta redan före det. Om inte medicinen har någon effekt behöver man höja på dosen, byta medicin eller kombinera två olika mediciner. Längden på kuren regleras individuellt, enligt de internationella rekommendationerna är minimitiden sex månader. Det finns ingen max. gräns för hur länge medicinen kan intas eftersom inget beroende kan uppstå under användningen. De flesta antidepressiva läkemedel är trygga att använda även under graviditet och amning. (Ahokas A., u.å.).

3.2.5 Kamratstöd

Den förlossningsdeprimerade modern upplever ofta ett behov av att känna sig accepterad precis som hon är. Att prata med främmande personer upplevs ofta av mödrar som lättare än att prata med de egna närstående, eftersom råd och vägledning från släktingar eller vänner kan ses öka moderns känslor av skam och skuld. Människor som är i samma situation eller varit i samma situation kan förstå moderns känslor bättre och därför ge bättre råd och vägledning än de egna närstående. Dessa diskussion hjälper även till att hitta nya och bättre sätt att hantera situationen. Det viktigaste med kamratstöd är att den andra lyssnar och förstår. (Äimä ry, u.å.).

Kamratstöd handlar om ömsesidigt hjälp, stöd och att få dela med sig av sin erfarenhet. Ömsesidig hjälp ökar självkänslan och känslan av den egna förmågan, medan att få dela med sig av sina erfarenheter minskar känslan av ensamhet och hjälplöshet i en ny livssituation. Grunderna för kamratstöd är tron på de egna inre resurserna. Kamratstöd kräver ändå alltid att den som söker hjälp själv försöker förstå sin situation och är aktiv i diskussionen. De som söker stöd behöver också ha en önskan om ökat välbefinnande. Kamratstöd kan fås t.ex. från ÄIMä ry:s telefonstöd, kamratstöd grupper eller deras internet chatttrum. (Äimä ry, u.å.).

3.3 Tidigare studier

I vårt examensarbete hittas tidigare forskningar om hur mödrar upplever livet med förlossningsdepression på sidorna 4-13. Dessa forskningar behandlar ämnen ur olika synvinklar, d.v.s. att bli mamma under förlossningsdepression, depressionens påverkan på familjen och relationer, riskfaktorer för att insjukna, mödrarnas upplevelser av sjukdomen och amningens påverkan på sjukdomen. De tidigare forskningar vi använt i examensarbetet ligger som grund i vårt utvecklingsarbete, men vi har valt att tillägga tidigare forskningar om stöd vid förlossningsdepression. Vid sökandet av tidigare forskning inom ämnet förlossningsdepression använde vi oss av sökorden *postpartum depression*, *postnatal depression*, *feelings*, *mother*, *nordic*, *scandinavian* och *relations*. Vid sökandet av tidigare forskningar som behandlar ämnet stöd vid förlossningsdepression använde vi samma databas som i examensarbetet, det vill säga EBSCO och CHINAL. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

Vid sökningar beträffande ämnet stöd vid förlossningsdepression begränsades sökningen till att gälla artiklar i fulltext som är vetenskapligt granskade. P.g.a. litet material valde vi att begränsa sökningen till artiklar skrivna från år 2000 framåt. Vid sökandet använde vi oss av sökorden *postpartum depression*, *postnatal depression*, *nursing* och *support*. Vid sökandet av tidigare forskning fick vi 81 träffar av vilka vi valde att använda fyra stycken artiklar. De resterande artiklar kunde vi inte använda p.g.a. att de inte behandlade ämnet stöd eller var av dubbel upplaga. De tidigare forskning som vi valde att använda behandlar ämnet att stöda en förlossningsdeprimerad moder ur olika synvinklar. Vi har valt att presentera de olika synvinklarna i underkategorierna "Hurudant är bra stöd?", "Hurudant stöd föredrar mödrarna under förlossningsdepression?" och "*Hur kan en vårdare genom vården stöda den förlossningsdeprimerade modern?*".

3.3.1. Hurudant är bra stöd?

I forskningen *Nya mödrar och postpartum depression: en berättande interventionsstudie om stöd av människor i samma situation* behandlas bland annat utmaningar för att ge stöd och volontärutbildning. Syftet med studien är att ge en berättande recension av stöd av deprimerade mödrar med hjälp av studerande av litteratur och att ge en översyn av olika interventionsstudier som har genomförts samt resultaten av dem. Eftersom postpartum depression är ett allvarligt maternellt psykiskt problem som påverkar nya mödrar och deras spädbarn negativt även långsiktigt är viktigt att ingripa i situationen så tidigt som möjligt. Därför har man börjat utveckla mer effektiva sätt att ingripa i situationen. Forskningen gjorde med hjälp av en systematisk sökning och granskning av studier där man undersökt olika stödåtgärder av de deprimerade mödrarna för att få en större förståelse för stöd av postpartum deprimerade. I forskningen användes sex relevanta studier, vilka identifierades med hjälp av CINAHL, Medline, PsychINFO och Cochrane Library och är publicerade mellan åren 2000 och 2010. Volontärerna som deltog i studierna hade genomgått någon form av utbildning för att stöda och hade stöd från samordnare. Interventionerna som de gjorde varierade i längd, art, frekvens och leveranssätt. Alla volontärer rapporterade positivt på deras erfarenhet, även om det fanns några utmaningar i att ge stöd. (Leger & Letourneau 2015, s.337-346).

Genom att studera de olika sätten att ingripa konstaterade man att socialt stöd av kamrater har en positiv inverkan på depressionen medan saknaden av socialt stöd kan orsaka insjuknande. I

resultatet av studien framkom det att mödrar med postpartum depression ofta försöker normalisera sina symtom genom diskussioner med andra mödrar på ett sätt som inkluderar ömsesidigt empati. Stöd av människor i samma situation har konstaterats vara givande för både mödrarna som får stöd och för de som ger stödet. I studien uttryckte mödrarna även en önskan om att få ett-till-ett-stöd från någon som förstår och har erfarenhet av situationen samt återhämtningen. Enligt resultatet av studien krävs en lyckad intervention att man tar i hänsyn moderns ålder, kulturell och språklig skillnad, omständigheterna och behoven, samt att volontärerna har fått utbildning innan interventionen. Det viktigaste med stödet uppgav mödrarna vara känslan att bli hörd och att få hjälp med barnomsorg samt hushållssysslor. De flesta mödrar utvärderade sin erfarenhet av denna form av stöd som en känsla av emotionellt och informativt stöd samt känsla av att bli förstådd. De rapporterade även att de kände att deras stöd givare var trovärdig och att ingripandet hade positiv hälsoeffekt. Genom att förstå resultatet av tidigare studier på olika stödinsatser för dessa mödrar bidrar man till utvecklingen och genomförande av framtida stödjande insatser för mödrar med depression. (Leger & Letourneau 2015, s.337-346).

3.3.2. Hurudan stöd föredrar mödrarna under förlossningsdepression?

I forskningen *Socialt stöd under postpartumperioden: mammans synpunkter på behov, förväntningar och aktivt stöd* tas mödrarnas egna uppfattningar om socialt stöd under postpartumperioden upp. Enligt forskning är socialt stöd en stor buffert av postpartum depression, fastän det är lite känt om ämnet. Syftet för studien är att utforska postpartum kvinnors åsikter och erfarenheter med socialt stöd efter födseln. Studien genomfördes med hjälp av fyra fokusgrupper med etniskt varierat urval av kvinnor i ett stort sjukhus i New York. Deltagarna hade slutfört deltagande i en postpartum depression randomiserad studie och var 6-12 månader postpartum. (Negron, Martin, Almog, Balbierz & Howell 2013, s.616-622).

I resultatet kunde ses att mödrarna var i stort behov av stöd. Andra teman som kunde ses var utmaningar postpartum, förväntningar av stöd, stödgivare och hinder för aktivt stöd. I alla fyra grupper framkom det även ett behov av praktisk stöd och erbjudande av resurser, vilka uppgavs som nödvändiga för den fysiska och emotionella återhämtningen. De flesta mödrarna förväntade sig få stöd av partnern och den egna familjen. Stödet kvinnorna fick av sina

sociala nätverk var olika i olika grupper, d.v.s. etniska skillnader framkom. Mödrarnas förväntningar av stöd kunde ses ha en inverkan på huruvida de fick av sina sociala nätverk. Ur resultaten av denna studie kan man dra slutsatsen att identifiering av stödbehov och förväntningar är viktigt för återhämtningen efter födseln, varför framtida förebyggande insatser av postpartum depression bör fästa stort uppmärksamhet på social stöd. (Negron, Martin, Almog, Balbierz & Howell 2013, s.616-622).

En annan forskning som behandlar ämnet huruvida stöd mödrar föredrar under förlossningsdepressionen är studien *Vad föredrar kvinnorna och deras partner?* I denna studie tar man förutom vård av mödrar med förlossningsdepression även upp pappornas behov av stöd och hur man kan kommunicera om depression med partnern. Studiens syfte är att jämföra benägenhet för förlossningsdepression hos dem som accepterade en bedömning av den mentala hälsan och de som inte gjorde det. I studien gjordes observationer i två grupper. Kvinnorna i grupp ett hade symptom på förlossningsdepression och accepterade en mental hälsoanalys och i grupp två hade kvinnorna symptom på förlossningsdepression men accepterade inte analysen. (Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129).

I resultatet av studien kom det fram att de som accepterade hälsoanalysen visade större vilja att ha kontakt med vårdprofessionella och en större vilja för andra stödmetoder än de som inte accepterade hälsoanalysen. Exempel på andra stödmetoder är bl.a. stöd från informella nätverk, föräldraledighet, andliga möten, sångkör, motion, rådgivning, terapi och antidepressiva läkemedel. De gemensamma faktorerna kunde indelas i fyra omfattande kategorier, d.v.s. stöd, aktiviteter, rådgivning och medicinering. Information och diskussion om postpartum depression ansågs vara viktigt, speciellt diskussion om symtomen, hantering av dem och information om var man kan få hjälp. Flera deltagare ansåg stödgrupper vara viktiga. Deltagarna upplevde det viktigt att få dela med sig av sina erfarenheter med andra i liknande situation samt att få råd och stöd av dem. Mödrarna ansåg det även viktigt att papporna deltog i vården av barnet och att sjukvårdspersonalen stödde till att söka vård eftersom mödrarna upplevde detta som utmanande. Pappornas deltagande i barnskötsel upplevdes som stressminskande. Genom deltagandet fick papporna en bättre förståelse över kraven den nyfödde sätter på mödrarna vilket hjälpte bl.a. till att papporna förstod bättre mödrarnas situation hemma. Papporna upplevde dock stöden från vårdpersonalen otillräckliga, de upplevde sig ofta lämnade utanför och fick inte heller tillräckligt med information om t.ex. att stöda en kvinna med förlossningsdepression. (Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129).

Den positiva effekten av olika form av socialt stöd förekom i båda av forskningarna. Annat som kunde ses vara lika i dessa forskningar var mödrarnas stora behov av socialt stöd, speciellt av partnern, familj och stödgrupper. Även praktiskt stöd, hjälp med hemsysslor och barnskötsel ansågs vara viktigt. I resultatet av studien *Socialt stöd under postpartumperioden: mammans synpunkter på behov, förväntningar och aktivt stöd* kom det fram att etnicitet och mödrarnas egna förväntningar av stöd kunde påverka hurudant stöd de fick. I studien *Vad föredrar kvinnorna och deras partner?* däremot kom fram till att den egna acceptansen av symptomen kunde påverka hurudant vård de fick. De som accepterade bedömningen visade större vilja för att ha kontakt med vårdprofessionella och andra ta hjälp av andra stödmeter än de som inte accepterade bedömningen av den mentala hälsan. (Negron, Martin, Almog, Balbierz & Howell 2013, s.616-622; Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129).

3.3.3. Hur vårdare genom vård kan stöda den förlossningsdeprimerade modern?

I forskningen *Förlossningsdepression - Hur sjuksköterskor kan identifiera och ta hand om kvinnor som brottas med denna sjukdom* behandlas bl.a. riskfaktorer för uppkomsten av förlossningsdepression, vad som förvärrar sjukdomen, olika symptom, identifieringsmetoder, samt att göra rekommendationer för remiss och behandling. Studien genomfördes med hjälp av metaanalys av prenatala riskfaktorer för postpartum depression. De största riskfaktoren som framkom i studien var prenatal depression, prenatal ångest, stressiga livshändelser, låg nivå av socialt stöd och tidigare historia av depression. (Driscoll 2006, s. 402-409).

I resultatet framkom det hur sjuksköterskor kan hjälpa kvinnorna att förstå sin sjukdom och vad som egentligen är verkligt, d.v.s. att förstå sammanhanget fakta och fiktion samt myter som förekommer i media. Enligt resultaten kan denna förståelse uppnås genom att sjuksköterskan uppmuntrar de förlossningsdeprimerade kvinnorna att dela med sig av sina känslor av sorg och förlust samt uppbyggandet av det nya jaget. Speciellt viktigt ansågs det vara att sjukskötare förutom att uppmuntra kvinnorna att dela med sig av sina erfarenheter även uppmuntrar dem att söka hjälp för sina symtom. Speciellt vid känslor av ångest, ilska, obsessivt tänkande, rädsla, skuld eller självmordstankar. Dessutom berättade kvinnorna sig behöva hjälp med att återskapa, omstrukturera och integrera förändringar som det nya

moderskapet medfört vardagslivet, d.v.s att få hjälp med det som känns främmande. I slutsatsen av studien konstaterades det att det är viktigt att vårdpersonalen frågar ledande frågor för att upptäcka förlossningsdepressionen och att kvinnorna vid behov skall hänvisas till en mentalsjuksköterska. (Driscoll 2006, s. 402-409).

Vårdarens roll i stöddet tas även upp i forskningen *Vad föredrar kvinnorna och deras partner?* som togs upp i föregående kapitel "Hurudant stöd föredrar mödrarna under förlossningsdepression?". I denna studie betonas sjukvårdspersonalens roll i stöddet vid uppsökandet av vård. I studien förs det fram att mödrar med förlossningsdepression kan uppleva det utmanande att söka vård, varför sjukvårdspersonalen borde hjälpa mödrarna med detta så att mödrarna inte blir utan vård. Detta resultat stämmer bra överens med studien *Förlossningsdepression - Hur sjuksköterskor kan identifiera och ta hand om kvinnor som brottas med denna sjukdom* där man kunde se liknande resultat: sjukskötare borde uppmuntra förlossningsdeprimerade mödrar att söka hjälp för sina symtom. (Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129; Driscoll 2006, s. 402-409).

4. Syfte och frågeställningar

Vår målgrupp för utvecklingsarbetet är de förlossningsdeprimerade mödrarnas närstående och vårdpersonalen som kommer i kontakt med dessa mödrar. Vårt syfte med arbetet är att beskriva hur medmänniskor utan professionell utbildning inom vården försöker stöda den förlossningsdeprimerade modern och att beskriva hur mödrarna reagerar på denna försök av stöd. Informationen vi samlar in baserar sig på ett antal av kommentarerna som bloggläsare skrivit som svar på blogginlägg där bloggare beskriver sitt liv med förlossningsdepression. Informationen som fås är begränsad och därför kan resultatet inte generaliseras.

Genom att läsa kommentaren till bloggen vill vi få svar på dessa frågeställningar:

- Hur reagerar medmänniskor på förlossningsdeprimerade mödrars nöd?
- Hur reagerar förlossningsdeprimerade mödrar på medmänniskors försök att stöda?

5. Metodbeskrivning

I detta kapitel beskrivs de metoder vi kommer att använda i vår studie, det vill säga den kvalitativa och narrativa metoden samt den kvalitativa innehållsanalysen.

5.1 Kvalitativ närmelsesätt

Vi har valt att använda oss av den kvalitativa närmelsesättet för vår studie eftersom vi är intresserade av det karaktäriserande och unika i de olika sätten att stöda. Den kvalitativa närmelsesättet eftersträvar just detta, att återge det bästa möjliga av den kvalitativa variationen och hitta det avvikande. Den kvalitativa närmelsesättet ger även en förståelse för hur enskilda människor, grupper och institutioner handlar och påverkar varandra. Vid denna närmelsesätt används en mindre antal informanter och ett mer omfattande datamaterial. Denna närmelsesätt grundar sig på uppfattning och tolkning. (Johansson 2011, s. 90; Holme & Solvang 2001, s. 76-81). På sidorna 22-23 i examensarbetet finns det mera ingående redogjort för kvalitativ metod. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

5.1.1. Narrativ metod

Genom narrativ metod, d.v.s. berättelseforskning, samlar man in och analysera muntliga eller skriftliga berättelser. Denna metod kan användas både vid kvalitativa och kvantitativa undersökningar vid textanalys, observation, intervju, audiovisuell inspelning eller transkribering. Skriftliga berättelser kan sägas berätta om en händelse medan muntliga berättelser berättar om en händelse och är i sig själv också en händelse. Alla dessa berättelser, beskrivningar och förklaringar kan sägas skapa vår identitet, våra relationer, värderingar, normsystem och även organisationer. Med att berätta ger vi ordning till kaoset och gör sinnesuttrycken samt upplevelser en sådan form att de blir hanterbara. (Johansson 2005, s. 15 - 18, 21 – 22 & 25).

I vårt arbete kommer vi att använda oss av bloggar som informationskälla, d.v.s. webbsidor där skribenter publicerar aktuellt innehåll av sitt eget liv eller andra intressanta ämnen. Alla inlägg sparas på sidan och kan läsas av besökare. (Kilpi 2006, s.3 & 5). I bloggarna tas det upp en speciell form av narrativ metod d.v.s. livsberättelser. I livsberättelser berättar en

person om sitt liv eller valda aspekter av det. Dessa aspekter, teman eller perspektiv av personers liv kan sedan tolkas. I den narrativa metoden uttolkar forskaren även vad berättelserna betyder och vilken mening de har. Man söker inte efter en enda sann tolkning utan varje berättelse kan tolkas på flera olika sätt. (Johansson 2005, s.27). På sidorna 23-24 i examensarbetet finns det mera ingående redogjort för narrativ metod och vad bloggar är. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

5.2 Urval av datamaterial och presentation av informanter

Som informanter för vårt utvecklingsarbete kommer vi att använda oss av de blogggläsare som kommenterat de blogginlägg som vi använt oss av i vårt examensarbete, samt de fyra utvalda bloggarna vi använt oss av i examensarbetet. På sidan 25 i vårt examensarbete presenteras de blogg och bloggerskor som använts som informanter i vårt examensarbete "Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression". På sidan 24 i vårt examensarbete kan man läsa om varför vi valt just dessa fyra bloggerskor och varför vi endast valt oss att använda de blogginlägg som behandlar ämnet förlossningsdepression. I vårt utvecklingsarbete kommer vi att analysera de kommentarerna som läsarna skrivit till de blogginlägg där mödrarna berättar om sin förlossningsdepression, det vill säga kommentarer till de inlägg vi använt oss av i vårt examensarbete, och de kommentarer våra utvalda bloggerskor skrivit som svar på dessa. Vi har även valt att inte namnge kommentarerna i vårt utvecklingsarbete. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

5.3 Dataanalys

Vi har valt att analysera det insamlade datamaterialet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys kan användas både i kvantitativa studier med stort antal datamaterial och i kvalitativa studier med ett mindre datamaterial. Då man genomför en studie med kvalitativ innehållsanalys skall man ha en plan för hela studien. I planen skall man bestämma fokuset, d.v.s. vem man skall studera, och forskningsfrågorna. Forskningsfrågorna omformas sedan till ett syfte för studien. Vid planering av studien skall man även tänka igenom analysformen och vilka resultat studien kan ge. Vidare skall analysen utgå från syftet för studien. Urvalet av material som använd i analysen görs utifrån lämplighet för de syften

och frågot som skall besvaras. (Henricson 2017, s. 288-290; Henricson 2014, s.37,335 & 342).

Analysformen kan vara induktiv eller deduktiv. I vårt utvecklingsarbete har vi valt att använda oss av den induktiva analysen som görs utgående från innehållet i texten, det vill säga blogg kommentaren. Vi studerar och observerar det insamlade datamaterialet och låter sedan texten tala till oss. Därefter kommer väljer vi ut innehåll som beskriver olika sätt att stöda mödrar, det vill säga att dra vår slutsats. Liksom i examensarbetet har vi valt denna metod eftersom denna dataanalysmetod ger oavsett tolkningsdjup beskrivande och lätt använt resultat. (Henricson 2014, s.37,335 & 342). På sidorna 26-27 i examensarbetet finns det mera ingående redogjort för kvalitativ innehållsanalys. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

5.4 Etik

Under forskningsprocessen och skrivandet av arbetet skall man ta fasta på de etiska principerna, göra etiska överväganden samt försöka undvika att kränka, utnyttja eller såra någon. Vårt valda ämne kan uppfattas som känsligt och vid användning av känsliga uppgifter och spridning av dessa skall man komma ihåg att det kan utgöra ett hot mot integritet. Bloggarna vi valt att analysera är öppna bloggar till vilka alla har tillgång till och finns till förfogande för alla att läsa på internet. Detta betyder att innehållet i bloggarna redan är spridd och därmed utgör det inget hot mot deras integritet. Vi behöver ändå skydda människan och respektera människovärdet vilket är orsaken till att vi inte kommer att uppge några namn (Henricson 2014 s.72, 79 - 80 & 86-87). På sidorna 27-28 i examensarbetet finns det mera ingående redogjort om etiken. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

6. Resultatredovisning

I detta kapitel redovisar vi resultaten av vår studie. Resultaten indelas i övergripande teman med kategorier, i enlighet med innehållsanalysen. För varje kategori kommer vi att ge exempel på citat. De finska citaten är inte översatta eftersom vi vill undvika syftningsfel och behålla det ursprungliga innehållet. Vid analysen av materialet läste vi igenom texten flera gånger förrän vi förde samman text

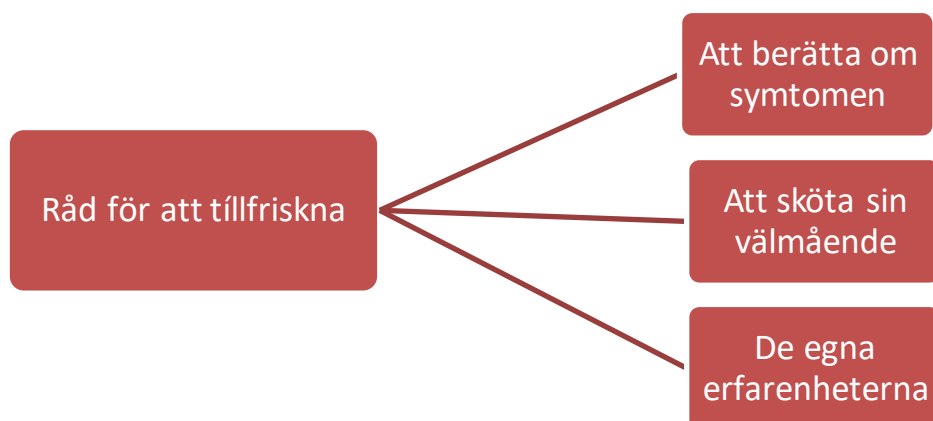
med likartad mening. Efter att vi samlat ihop texten i grupper påbörjade vi namngivningen av teman och kategorier. Sammanlagt fyra teman med tillhörande kategorier bildades av bloggläsarnas försök till stöd och tre teman med tillhörande kategorier bildades av bloggskornas svar på kommentaren. Dessa presenteras i följande kapitel med hjälp av text och figurer.

6.1 Bloggläsarnas försök till stöd

I detta kapitel redovisas hurdana teman och kategorier som kunde ses i analysen av bloggläsarnas kommentarer. De fyra teman; råd till tillfrisknande, empati, självcentrering och bekräftelse, presenteras i nedanstående underkapitel.

6.1.1 Råd för tillfrisknande

I temat råd för att tillfriskna beskrivs hurdana kommentarer våra informanter skrivit angående tillfrisknandet. Temat är indelat i tre kategorier: att berätta om symtomen, att sköta sin välmående och de egna erfarenheterna. I nedanstående figur presenterar temat råd för tillfrisknande.



Figur 1. Råd för att tillfriskna.

Att berätta om symtomen

I de utvalda bloggen kan man läsa inlägg där bloggskorna skriver om sin hälsa och specifika symtom av förlossningsdepression. Till dessa inlägg har bloggläsarna skrivit kommentarer där de uppmuntrar bloggskorna att berätta öppet om sina symtom för de professionella och kräva vård för sjukdomen.

“Du kanske ska ta o kolla upp dina värden med en näringsfysiolog? I många fall när man har hypo behöver man tillskott av olika mineraler för att få ssk att fungera optimalt o har man redan en obalans kan det finnas flera som i sin tur påverkar andra hormoner. “

“Åk in igen till psykakuten och ta med dig din mamma/pappa eller pojkvän som kan stötta dig och berätta för läkaren hur dåligt du faktiskt mår då du tydligt inte kan uttrycka det själv och inte blir tagen på allvar utav vården. Frågar dom rakt ut om du har självmordstankar hade jag svarat Ja för det är det enda som får upp deras ögon tyvärr.”

Läsarna uppmanade bloggerna att berätta öppet om symptomen och söka hjälp för dem. Läsarna gav även olika förslag på vad orsaken till symptomen kunde vara och vart de kan ta kontakt angående olika symptom. Vissa uppmuntrade även bloggerna att överdriva sina symptom för att läkaren skulle ta dem på allvar, så de skulle få vård. Bloggläsarna rådgav även bloggerna med praktiska råd, som till exempel att ta med någon som stöd till läkarmottagningen och att tala ärligt om sin tillstånd.

Att sköta sin välmående

I vissa blogginlägg berättar bloggerna om sin allmänna mående och sin vardag. Till dessa inlägg reagerar läsaren med oro. Genom att uppmuntra bloggerna att ta hand om sin välmående försöker läsaren försöka stödja bloggerna. De gav även råd om olika vanor som kunde lätta på deras tillstånd öka bloggernas välmående för ett snabbare tillfrisknande.

“Mieti myös ruokavalion merkitystä. Esim yritä syödä itsellesi uusia juttuja ja värikäs sisältö. Kokeile jotain uutta.”

“Kom ihåg att lite egentid är väldigt viktig, ifall du har möjlighet till det, plus tumistid med sambon och det behöver inte vara långa stunder. “

Läsarna gav bland annat råd om att bloggerna skall tänka på de egna matvanorna och att äta hälsosamt, eftersom detta främjar välmåendet. Läsarna uppmuntrade även bloggerna att finna egen tid, tid med sambon och skaffa en hobby för att främja det egna välmåendet. Att ha någon hobby nämndes vara “den bästa hjälpen” för att sköta om sitt välmående.

De egna erfarenheterna

I blogginläggen där bloggerna reflekterar över olika vårdmetoder av förlossningsdepression och berättar allmänt om sina egna upplevelser visar läsaren sitt stöd genom att berätta om de egna erfarenheterna av sjukdomen.

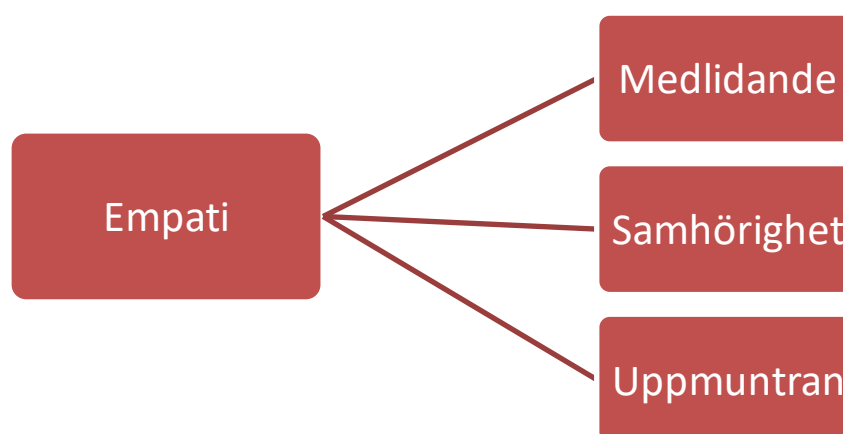
“Voin omasta kokemuksesta sanoa että masennuslääkkeet ja 6 kk:n terapia toivat elämäni pelkkää hyvää. Lääkkeet eivät ole oikotie onneen, mutta tukalassa tilanteessa auttavat jaksamaan. Haluksia.”

“Se ottaa ja se antaa. Se voi pahentaa oloa hetkittäin, mutta uskallan luvata, että usein tuntuu siltä kuin vastaanotolle olisi jättänyt repullisen kiviä. Itse olen terapiassa käynyt puolisen vuotta.”

Läsarna berättar främst om vilken vårdmetod eller vilka vårdmetoder som gett största positiva effekt på deras tillfrisknande. De beskriver hur bl.a. depressionsläkemedel och att gå i terapin påverkat dem och hur dessa vårdmetoder hjälpt dem på traven mitt i depressionen. Dessa saker tas upp i syftet att uppmuntra bloggerna att göra detsamma och söka hjälp.

6.1.2. Empati

I temat empati beskrivs hur våra informanter försökt visa att de bryr sig om bloggerna och att bloggerna är med i deras tankar. Temat är indelat i tre kategorier: medlidande, samhörighet och uppmuntran. I nedanstående figur presenterar temat empati.



Figur 2. Empati.

Medlidande

Till de blogginlägg där bloggerskorna beskriver öppet om sina känslor, tankar och upplevelser av förlossningsdepressionen reagerar läsarna med starka känslor. Dessa känslor visas av bloggläsarna genom kommentarer som innehåller medlidande för bloggerskorna, i dessa kommentarer beskrivs de egna känslorna med många ord.

“Sitter med tårar i ögonen efter att ha läst detta <3”

“Tämä teksti kosketti. Minäkin ahdistuin. En kyennyt syömään enkä nukkumaan.”

Flera av läsarna nämnde hur dessa blogginlägg berörde dem djupt och hur de själva började gråta när de läste texten. Vissa läsare reagerade på inläggen med att själva bli ångestfyllda, dessa blogginlägg påverkade t.o.m. nattsömnen hos en del av läsarna. Genom att skriva dessa kommentarer ville läsarna visa förståelse, empati och medlidande för bloggerskorna.

Samhörighet

Till de inlägg vilka läsarna kände samhörighet med bloggerskorna kommenterade läsarna om den egna liknande situationen de befinner eller befunnit sig i. De ville ge gensvar och visa samhörighet för det som bloggerskorna skrivit om samt visa sitt stöd åt bloggerskorna. De ville genom sina kommentarer visa att bloggerskorna inte är ensamma med sjukdomen och sin situation.

“Nej, vi är inte ensamma även om det känns så ibland. På något vis är det skönt att ha berättat för man hittar andra som går eller har gått igenom samma sak. Kämpa på!”

“Jag känner igen mej så väl i det du skriver. Har genomlidit en förlossningsdepression som nu 11 månader efter att min dotter föddes äntligen släppt taget. “

Läsarna framhävde ofta samhörigheten i situationen genom att använda begreppet “vi” och inte “du” eller “jag” då de beskrev förlossningsdepressionen. Läsarna berättar även om att det finns andra som går igenom samma sjukdom med liknande känslor och tankar och att de själva känner igen sig i bloggerskornas texter. Läsarna tog även upp samhörighets aspekten genom att uttrycka hur skönt det är att hitta någon med liknande situation. 7

Uppmuntran

Till de blogginlägg där det uppkommer negativa upplevelser om förlossningsdepression reagerar läsaren med uppmuntrande ord. De försöker genom kommentarer uppmuntra

bloggerskorna att orka kämpa vidare genom att lyfta upp dem, skriva kämpande ord åt dem och ge dem beröm över vad de klarat av redan.

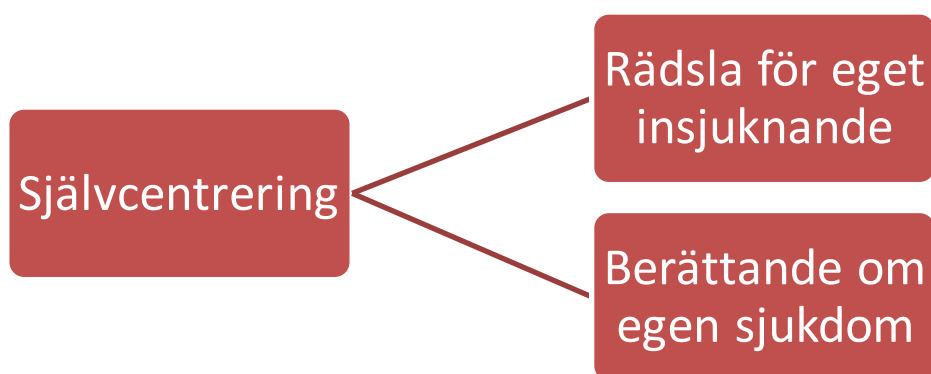
“Tsemppiä aivan hurjasti ja aivan varmasti selviät tästä voittajana!”

“Jag har följt din blogg en längre tid nu. Vilken ärlig människa du verkar vara. Och otroligt begåvad, både som skribent och fotograf. Ta väl hand om dig och fortsätt blogga – du är inspiration och förebild för många.”

De uppmuntrande kommentarerna läsarna skriver åt bloggerskorna innehåller önskningar om mer styrka åt bloggerskorna och påminnelser om att de kommer att klara av den svåra situationen. Bloggläsarna berömmar även bloggerskorna över deras personliga starka drag och berättar positiva uppmuntrande saker samt fakta om dem och deras blogg.

6.1.3. Självcentrering

I temat självcentrering beskrivs hur våra informanter genom sina kommentarer beskriver den egna situationen. Temat är indelat i två kategorier: Rädsla för att insjukna och berättande om egen sjukdom. I nedanstående figur presenterar temat självcentrering.



Figur 3. Självcentrering.

Rädsla för att insjukna

Till de inlägg där bloggerskorna beskriver sin förlossningsdepression och hur den påverkar vardagen kunde man se läsarna reagera på ett egoistiskt sätt. Läsarna valde ofta berätta om den egna rädslan att insjukna istället för att delta i diskussionen av bloggerskornas känslor.

“Det du har gått igenom är min rädsla och skräck att få uppleva den dagen jag får bli mamma. “

“Vetäydyn omiin oloihini, itken herkästi, kartan väkijoukkoja, unohdan syödä, olo on voimaton ja mikään ei huvita.”

I kommentaren finner man bl.a. att läsaren för fram sina egna rädslor för att insjukna i förlossningsdepressionen. En av läsarna beskriver bl.a. att bloggerskans livssituation är hennes rädsla och skräck att genomlida då hon själv blir mamma, medan en annan söker uppmärksamhet för de egna symptomen genom att dela med sig av dem i en kommentar. Att dela med sig av sina egna känslor kan tolkas som rädsla av att ha insjuknat och försöka få en bekräftelse för att det verkligen är så eller inte.

Berättande om egen sjukdom

Till de inlägg där bloggerskorna beskriver sin förlossningsdepressionen reagerar läsarna ofta på ett egoistiskt sätt. Ett egoistiskt sätt att kommentera som uppkom ofta var att istället för att spinna vidare på bloggerskans känslor lyfta fram de egna. Läsarna hade ofta lätt att framhäva den egna sjukdom och de egna symptomen i sina kommentarer till inläggen. I kommentaren berättar läsaren då öppet om sina symtom och reflekterar över egna liknande symtom som bloggerskorna haft.

“Pienetkin vastoinkäymiset ahdistaa ja tekee mieli luovuttaa kaikesta. Toivoisi, että itselle tapahtuisi jotain kauheaa, esim, että kuolisin auto-onnettomuudessa.“

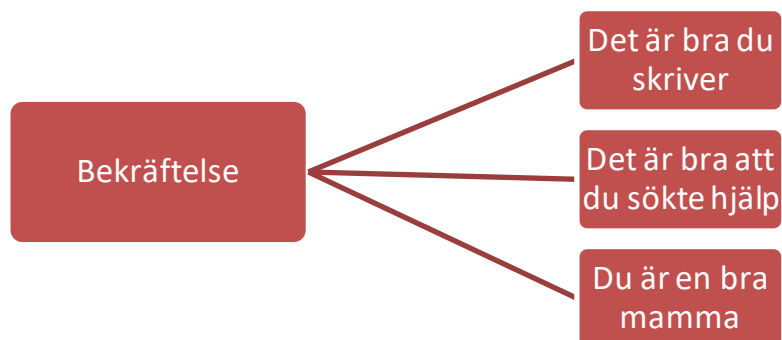
“Jag känner mig också ledsen och ensam ofta på dagarna, nybliven mamma som jag är (dottern är 9 veckor). Speciellt när min man nu börjat arbeta och jag måste sköta bebisen själv i upp till 10 timmar.”

I kommentarerna berättar läsarna om att de haft självmordstankar, varit ledsna och att det känns tungt att vara ensam med att sköta barnet. De visar sitt stöd genom att lyfta upp liknande symtom som bloggerskorna själv nämnt som tunga.

6.1.4 Bekräftelse

I temat bekräftelse beskrivs hur våra informanter genom sina kommentarer försökt ge bekräftelse åt mödrarna att de är accepterade så som de är och att vad de gör är rätt. Temat är

indelat i tre kategorier: det är bra att du skriver, det är bra att du sökte hjälp och du är en bra mamma. I nedanstående figur presenterar temat bekräftelse.



Figur 4. Bekräftelse.

Det är bra att du skriver

I en del av kommentarerna kunde man se läsarna ge bekräftelse åt bloggerskorna att det är rätt och accepterat att skriva om förlossningsdepressionen och de egna känslorna. Läsarna uppmuntrar bloggerskorna att fortsätta skrivandet av bloggen och bekräftar att det är bra att de öppet skriver om upplevelserna om deras förlossningsdepression. Detta motiveras med att det är bra att öka medvetenheten om sjukdomen och att det även ger stöd åt andra i samma situation.

“Tycker du är väldigt stark som delar med dig av din "resa"”

“Önskar dock att fler kunde öppna sig och prata om detta. Det är vanligare än vad man tror. Starkt av dej att öppna dej. Det hjälper många i hjälplösa situationer”

I kommentarna läsarna skrivit kommer det fram bl.a. hur starka läsarna tycker bloggerskorna är som människor då de vågar dela med sig om upplevelserna av förlossningsdepressionen. De tackar bloggerskorna för deras mod att öppna sig om känsliga ämnen och önskar att flera skulle våga tala om sjukdomen för att kunna hjälpa andra i liknande situation.

Det är bra att du sökte hjälp

I inlägg där bloggerskorna beskriver sitt skam över att söka hjälp och äta depressionsmediciner reagerar läsaren med kommentarer av uppmuntran och bekräftelse. Läsarna tar upp i sina kommentarer sina egna syn på saken och försöker föra fram att det är bra att de vågat söka vård och tagit emot hjälp.

“Ignorera den känslan för det är BRA att du får hjälp i god tid! Det blir bara svårare ju längre man låter det gå innan man söker hjälp (och ju sjukare man blir, desto mer hopplöst känns det ju – ett evigt cirkelargument).”

“Ei masennuslääkkeitä kannata hävetä, pääasia että saat apua!”

I kommentarerna läsarna skrivit tas det upp bl.a. bekräftelse över att bloggerna gjort rätt val genom att söka hjälp och att äta depressionmedicin och att de inte skall skämmas för sina val. Läsarna uppmuntade även bloggerna att ignorera de röster och känslor som talar om att de gjort fel när de valt att vårda sin sjukdom. Läsarna framhävde även att hjälpen behövs för att bli frisk

Du är en bra mamma

Bloggerna beskriver i flera av sina blogginlägg hur de känner sig obekväma och osäkra i sin mammaroll. Till dessa tankar svarar läsaren med kommentarer och uppmuntran om att de är bra som de är som mammor.

“Du är en fantastisk Mamma till din dotter och en ännu bättre Mamma eftersom du vågat erkänna att det känns tungt och att du behöver hjälp.”

“Olet upea äiti! Teet parhaasi lasten eteen!”

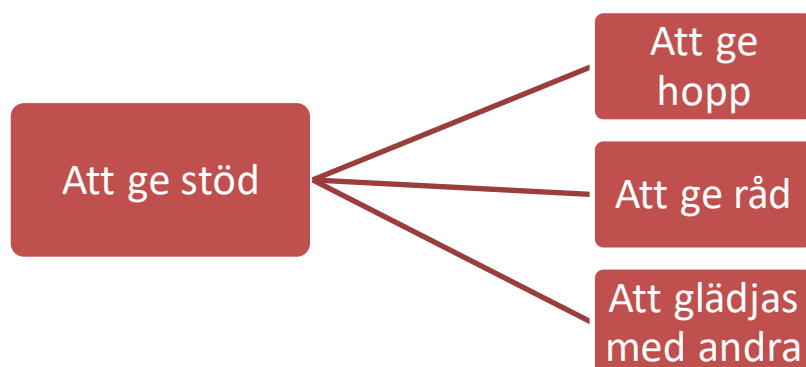
I kommentaren ger läsarna beröm för bloggerna över hur bra och underbara de är som mammor och motiverar sina svar med fakta från bloggernas liv, t.ex. att de verkligen gör sitt bästa och att det egna bästa räcker. Läsarna förklarar även att de efter att ha kunnat erkänna sin sjukdom är ännu bättre mammor än tidigare eftersom det visar att de verkligen bryr om sin familj.

6.2 Bloggernas reaktioner till kommentaren

I detta kapitel redovisas hurdana teman och underkategorier som kunde ses i analysen av bloggernas svar till kommentarer. Bloggernas svar var allmänt sett positiva, vid analysen av svaren kunde vi hitta enbart positiva kommentarer. De tre teman; att ge stöd, att visa tacksamhet och att dela med sig av sitt eget tillfrisknande, presenteras i nedanstående underkapitel.

6.2.1. Att ge stöd

I temat att ge stöd beskrivs hur bloggerna försökt stöda dem som i sina kommentarer tagit fram det egna insjuknandet och det egna dåliga tillståndet. Temat är indelat i tre kategorier: att ge hopp, att ge råd och glädjas med andra. I nedanstående figur presenterar temat att ge stöd.



Figur 5. Att ge stöd.

Att ge hopp

Då bloggläsarna i sina kommentarer uppgav sig uppleva att de inte klarar av att leva med sin depression eller berättade att de var rädda över livet med förlossningsdepression stödde bloggerna dem. Stöden bloggerna gav då var hopp, de försökte intala bloggläsarna att de kommer att klara av det.

“Vilka fina ord! Var inte rädd för det, om det blir så kommer du att klara det också.”

“Din psykolog har rätt, det gäller att göra det ändå. Fast det känns meningslöst. Du skriver att du inte orkar. Men, du gör det ändå.”

Hoppet bloggerna gav och löftet av att läsarna kommer att klara av den situation de är i baserar sig på bloggernas erfarenhet. Bloggerna framhävde att läsarna inte skall va rädda för var som är på kommande, att de själva har klarat av det och så skall läsarna också göra.

Att ge råd

Då bloggläsarna kommenterat och berättat om den egna psykiska välmåendet, närmare sagt

hur dåligt de mårde och hurdana symptom de hade, försökte bloggerna stöda dem genom att ge råd. Råden bloggerna gav var råd över att söka vård och att tala om sina symptom för hälsovårdspersonal.

“Om du gråter dagligen tycker jag du också ska höra med rådgivningen, jag är nämligen likadan!”

“Otathan neuvolassa tuon puheeksi? Kirjoitat vaikka tosiaan listan kaikista noista kohdista jotka pätee sinuun ja juttele niistä, ja kerro noista alakuloista.. “

De råd bloggerna gav baserade sig på deras egna erfarenhet av att insjukna i förlossningsdepression. Genom dessa råd försökte bloggerna stöda läsarna i att söka vård och få hjälp för sina symptom.

Att glädjas med andra

Då bloggläsarna kommenterat och berättat om att de sökt hjälp och fått det eller att de mår bättre, stöder bloggerna dem i det och glädjas med dem. Bloggerna besvarade dessa kommentarer med glädjande kommentarer. De var glada över att läsarna fått hjälp och mår bättre.

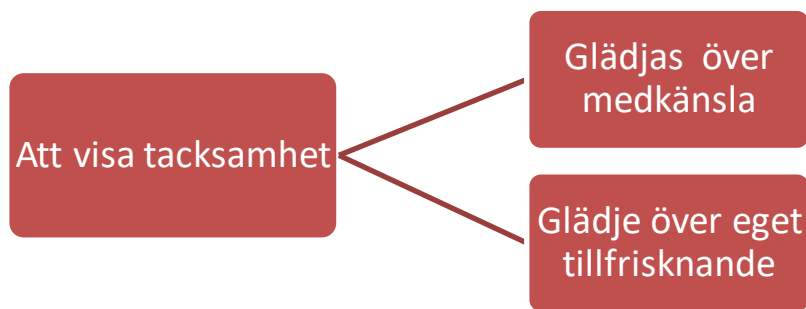
“Ihana kuulla, että sinä sait apua.“

“Det känns skönt att läsa att det har gått åt rätt håll för er.”

Att det går bättre för någon annan kändes bra för bloggerna, de var nöjda och glada över att även andra än de själv hade vunnit över depressionen eller åtminstone tagit första steget mot tillfrisknande.

6.2.2. Att visa tacksamhet

I temat att visa tacksamhet beskrivs hurdana kommentarer bloggerna skrivit som svar åt de som visat stöd åt dem. Temat är indelat i två kategorier: glädje över medkänsla och glädje över eget tillfrisknande. I nedanstående figur presenterar temat att visa tacksamhet.



Figur 6. Att visa tacksamhet.

Glädje över medkänsla

Då bloggläsarna kommenterat och berättat att de läst inlägget och att bloggerskorna är med i deras tankar, gett råd eller bara kommenterat inlägget glädjes bloggerskorna. Bloggerskorna tackade sina läsare av att de läst inlägget och tagit sig tid att skriva, de uppgav sig även vara tacksamma över de råd och fina ord de fått.

“Tack fina fina du! Det där behövde jag höra. Kram!”

“Niin kuin sinäkin olet osoittanut jatkuvasti olevasi hengessä mukana, jättämällä näin esim. juuri puumerkkiä että täällä ollaan, olette ajatuksissa. Kiitos siitä <3”

Vissa av de inlägg bloggerskorna skrev var väldigt privata för bloggerskorna och behandlade känslösamma ämnen för dem. Speciellt då var bloggerskorna väldigt tacksamma över att någon kommenterade saker de upplevde sig behöva få höra precis då. Att veta att läsarna bryr sig och visar med sina kommentarer att de fortfarande läser blogginläggen upplevdes även som något viktigt och glädjande för bloggerskorna.

Glädje över eget tillfrisknande

Som svar på vissa kommenterat av bloggläsarna har bloggerskorna svarat på kommentaren genom att berätta om det egna tillfrisknandet. I dessa kommentarer har bloggerskorna visat glädje över det egna tillfrisknandet och berättat hur bra det känns att vara frisk.

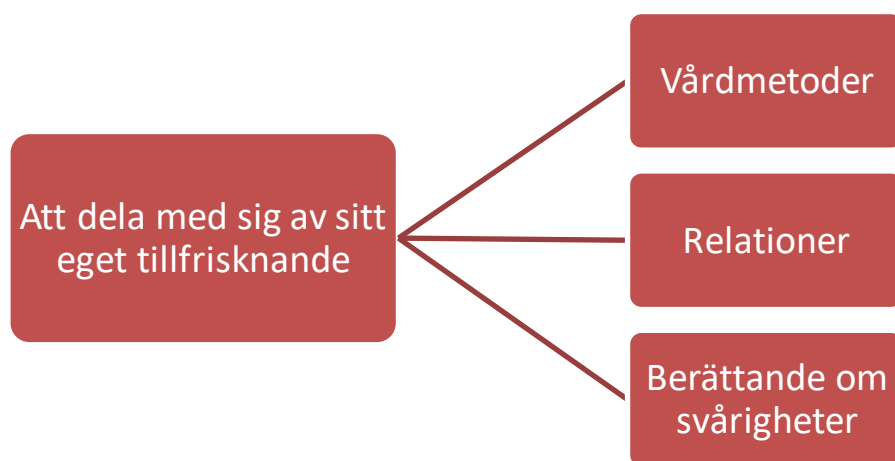
“Men det är så skönt att vara "på andra sidan".

“Jag känner också den riktiga lyckan nu och det finns inte ord för hur bra det känns.”

Att välja ord för hur det känns att tillfriskna upplevdes svårt för bloggerna, de upplevde att det inte fanns ord för hur bra det kändes. Bloggerna lyfte fram hur tungt livet kändes med depressionen, hur det inte fanns riktigt lycka “på andra sidan” d.v.s. i den deprimerade tillståndet.

6.2.3. Att dela med sig av sitt eget tillfrisknande

I temat att dela med sig av sitt eget tillfrisknande beskrivs de svar där bloggerna skrivit om sitt egna tillfrisknande. Dessa kommentarer är skrivna för att få berätta om de egna erfarenheterna om att bli frisk och för att få dela med sig av sin kunskap. Temat är indelat i tre kategorier: vårdmetoder, relationer och berättande om svårigheter. I nedanstående figur presenterar temat att dela med sig av sitt eget tillfrisknande.



Figur 7. Att dela med sig av sitt eget tillfrisknande.

Vårdmetoder

Som svar på vissa kommentarer av bloggläsarna har bloggerna svarat genom att dela med sig av vad som hjälpt dem i sin egna tillfrisknande. Kategorin vård som hjälp baserar sig på de kommentarer var bloggerna har skrivit om vårdmetoder som hjälpt dem att bli friska.

“Minullekin terapia aikanaan toi vain hyvää, ja aiemmin masennuslääkkeet auttoivat jaksamaan.”

“Tselläni on nyt mielialalääkitys auttanut hyvin paljon, on pitänyt mielialan paljon tasaisempana ja ahdistuskohtauksia on tullut paljon vähemmän. “

Bloggerskorna uppgav i sina svarskommentarer att terapi och medicinering har varit de viktigaste vårdformerna för deras tillfrisknande. Terapin uppfattades medföra mycket bra och hjälpte till att orka i vardagen. Medicinerna har även hjälpt mycket, de har jämnat ut humöret och lindrat olika känslor av rädsla, oro och ångest. Det framkom även att dessa vårdformer upplevdes behövas av bloggerskorna för att de skulle orka ta hand om sig själv och sin familj.

Relationer

Som svar på vissa kommenterat av bloggläsarna har bloggerskorna svarat genom att dela med sig av vad som hjälpt dem i sin egna tillfrisknande. Kategorin relationer baserar sig på de kommentarer var bloggerskorna har skrivit om personer som hjälpt dem att bli friska. Förutom familjen och närstående har även vårdpersonalen haft stor betydelse för tillfrisknandet.

“Ja niin asia tuli hoidettua – pikku asia hänelle, iso merkitys minulle! Samalla olo puhelun aikana oli jotenkin turvallisempi, kun oli neuvolantäti paikalla.”

“Hänen hymyistään saan todellakin tosi tosi tosi paljon voimaa! Se se piristää aina, huononakin hetkenä, jos vauva päästääkin iloisia ääniä ja hymyilee <3 “

Bloggerskorna uppgav i sina svarskommentarer att olika personers närvaro och diskussion med dem har medfört mycket bra och hjälpte dem att orka i vardagen. Att vårdpersonalen på rådgivningen har kämpat mödrarna till att söka fortsatt hjälp uppgavs vara speciellt viktigt. Att få hjälp med något som för andra känns som en liten sak, men som för en själv känns väldigt tungt och krävande, kändes bra. Att ha någon anna närvarande och stöd vid svåra situationer upplevdes lättande och gav en känsla av trygghet. Det egna barnet kunde ses ge kraft och pigga upp även i svåra situationer, precis som resten av den egna familjen.

Berättande om svårigheter

Som svar på vissa kommenterat av bloggläsarna har bloggerskorna svarat genom att dela med sig av vad som hjälpt dem i sin egna tillfrisknande. Kategorin berättande om svårigheter baserar sig på de kommentarer var bloggerskorna har skrivit om om de svårigheter de mött i

processen att bli friska. Dessa svårigheter handlar i största del av saker som har känts svåra att utreda och göra under perioden av sjukdom.

“Tappade greppet om allt, visste knappt vad jag hette, gick rakt ut i vägen med barnvagnen utan att se mig för, körde in i en bil utan att reagera, skrek åt bebisen dagligen – håll käften jävla unge osv. Sen gråtandet och känslan av att ingen förstod för min bebis var ju såå söt..”

“Eli meillä yhteistä ainakin nuo, etten minäkään huolehdi ulkonäöstäni ja minun on vaikea vastata puheluihin ja tekstareihin!”

Bloggerskorna uppgav i sina svarskommentarer att förlossningsdepressionen påverkade på flera olika livsområden och försvårat vardagslivet på flera olika sätt. Förutom att förlossningsdepressionen gjorde mödrarna främmande för sig själv, medförde depressionen känslor av att tappa greppet och förvirrade känslorna. Mödrarna upplevde sig ha problem att reagera på ett normalt sätt, det var svårt att kontrollera sina känslor. De kunde t.ex. bli så frustrerade över barnets gråt att de ropade åt barnet eller börja gråta utan anledning. De uppgav sig heller inte orka sköta sitt egna utseende eller svara på telefonsamtal och textmeddelande. Bloggerskorna uppgav sig även ha haft en vilja att se vänner och vistas utanför hemmet, men att depressionen gjorde det svårt att lämna hemmet där allt kändes så tryggt.

7. Resultat diskussion

I detta kapitel kommer vi att tolka hur bloggläsarna försökt visa sitt stöd via sina bloggkommentarer och hur bloggerskorna reagerat på dessa försök på stöd. I vår tolkning kommer vi att utgå från våra valda tidigare forskningar vi utökat vårt teoretiska bakgrund med i utvecklingsarbetet och Erikssons (1994) teori om den ontologiska hälsomodellen. Vi kommer att jämföra resultatet med dessa för att se ifall vi kan se ett samband. Vi har delat tolkningen under underrubrikerna: bloggläsarnas försök till stöd och bloggerskornas reaktioner till kommentaren. Vi har först gjort en tolkning mot resultatet från de tidigare studierna och sedan en tolkning mot Erikssons teori om den ontologiska hälsomodellen (1994).

7.1. Bloggläsarnas försök till stöd

I resultatet av bloggläsarnas försök till stöd kunde det ses fyra teman med tillhörande kategorier. Resultatet av dessa tre teman, råd till tillfrisknande, empati, egoism och bekräftelse, diskuteras i nedanstående underkapitel.

7.1.1. Råd för tillfrisknande

Läsaren kommenterade vissa av bloggerskornas inlägg med olika råd för att bli frisk från förlossningsdepressionen. Temat råd för tillfrisknande indelas i kategorierna att berätta om symtomen, att sköta sin välmående och de egna erfarenheterna. Dessa kategorier beskriver hurdana råd som uppkom i kommentaren.

I de tidigare forskningar framkom olika metoder för tillfrisknande. I studien om *“Vad föredrar kvinnorna och deras partner?”* hittades fyra omfattande viktiga kategorier för tillfrisknande: aktiviteter, stöd, rådgivning och medicinering. Alla av dessa kategorierna kunde ses i kommentarerna inom detta tema. Det som ansågs i studien vara bra för förlossningsdeprimerade mödrar var bl.a. informella nätverk, sångkör och motion. Även diskussion om symtomen i stödgrupper med andra i liknande situation och dela med sig egna erfarenheter ansågs vara viktigt för tillfrisknandet. (Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129).

I den ontologiska hälsomodellen poängterar Eriksson att helighet innebär att människan blir medveten om sin egen unikheter och sitt ansvar som medmänniska. (Eriksson, 1994, s.59-60) Genom sina kommentarer visar läsarna att de är medvetna om sin egna unikheter. Genom kommentarer fungerar de även som medmänniskor för bloggerskorna och ger olika råd för tillfrisknandet. Enligt Eriksson kan man genom att visa kärlek minska på lidandet. (Eriksson 1994, s. 39, 81-83). I kommentaren förmedlar läsarna kärlek till bloggerskorna genom att försöka ge råd för att deras sjukdom skulle lätta. Läsarna minskar då på bloggerskornas lidande.

7.1.2. Empati

Läsarna visade genom sina kommentarer stor empati mot bloggerna. Temat empati är indelat i tre kategorier, medlidande, samhörighet och uppmuntran, i enlighet med hur läsarna visat empati genom sina kommentarer.

I flera av de valda tidigare forskningar togs det upp om mödrarnas stora stödbehov av partner, den egna familjen och stödgrupper. I den tidigare forskningen *Vad föredrar kvinnorna och deras partner* uppkom diskussion om symtom och hantering av dem som viktigt för tillfrisknandet. Även pappornas förståelse för mödrarnas situation och sjukdom sågs som en positiv sak och som något som kunde bidra till tillfrisknandet. (Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129). Att läsarna visar medlidande, samhörighet och uppmuntrar bloggerna kan alltså ha en stor inverkan på tillfrisknandet. I studien *Förlossningsdepression - Hur sjuksköterskor kan identifiera och ta hand om kvinnor som brottas med denna sjukdom* visade resultaten på att uppmuntran i olika former är viktigt för förlossningsdeprimerade kvinnor. Enligt studien var det bra om sjuksköterskan uppmuntrade dem att dela med sig sin sorg samt att söka hjälp för deras symtom. (Driscoll 2006, s. 402-409). Att läsarna uppmuntrar bloggerna i sina kommentarer kan alltså anses vara en speciellt viktig stöd form.

Enligt Erikssons ontologiska hälsomodell behövs medlidande för att kunna ge det bästa vård och stöd för en som lider. Att kunna förstå, att ha känslighet, att vara beredd att kämpa för den andres smärta och vilja att försöka lindra det karaktäriserar äkta medlidande. Vid bemötande av dessa mödrar skall man även tänka på finkänslighet för att inte orsaka fortsatt lidande. (Eriksson 1994, s.39,55 & 81-83). I sina kommentarer visar läsarna empati åt bloggerna genom att visa samhörighet, medlidande och förståelse samt genom att ge uppmuntrande ord. Dessa saker tyder på äkta medlidande och är alltså ett av det bästa vården och stödet man kan ge enligt Eriksson. I kommentarerna kan man även se att läsarna försöker bemöta bloggerna med största möjliga finkänslighet och att de även här delar liknande tankar med Eriksson, de vill inte orsaka fortsatt lidande med sina kommentarer. D.v.s. läsarna berättar öppet om hur de lider med dem, endera genom att förstå dem eller att berätta om att de är i en liknande situation, och försöker uppmuntra bloggerna genom sina kommentarer.

7.1.3. Självcentrering

I temat självcentrering ger läsarna kommentar som beskriver sina egna livssituationer. Temat delas i rädsla för att insjukna och berättande om egen sjukdom. Läsarna berättar om sina egna sjukdom och rädslor. I två av de tidigare forskningarna vi tagit upp i den teoretiska bakgrunden, *Nya mödrar och postpartum depression: en berättande interventionsstudie om stöd av människor i samma situation* och *Vad föredrar kvinnorna och deras partner?* kan man läsa att det är viktigt att dela med sig av sina erfarenheter med andra i liknande situation. Att berätta om den egna situationen och symtomen kunde ses var viktigt, liksom att få stöd och råd från andra som varit eller är liknande situation. (Leger & Letourneau 2015, s.337-346; Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129). Temat självcentrering handlar om precis detta. Bloggläsarna känner ett stort behov av att få dela med sig av sina egna erfarenheter och tankar om sjukdomen med någon som är eller har varit i samma situation, d.v.s. bloggerskorna. I vissa kommentarer kunde man även se en vilja att få råd eller stöd av bloggerskorna eller andra läsare, vilket de i vissa fall även fick.

Enligt Erikssons ontologiska modell är grunden för tillfrisknande att som patient få uppleva sig ha ett egenvärde. Som vårdare eller stödare behöver man då ge den lidande möjligheten att uppleva den fulla värdigheten och förhindra all form av kränkning för en som lider. För att kunna ge den bästa vården behöver man ta ansvar för den andre och vara modig nog att offra något av sig själv. (Eriksson 1994, s.39,55 & 81-83) När läsaren berättar om de egna rädslorna och egna sjukdomen kan det uppfattas både som stödjande och som kränkande. Läsarna offrar något av sig själva när de berättar om den egna situationen och det uppfattas som stödjande för bloggerskorna att höra. Läsarna ger ändå inget gensvar till bloggerskornas inlägg vilket kan uppfattas delvis som kränkande.

7.1.4. Bekräftelse

I temat bekräftelse skriver läsaren kommentarer som ger bekräftelse för de bloggerskornas olika handlingar. Bekräftelse delas i: *Det är bra du skriver*, *Det är bra att du sökte hjälp* och *Du är en bra mamma*. I flera av de tidigare studierna kommer det fram att stödgrupper med andra i liknande situation var viktigt för de förlossningsdeprimerade mödrarna. I den tidigare forskningen *Vad föredrar kvinnorna och deras partner?* framkom det att både mödrarna och papporna var i behov av information om sjukdomen och symtomen för att kunna förstå samt

hantera situationen bättre. Genom kommentarerna försöker läsarna ge bekräftelse, det vill säga informera, bloggerna att de verkligen gör rätt. Att vara osäker vad som är rätt och fel upplevdes ofta svårt att urskilja av bloggerna. Detta kan bero på att de är i en helt ny situation och inte har tillräckligt med kunskap om det. I forskningen *Förlossningsdepression - Hur sjuksköterskor kan identifiera och ta hand om kvinnor som brottas med denna sjukdom* visar resultatet på att kvinnorna under förlossningsdepression ofta är i stort behov av hjälp med allt det främmande moderskapet medfört vardagslivet. Att vara osäker på hur man skall göra vid olika situationer samt vad som är rätt och fel kan även motiveras med detta. D.v.s. att moderskapet har medfört mycket nytt. (Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129; Driscoll 2006, s. 402-409).

Enligt Eriksson ontologiska hälsomodell kan människans lidande minskas genom att ge bekräftelse åt den som lider. En människa som är mitt i lidandet är i behov av att få sin värdighet bekräftat genom kärlek och hitta meningen med lidandet för att det kan sluta. Orsaken till lidande kan vara att människan inte känner sig bli tagen på allvar, att man känner sig sakna något i livet eller att man känner sig ensam med sitt lidande. (Eriksson 1994, s. 39, 81-83). Genom sina kommentarer ger läsarna bekräftelse åt bloggerna med positiv ton om saker bloggerna tvivlar på. Läsarna kan alltså sägas visa kärlek åt bloggerna genom sina kommentarer, samt visa att de tar dem på allvar. Allt detta kan ses minska lidande enligt Eriksson, liksom det att läsarna visar bekräftelse av bloggernas värdighet genom att berömma dem som bra mammor.

7.2 Bloggernas reaktioner till kommentaren

I resultatet av bloggernas reaktioner till kommentaren kunde det ses tre teman med tillhörande kategorier. Resultatet av dessa tre teman, att ge stöd, att visa tacksamhet och att dela med sig av sitt eget tillfrisknande, diskuteras i nedanstående underkapitel.

7.2.1. Att ge stöd

Bloggerna besvarade vissa kommentarer de fått på sina blogginlägg med att genom egna

kommentarer ge stöd åt de som beskrev sig må dåligt. Temat att ge stöd kunde delas i kategorierna att ge hopp, att ge råd och att glädjas med andra i enlighet med hur bloggerskorna visat stöd åt de som kommenterat blogginlägget.

I alla de tidigare forskningar vi tagit upp i bakgrunden kan man läsa om hur socialt stöd är viktigt för tillfrisknandet. Eftersom bloggerskorna själva lidit av förlossningsdepression har de egna erfarenheter av vad som hjälper tillfrisknandet och kanske därför även har det lätt att ge socialt stöd. I resultatet av forskningen *Nya mödrar och postpartum depression: en berättande interventionsstudie om stöd av människor i samma situation* kan man se att stöd av människor i samma situation är givande både för de som får stöd och för de som ger stödet. Det vill säga att bloggerskorna ger stöd åt läsarna främjas såväl den egna välmåendet som läsarnas välmående. Detta kan även vara en av orsaken till att bloggläsarna valt att via kommentarer ge stöd åt sina läsare. (Leger & Letourneau 2015, s.337-346; Negron, Martin, Almog, Balbierz & Howell 2013, s.616-622; Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129; Driscoll 2006, s. 402-409).

I Eriksson ontologiska hälsomodell berättas det om begreppet helighet, vilket är en av hälsans nivåer. Helighet innebär att människan blir medveten om sin egen unikheter och sitt ansvar som medmänniska. (Eriksson, 1994, s.59-60). Vid insjuknandet och tillfrisknandet kan människan hitta sin egna unikheter. Bloggerskornas vilja att stöda andra som är eller har varit i samma situation som de själva kan ses av bloggerskorna som deras ansvar som medmänniska. Lidandet har även olika nivåer, liksom hälsan. Att ha ett lidande är ett av dessa nivåer och betyder att man är styrd av yttre omständigheter. Man är främmande för sig själv, sina inre begär och egna möjligheter. (Eriksson, 1994, s.59-60). Att vara främmande för sig själv beskrivs såväl av bloggerskorna som bloggläsarna under förlossningsdepression. Med stödet från läsarna vill bloggerskorna hjälpa dem att hitta sig själva och tillfriskna, precis som de själva gjort. En annan nivå av lidandet är att vara i lidandet. Då söker människan efter någonting mera helgjutet. (Eriksson, 1994, s.59-60). Även detta är något bloggerskorna själva har genomgått under tillfrisknandet och något de med stöd av läsarna försöker åstadkomma för dem.

7.2.2. Att visa tacksamhet

Bloggerskorna besvarade vissa kommentarer de fått på sina blogginlägg med att genom egna kommentarer visa tacksamhet åt de bloggläsare som tagit tid att kommentera något av deras blogginlägg. Temat att visa tacksamhet kunde delas i kategorierna glädje över medkänsla och glädje över eget tillfrisknande i enlighet med hur bloggerskorna visat sin tacksamhet åt de som kommenterat blogginlägget. Socialt stöd har visat sig vara viktigt för mödrar som insjuknat i depression. Alla de forskningar vi tagit upp i den teoretiska bakgrunden tyder på detta. Att bloggerskorna är tacksam för den stöd de får via bloggen kan därför anses vara vetenskapligt bevisat rätt. I forskningen *Förlossningsdepression - Hur sjuksköterskor kan identifiera och ta hand om kvinnor som brottas med denna sjukdom* tas det även upp att kvinnor anser sig ofta behöva hjälp med att återskapa, omstrukturera och integrera förändringar som det nya moderskapet medfört vardagslivet. Att vilja dela med sig av det egna tillfrisknandet kan ses som både stöd för andra att hitta det egna jaget samt som hjälp för en själv att försöka återskapa, omstrukturera och integrera det nya jaget. (Driscoll 2006, s. 402-409; Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129; Negron, Martin, Almog, Balbierz & Howell 2013, s.616-622; Leger & Letourneau 2015, s.337-346).

I Erikssons ontologiska modell beskrivs olika nivåer av lidande. Att vara i lidande är ett av dessa. Varandet beskrivs kunna upplevas som ett tillstånd av lycka, harmoni och hälsa. (Eriksson, 1994, s.59-60). Det vill säga att vara i lidande är något man strävar efter vid tillfrisknandet. Även bloggerskorna är inne i detta då de beskriver glädje och tacksamhet över att tillfriskna.

7.2.3. Att dela med sig av sitt eget tillfrisknande

Bloggerskorna besvarade vissa kommentarer de fått på sina blogginlägg genom att i sina egna kommentarer dela med sig av sin egna tillfrisknande. Temat att dela med sig av sitt eget tillfrisknande kunde delas i kategorierna vårdmetoder, relationer och berättande om svårigheter i enlighet med vad bloggerskorna valt att dela med sig av sitt tillfrisknande.

Bloggerskornas vilja att dela med sig av sitt eget tillfrisknande har förklarats i resultatet av forskningen *Nya mödrar och postpartum depression: en berättande interventionsstudie om stöd av människor i samma situation* med att mödrar med postpartum depression ofta försöker

normalisera sina symtom genom diskussioner med andra mödrar i samma situation. I resultatet kunde man även konstatera att socialt stöd är viktigt och att stöd av människor i samma situation är givande för både de som får stöd och för de som ger stödet. Speciellt ömsesidigt empati är viktigt för denna typ av stöd. Detta stämmer bra överens med resultatet av forskningen *Vad föredrar kvinnorna och deras partner?* där information och diskussion om postpartum depression ansågs vara viktigt. Speciellt diskussion om symptomen, hantering av dem och information om var man kan få hjälp ansågs vara viktigt. Liksom att få dela med sig av sina erfarenheter med andra i liknande situation samt att få råd och stöd av dem. I resultatet av denna forskning kunde man även se att de som accepterade en hälsoanalysen visade större vilja att ha kontakt med vårdprofessionella och en större vilja för andra stödmeter än de som inte accepterade hälsoanalysen. D.v.s. att själv acceptera diagnosen förlossningsdepression kan ses påverka viljan att söka vård. Allt detta stämmer bra överens med de kommentarer som bildat kategorin vård som hjälp där bloggerna berättar om de vårdformer som de haft nytta av vid tillfrisknandet. (Leger & Letourneau 2015, s.337-346; Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129).

I kategorin relationer kunde man ur bloggernas kommentarer läsa om att vårdarnas stöd var viktigt, speciellt i sökandet av vård då mödrarnas egna resurser inte räckte till för det. Vårdarens roll i stöddet togs även upp i forskningarna *Vad föredrar kvinnorna och deras partner?* och *Förlossningsdepression - Hur sjuksköterskor kan identifiera och ta hand om kvinnor som brottas med denna sjukdom*. I båda dessa studier betonas sjukvårdspersonalens roll i stöddet och uppmuntrandet av att uppsöka vård. I båda dessa studiers resultat kunde man även läsa om hur mödrar med förlossningsdepression kan uppleva det utmanande att söka vård, vilket stämde bra överens med det vad bloggerna skrev om det egna insjuknandet. Även i forskningen *Socialt stöd under postpartumperioden: mammas synpunkter på behov, förväntningar och aktivt stöd* tas behovet av socialt stöd upp, de flesta mödrarna i denna forskning uppgav att de förväntade sig få stöd av partnern och den egna familjen efter förlossningen och under barnsängstiden. (Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier 2016, s. 120-129; Driscoll 2006, s. 402-409; Negron, Martin, Almog, Balbierz & Howell 2013, s.616-622).

Erikssons ontologiska hälsomodellen utgår från människans hälsa. Hälsan kan ses röra sig mellan görande, varande och vardande. Då människan rör sig mellan dessa dimensionerna uttrycks de olika upplevelser av problem, behov eller begär. (Eriksson, 1994, s.59-60). Då bloggerna i sina blogg skriver om tillfrisknandet rör de sig mellan dessa olika nivåer av

hälsa. D.v.s. de uttrycker olika behov de har under processen att bli frisk, vad de begär av andra människor och vården samt hurdana problem som uppstått under denna process.

8. Metoddiskussion

Vi har granskat vårt utvecklingsarbete med hjälp av Larssons (1994) kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Vi baserar vår kritiska granskning på vårt examensarbete där vi beskrivit Larssons material. I detta kapitel kommer vi att presentera de kvalitetskriterier vi använt oss av i egna kapitel och beskriva hur vi granskat vårt arbete kritiskt.

Vårt utvecklingsarbete är en kvalitativ studie till vilket vi samlat information genom narrativ metod. Vi har analyserat det insamlade materialet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. För att hitta tidigare forskning har vi använt oss av databaserna EBSCO och CHINAL. Som sökord för att hitta dessa tidigare forskningar av ämnet har vi använt *postpartum depression*, *postnatal depression*, *feelings*, *mother*, *nordic*, *scandinavian* och *relations*. Vårt arbete kan betraktas som trovärdigt eftersom vi uppgett vilka sökord och databaser vi använt oss av samt gett exempel av citat från bloggarnas kommentarer.

8.1 Perspektivmedvetenhet

Vänligen läs om perspektivmedvetenhet i vårt examensarbete *Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression* under rubriken kritisk granskning. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

Liksom i vårt examensarbete har vi även i vårt utvecklingsarbete haft egna förväntningar av resultatet. I vårt resultat har vi därför strävat efter att ange endast det sanningsenliga och inte förfina den enligt våra egna uppfattningar. Vi gjorde en tolkning av datamaterialet utan att låta våra egna förväntningar påverka resultatet. Därmed har vi fått en så sanningsenlig resultat som möjligt. Vi har även anonymiserat datamaterialet så att våra informanter inte är igenkännbara.

8.2 Internlogik

Vänligen läs om internlogik i vårt examensarbete *Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression* under rubriken kritisk granskning. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

I vårt utvecklingsarbete använde vi bloggarnas kommentarer som datamaterial för att få en uppfattning om hurudan stöd de förlossningsdeprimerade mödrarna föredrar och hur mödrar reagerar på den stöd de får av läsarna via kommentarerna. Vi anser att dessa kommentarerna kunde ge oss en bild över hurudan stöd läsarna ger och svar på hur de insjuknade mödrarna reagerar på olika stöd försök samt därmed få resultatet av våra frågeställningar. Vi valde som datamaterial att använda kommentarerna som var hänvisat till blogginlägg vi tidigare använde i vår forskning av mödrarnas upplevelser om förlossningsdepression. På detta sätt kunde vi få en så bred uppfattning om stöd till förlossningsdeprimerade mödrar. Forskningsfrågorna ansåg vi få besvarat bäst genom kvalitativ innehållsanalys.

8.3 Etiskt värde

Vänligen läs om etiskt värde i vårt examensarbete *Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression* under rubriken kritisk granskning. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

I vår forskning har vi inte avslöjat informanternas identitet utan anonymiserat datamaterialet så att det inte går att identifiera. Största delen av läsaren som kommenterat blogginläggen har inte uppgett sina efternamn eller lagt upp bild av sig själva i kommentaren varför de inte är identifierbara. Eftersom de inte är medvetna om att vi använder deras kommentarer i vår forskning har vi inte nämnt läsaren vid namn, inte avslöjat boendeort eller något annat som kunde vara identifierbart om sådant uppkommer. Genom att analysera kommentaren får vi sanningsenligt datamaterial på hur lekmän, alltså läsare, stöder förlossningsdeprimerade mödrar och hur mödrarna reagerar på stödet eftersom kommentaren inte har blivit förfinat på något sätt.

8.4 Struktur

Vänligen läs om struktur i vårt examensarbete *Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression* under rubriken kritisk granskning. (Lillfors K., Rasmus A., 2017).

Själva upplever vi att vi har lyckats presentera resultaten på ett klart sätt, det vill säga på ett sådant sätt som gör det enkelt för läsaren att läsa och förstå materialet. Liksom i examensarbetet har vi även i utvecklingsarbetet i början av varje resultatredovisningskapitel presenterat teman i en figur. Med denna figur vill vi ge läsaren en bra överblick av teman och de tillhörande kategorierna, d.v.s. strukturen. Av samma orsak har vi även använt oss av en kort och enkel innehållsförteckning.

9. Diskussion

Vårt utvecklingsarbete handlar om hur hälsovårdare kan stöda en moder med förlossningsdepression och vilka olika stödmetoder det finns. Syftet med vårt arbete var att undersöka vilka bloggkommentarer som ger positiv upplevelse till de deprimerade mödrarna och därigenom öka förståelsen för hur man kan stöda dessa mödrar på bästa möjliga sätt. Vi valde ämnet på grund av att vi som blivande hälsovårdare anser att det är viktigt att känna till hur man kan stöda de förlossnings deprimerade mödrarna och vilka olika stöd- och vårdmetoder det finns. Forskningsfrågorna vi ville besvara var: Vad uttrycker läsarna via kommentarerna, hur visar läsarna sitt stöd, hur reagerar bloggerskorna på kommentaren och vilken typ av kommentarer ger positivt gensvar hos bloggarna?

Som teoretisk utgångspunkt har vi använt Erikssons (1994) ontologiska hälsomodell och teorin om den lidande människan. Dessa teoretiska utgångspunkterna passade bra in i vårt arbete eftersom både lidande och hälsa är en del av depressionen. Resultatet i vårt arbete svarade bra på våra forskningsfrågor. I resultatet framkom det att stöd är en stor del av tillfrisknandet. Bloggerskorna uppskattade varje kommentar, oberoende av kommentarens innehåll. Vid analysering av kommentarer av läsarna hittade vi inga kränkande eller negativa inlägg. Istället innehöll kommentarerna råd för att tillfriskna, visande av empati, egna åsikter och erfarenheter samt bekräftande kommentarer. Flera av bloggläsarna berättar

att de förstår vad bloggerskan går igenom fastän de inte känner varandra. Vissa av läsarna försöker dra paralleller mellan sina egna och bloggerskornas liv trots att de inte har något gemensamt. Varför negativa kommentarer saknas kan bero på att bloggerskorna raderat dem eller på att läsarna som haft något negativt att säga har valt att inte publicera dem. Bloggerskorna besvarade dessa kommentarer med att ge stöd åt de som känner sig må dåligt, att visa tacksamhet åt dem som försöker visa stöd åt dem och genom att dela med sig ytterligare av de egna erfarenheterna. Varför mödrarna var positiva över alla de kommentarerna de fick tror vi beror på att kommentarerna gav dem tröst och hopp över att tillfriskna samt känsla av att inte vara ensam. En del av resultatet kunde ses även i tidigare forskning medan en del var nytt för oss.

Tolkningen av bloggkommentarerna gjorde vi med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. I analysen utgick vi från våra valda blogginlägg vilka vi jämförde med tidigare forskningar och Erikssons (1994) ontologiska hälsomodell samt teorin om den lidande människan. Den kritiska granskningen gjorde med hjälp av Larssons (1994) kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Detta arbete skrev vi främst på grund av det egna intresset för arbetet med gravida kvinnor och nyblivna mödrar. Vi tycker att skrivandet av utvecklingsarbetet har, liksom examensarbetet, varit en givande och lärorik process. Vi har lärt oss mycket om bemötande av människor, hur man på ett bra sätt kan visa sitt stöd och om var man kan söka hjälp samt hurdana vård- och stödmetoder det finns för de förlossningsdeprimerade.

Som vidare forskning skulle det vara intressant att forska ifall levnadsvanor kan ha en inverkan på hur mödrarna mår efter förlossning och i vilken mån förbättring av levnadsvanor skulle påverka upplevelsen av depression. Det skulle även vara intressant att forska i hurudant stöd medmänskorna skulle ge i verkligheten och hur innehållet skulle skilja sig från den bloggerskorna fått via bloggen.

Källförteckning

Ahokas A., u.å., 10 + 1 kysymystä synnytysmasennuksen lääkehoidosta [Online]
<http://www.aima.fi/laumlaumlikehoito.html> [hämtat 1.10.2017]

Ahokas A. & Aito M., u.å., Hormonitason vaihtelu voi vaikuttaa mielialaan [Online]
<http://www.aima.fi/hormonihoito.html> [hämtat 1.10.2017]

Driscoll J., 2006, Postpartum depression - How nurses can identify and care for women grappling with this, Awhonn Lifelines

Feeley N., Bell L., Hayton B., Zelkowitz P. & Carrier M, 2016, Care for Postpartum Depression: What Do Women and Their Partners Prefer? Perspectives in Psychiatric Care

FMHF, u.å., Mieli Föreningen för mentalhälsa i Finland [Online]
<https://www.mielenterveysseura.fi/sv> [Hämtat 5.10.2017]

Henricson M., 2014, Vetenskaplig teori och metod, Studentlitteratur

Henricson M., 2017, Vetenskaplig teori och metod- Från ide till examination inom omvårdnad, Studentlitteratur AB, Lund

Holme I-M. & Solvang B-K., 2001, Forskningsmetodik -om kvalitativa och kvanitativa metoder, Lund, studentlitteratur

Johansson A., 2005, Narrativ teori och metod med livsberättelsen i fokus, Lund, Studentlitteratur

Johansson L-G., 2011, Introduktion till vetenskapsteorin, Stockholm, bokförlaget Thales

Kampman O., Heiskanen T., Holi M., Huttunen M. & Tuulari J., 2017, Masennus, Printon, Tallinna

Kilpi T., 2006, Blogi ja bloggaaminen, Readme.fi

Larsson S., 1994, *Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier*. Ingår i: Starrin B. & Svensson P-G., 1994, *Kvalitativa metod och vetenskapsteori*, Lund, Studentlitteratur

Leger J. & Letourneau N., 2015, New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies, Health and Social Care in the Community

Lillfors K. & Rasmus A., 2017, Mödrarnas upplevelser av förlossningsdepression, kandidatavhandling vid YH Novia (godkänd för publikation)

MLL, u.å., Vanhempainnetti [Online]
<https://www.mll.fi/vanhemmille/> [Hämtat 4.10.2017]

Negron R., Martin A., Almog M., Balbierz A. & Howell E., 2013, Social Support During the Postpartum Period: Mothers' Views on Needs, Expectations and Mobilization of Support, Matern Child Health Journal

Sarkkinen M., u.å., Psykoterapin ABC [Online]
<http://www.aima.fi/terapia.html> [Hämtat 23.9.2017]

Äimä ry, u.å., Vertaistuki tuo uusia näkökulmia [Online]
<http://www.aima.fi/mikauml-vertaistuki.html> [Hämtat 30.9.2017]