

“Min inre röst ekar tom och öde”

En kvalitativ studie om mammors upplevelser av
förlossningsdepression

Janina Björk

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

Utbildningen: Sjukskötare (YH)

Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Janina Björk
Utbildning och ort: Social-och hälsovård, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Sjukskötare (YH)
Handledare: Anita Wikberg

Titel: "Min inre röst ekar tom och öde" – En kvalitativ studie om mammors upplevelser av förlossningsdepression

Datum: 31.10.2019 Sidantal: 42 Bilagor: 1

Abstrakt

Mitt examensarbete handlar om ämnet förlossningsdepression, om hur tiden med förlossningsdepression har upplevts hos de nyblivna mammorna. Vilka tankar och funderingar hon har haft och vilka känslor hon har haft. Syftet med studien är att få en ökad kunskap om hur mödrarna har upplevt tiden med förlossningsdepressionen och frågorna som jag vill besvara är: Hur upplever nyblivna mammor tiden med förlossningsdepressionen? Vad har hjälpt mammorna att komma sig ur förlossningsdepressionen?

Som teoretisk utgångspunkt i studien har jag använt mig av Cheryl Tatano Becks omvårdnadsteori vid postpartum depression (1993). Jag har gjort en kvalitativ studie och analyserat berättelser från totalt 7 källor varav 3 bloggar, 2 självbiografier och 2 poddar där författaren eller berättaren har lidit av en förlossningsdepression. Som metod för analys av materialet använde jag mig av kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet av arbetet visar att mammorna upplevde att livet påverkades på flera olika områden på grund av förlossningsdepressionen. Mammorna upplevde att tiden med en nyfödd inte alls var så härlig som de hade föreställt sig att det skulle vara. Det som upplevdes som lindrande vid tillståndet var att få komma ut och vara sig själv för en stund, motion, rutiner och att få hjälp med att sätta ord på förbjudna känslor.

Språk: svenska Nyckelord: förlossningsdepression, upplevelser, moderskap

BACHELOR'S THESIS

Author: Janina Björk
Degree Programme: Nurse, Vaasa
Supervisor: Anita Wikberg

Title: "My inner voice echoes empty and desolate" – A qualitative study of how mothers experience postpartum depression

Date: 31.10.2019 Number of pages: 42 Appendices: 1

Abstract

My Bachelor's thesis deals with the topic of postpartum depression, how new mothers have experienced the time of postpartum depression. What thoughts and reflections she has had and what emotions she has felt. The purpose of this study is to get an increased knowledge about how mothers have experienced the time of postpartum depression and the questions I would like to answer are: How does new mothers experience the time of postpartum depression? What has helped the mothers to get out of postpartum depression?

As a theoretical starting point in my study I have used Cheryl Tatano Becks 'nursing theory' of postpartum depression (1993). I have made a qualitative study and analysed stories from totally 7 sources, 3 bloggers, 2 autobiographies and 2 podcasts where the author/narrator have suffered from postpartum depression. As a method of analysis of the material I used qualitative content analysis.

The result of my work shows that the mothers have experienced that life has affected in several different areas. The mothers felt that the time with a newborn was not at all as beautiful as they had imagined. What was perceived as easing in that condition was to be able to get out and to be yourself for a while, exercise, routines and to get help to put words on forbidden emotions.

Language: Swedish Key words: postpartum depression, motherhood, experiences

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Bakgrund	1
2.1 Förlossningsdepression.....	2
2.2 Symtom på förlossningsdepression	3
2.3 Riskfaktorer för förlossningsdepression.....	4
2.4 Förlossningsdepressionens påverkan på familjen och relationer.....	5
2.5 Hälsofrämjande arbetsätt.....	6
2.6 Förebyggande faktorer och behandling av förlossningsdepression	8
2.7 Diagnostisering av förlossningsdepression och Edinburgh Postnatal Depression Scale.....	9
2.8 Att bli pappa	10
3. Teoretisk utgångspunkt: Cheryl Tatano Becks omvårdnadsteori vid postpartum depression.....	10
4 Syfte och frågeställningar.....	13
5 Metod	13
5.1 Insamlingsmetod.....	13
5.2 Bloggning, podcasting och självbiografi	14
5.3 Urval	15
5.4 Kvalitativ innehållsanalys.....	16
5.5 Etiska överväganden.....	18
5.6 Bakgrund till källorna.....	19
6 Resultat.....	20
6.1 Känslor	21
6.2 Tankar och funderingar under tiden med förlossningsdepression	28
6.3 Stöd och hjälp	31
7 Resultatdiskussion	33
8 Metoddiskussion.....	36
9 Slutsats	38
10. Källförteckning.....	39
Bilaga 1. EPDS blankett.....	1(2)

1 Inledning

En förlossning är en stark fysisk och psykisk påfrestelse för kvinnan. År 2018 var antalet förlossningar i Finland ~47 000 stycken (THL, 2018). En del kvinnor utvecklar en depression efter förlossningen, i Finland räknar man med att det är 9-16% som drabbas (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s.280). Trots att depression efter förlossning beskrevs i läkarvetenskapen redan 1858 av Louis Marcé (Söderberg 1999 s.119), så pratas det fortfarande lite om det. Ordet förlossningsdepression kan ibland vara lite vilseledande eftersom det inte är själva förlossningen som utlöser en depression. Men en depression som uppstår inom ett halvt år efter barnets födelse kallas för förlossningsdepression eller postpartum depression, symtomen på en förlossningsdepression kan vara många och komma redan under graviditeten. En förlossningsdepression är något som berör hela familjen och även barnen. Som blivande vårdpersonal kommer vi, beroende på arbetsplats, eventuellt att möta personer som lider av en förlossningsdepression. Man vet idag att män, liksom kvinnor kan drabbas av en depression i samband med barnets födelse (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s.281). Depressionens svårighetsgrad kan vara allt ifrån lindriga symtom till en depression med psykotiska symtom. Prognosen är god och återhämtningen sker vanligtvis inom några månader och det är en hög sannolikhet att man blir helt återställd. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s.281).

Jag använder mig här av begreppet förlossningsdepression trots att det inte finns någon sådan egentlig diagnos. Enligt ICD- 10 koderna betyder förlossningsdepression ”*lindriga psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassifieras annorstädes*” (Duodecim u.å).

2 Bakgrund

I bakgrunden börjar jag med att förklara vad förlossningsdepression är, på vilket sätt en förlossningsdepression kan påverka familjen och parrelationer, symtomen och riskfaktorer på en förlossningsdepression och vad ett hälsofrämjande arbetssätt innebär.

Att få sitt första barn är en stor förändring för många. Föräldrarna ska växa in i rollerna som mamma och pappa och binda sig till föräldraskapet. Interaktionen mellan paret utvecklas och

vidgas till interaktion med babyn. De fem viktigaste uppgifterna i ett föräldraskap är att ge kärlek, att lära om livet, att lära om relationer till andra människor, att sätta gränser och att försörja, det är viktigt att man som förälder känner att man duger (Klemetti m.fl.2013 s.32).

Det är viktigt att vårdpersonal stöder föräldrarna och reagerar på förändringar i den nya familjen. Till den förebyggande vården vid mödrarådgivningen görs depressionsscreeningar automatiskt på mammorna men mera sällan på papporna. I Finland används Edinburgh postnatal depression scale sedan 1987 (Klemetti och Hakulinen-Viitanen 2015 s. 281).

Världshälsoorganisationen WHO (2013) beskriver psykisk hälsa som ett tillstånd där människan kan känna igen sina tillgångar, klarar av utmaningar och kan arbeta och vara involverad i samhället.

Att bli mamma och drabbas av en depression innebär påfrestningar i en sårbar situation. Det är en stor och omtumlande händelse att bli mamma som utmärks av tillfredsställelse och tillit men även ett stort ansvar och lite tid att lägga på sig själv. Att bli mamma kan också innebära ett förändrat socialt nätverk och en ökad ensamhet. Moderskapet innebär också en tid med ökad psykologisk sårbarhet och en ökad stress på parrelationen. Stöd från omgivningen är viktig till de nyblivna föräldrarna. Stöd från mamman till den nyblivna mamman räknas som extra betydelsefullt (Edhborg & Friberg 2014 s.1).

2.1 Förlossningsdepression

Efter en förlossning är det vanligt att kvinnan känner sig som en superkvinna och hormonnivåerna är höga, man är glad och känner sig stark. Ca.3 dagar efter förlossningen kan bakslaget komma, kvinnan kan tycka synd om sig själv och sitt nyförlösta barn, vara överkänslig, ledsen och gråtmild. Detta tillstånd kallas babyblues eller mammablues och går ofta över av sig själv. Det finns spekulationer om vad som orsakar babyblues, vissa hävdar att det är hormonomställningen, andra menar att det är mjölkproduktionen som kommit igång eller den stora omställningen att bli mamma (Janouch 2008 s.122-123). Symtomen på en förlossningsdepression drabbar vardagslivet för hela familjen, symtomen på en depression kan uppkomma under graviditeten eller efter förlossningen. Svårighetsgraden av depression efter förlossningen kan vara allt ifrån lindriga symtom till en depression med psykotiska symtom. Risken att drabbas av en förlossningsdepression är som störst de tre första månaderna efter en

förlossning. Mellan den fjärde och sjunde månaden efter förlossningen minskar risken gradvis (Sariola m.fl. s.384).

Den första depressionsperioden bryter oftast ut i samband med förlossningen. I en brittiskt studie har det visats att kvinnorna har 3 gånger så stor risk att drabbas av en förlossningsdepression med första barnet. Att insjukna i depression vid första förlossningen leder till en 40% ökad risk att drabbas igen vid nästa förlossning. En person som lidit av depression tidigare har en 20% ökad risk att drabbas av en förlossningsdepression under sina eventuella kommande förlossningar (Sjögren 2005 s.75). Tillfrisknandet efter en depression med koppling till barnets födelse är hög och tiden för återhämtning räcker vanligen några månader. Ibland kan en förlossningsdepression leda till en långvarig depression med ångest. Nya perioder av depressioner kan uppkomma senare (Sariola m.fl 2014 s. 384).

Förlossningspsykos är ett psykotiskt tillstånd som är allvarligt, 1-2 mammor av 1000 drabbas. Förlossningspsykosen visar sig inom två veckor efter förlossningen. Prognosen är god men tillståndet kräver vård inom specialistsjukvården. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s.188).

Att identifiera en depression efter en förlossning kan vara svårt eftersom vårdpersonal överlag har bråttom och mammorna kan känna en rädsla att bli dömda för att vara opassande som förälder om de pratar om sina problem och de kan skämmas över sina psykiska symtom. Identifieringen av depressionen kan även vara svår om föräldrarna och vårdpersonalen inte använder ett språk på gemensam nivå. Föräldrarna kan också uppleva att symtomen hör till ett normalt föräldraskap. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s.190).

2.2 Symtom på förlossningsdepression

Symtomen på förlossningsdepression kan uppkomma under graviditeten, vid förlossningen eller efter förlossningen. Sänkt stämningsläge, känslor av tomhet och att inte känna igen sig själv tar över tillvaron. Skuld känslor över att inte räcka till som mamma eller att inte känna tillräcklig glädje över det efterlängttade barnet är vanliga. (Sjögren 2005 s.74).

Symtom på förlossningsdepression yttrar sig ganska lika som vid en klassisk depression med symtom som nedstämdhet, minskat intresse, humörsvängningar, sömnstörningar, irritation, skuld känslor, koncentrationssvårigheter, tankar om döden, ångest och aptitlöshet. (Allugander 2005 s.171)

Sjögren beskriver att en förlossningsdepression har större negativa konsekvenser i familjen och i barnets utveckling än en vanlig depression. Som mamma med förlossningsdepression kan man uppleva att man har gått miste om en viktig tid i livet då man insjuknat i förlossningsdepression under barnets första tid i livet. Också självförtroendet kan påverkas av förlossningsdepressionen. (Sjögren 2005 s.75)

2.3 Riskfaktorer för förlossningsdepression

Riskfaktorerna kan delas in i 3 olika baskategorier: biologiska, fysiologiska och psykosociala (Pierre m.fl 2007 s. 23). Riskfaktorer för att drabbas av en förlossningsdepression är bl.a. en oplanerad graviditet, komplicerad graviditet, om mamman är under 20 år, om depressionssymtom finns redan under graviditeten, om mamman har en benägenhet att drabbas av psykiska sjukdomar, problem i parrelationen, sociala problem, inget stöd utifrån av familj och vänner eller ekonomiska problem. Mammor med en invandringsbakgrund har större risk att drabbas av depression under graviditet och efter förlossning. Hormonella obalanser i kroppen efter en graviditet och sköldskörtelrubbingar ökar också risken. En studie har visat att kvinnor med ett civilstånd som singel, en historia med ångest och depression och ett otillräckligt socialt stöd var de som representerade de mest depressiva grupperna. Hos papporna kan den stora förändringen och belastningen med föräldraskapet bidra till en depression. Ekonomiska omställningar, förändrad livssituation och förändrat parförhållande kan orsaka en depression (Mccall-Hosenfield m.fl 2016 s.1117).

Mitra, Iezzoni, Zhang, Long-Bellil, Smelzer och Barton (2015) har gjort en studie om riskfaktorer och symtom på förlossningsdepression hos mödrar med någon slags funktionsnedsättning. I studien framkommer det att mödrar med en funktionsnedsättning hade en större risk att uppleva symtom på förlossningsdepression men rapporterade symtomen mer sällan jämfört med kvinnor utan funktionsnedsättning. Mödrarna som hade någon funktionsnedsättning och som också upplevde något medicinskt problem under graviditeten eller att de blev fysiskt misshandlade av sin partner under graviditeten hade en större risk att drabbas av förlossningsdepression (Mitra, Iezzoni, Zhang, Long-Bellil, Smelzer & Barton 2015 s. 368 - 370).

Ca en tredjedel av alla graviditeter räknas som en högriskgraviditet i USA. Till en högriskgraviditet hör kvinnor som har eller har haft medicinska komplikationer före en

graviditet eller på grund av en graviditet. Komplikationer och avvikelser hos fostret och tillstånd som kan skada mamman eller fostret räknas som en högriskgraviditet. Forskning har visat att kvinnor som går igenom en högriskgraviditet har större risk att drabbas av förlossningsdepression och ångest (Zadeh, Khajehei, Sharif & Hadzic 2012 s.105).

I en studie som Zadeh, Khajehei, Sharif och Hadzic (2012) gjort för att undersöka sambandet mellan högriskgraviditet och förlossningsdepression, intervjuades först 939 gravida kvinnor i åldern 16 - 43 år. Av de 939 kvinnorna valdes 400 kvinnor ut och blev uppdelade i två grupper på 200 kvinnor per grupp. Ena gruppen var kvinnor med högriskgraviditeter och andra gruppen var kvinnor med en normal graviditet. I studien använde de sig av "Becks depression inventory" och "selfcompleted Spielberger Standard Test" som skattningsskalor. Resultaten från studien visade att 29% av kvinnorna som hade en högriskgraviditet led av en depression med svåra symtom, 23,5% av kvinnorna led av en depression med måttliga symtom och 15,5% av kvinnorna led av depression med milda symtom. I gruppen bestående av kvinnor med normal graviditet var resultatet att 17% av kvinnorna led av en depression med svåra symtom, 14,5% av kvinnorna led av depression med måttliga symtom och 28,0% av kvinnorna led av depression med milda symtom. (Zadeh, Khajehei, Sharif & Hadzic 2012 s.105,106).

2.4 Förlossningsdepressionens påverkan på familjen och relationer

Depression efter en förlossning påverkar barnets utveckling och man försöker hitta depressioner i ett tidigt skede så att föräldrarna skall få vård så snabbt som möjligt. En depression hos den gravida mamman kan påverka fostrets utveckling på flera vis, indirekt genom biologiska förändringar och via psykosociala funktioner. Generna har en betydande roll i sambandet, men man vet att en depression som anknyter sig till graviditet eller förlossning kan påverka barnets utveckling och välbefinnande, bland annat eftersom psykiska problem är förknippade med en förhöjd stressnivå. En förhöjd stressnivå leder till en förhöjd utsöndring av stresshormonet kortisol, vilket leder till förhöjda kortisolhalter hos fostret. Vid de fall där ena partnern lider av psykiska besvär är det viktigt att han eller hon får rehabilitering och hjälp med att bygga upp föräldraskapet och stöd med barnets utveckling. Man räknar med att ca. 10 - 15% av kvinnorna lider av depression under graviditeten. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s. 188).

Agnafors, Sydsjö, deKeyser och Svedin (2013) har gjort en studie på hur det nyfödda barnets mentala hälsa påverkas av symtom på förlossningsdepression. De undersökte symtom hos mödrarna och vad de har för betydelse för barnets psykiska hälsa efter 12 år. I Studien följde de sammanlagt 1707 mammor och deras barn från att barnen var 3 månader tills de blev 12 år. Mödrarna blev intervjuade av en psykolog och fick fylla i en enkät när studien inleddes och deras depressiva symtom bedömdes på basis av intervjun och enkäten. När barnen var i tolv års åldern fick de ett frågeformulär att fylla i om sitt beteende och mående. I studien framkom det att mödrarnas depressiva symtom hade en koppling till barnens beteendeproblem, ett barn med en mamma som har eller har haft symtom på förlossningsdepression löper en 5 gånger större risk att drabbas av beteendeproblem i tolv års åldern jämfört med barn vars moder inte lidit av förlossningsdepression. Tidpunkten på förlossningsdepressionen hos mamman har visat sig ha betydelse när det gäller barnets beteende problem. (Agnafors, Sydsjö, deKeyser och Svedin 2013 s.408-410).

Lilja, Edhborg och Nissen (2012) har gjort en studie om hur mödrars nedstämdhet vid förlossningen kan förutspå deras humör och relation med spädbarn och partner under det första året efter förlossningen. Deras syfte med studien var att beskriva förstföderskans känslor till sina barn och partner i förhållande till sina depressiva symtom. I studien framkom det att en förlossningsdepression inte enbart påverkar modern utan har även negativa effekter för barnet. I studien kom det fram att mödrar som lider av förlossningsdepression visar mindre närhet, värme och förtroende till sin partner och sitt barn jämfört med mödrar utan symtom på förlossningsdepression. I studien kunde de också dra slutsatsen att en screening av modern tio dagar efter en förlossning kunde förutsäga relationen mellan modern och spädbarnet det första året (Lilja, Edhborg och Nissen 2012 s. 245-253).

2.5 Hälsöfrämjande arbetssätt

Främjande av hälsa innebär att hålla en sådan verksamhet som i detta fall riktar sig till de blivande föräldrarna och senare de nyblivna föräldrarna. Som målsättning är att upprätthålla och göra en förbättring av hälsan, att upprätthålla förmågan att arbeta och att funktionera. I det hälsöfrämjande arbetet ingår det att förebygga sjukdomar, olycksfall, den psykiska hälsan och andra problem som kan orsaka ohälsa hos den gravida kvinnan, partnern och det väntade barnet. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s.19)

Klienterna bemöts jämlikt, med hänsyn och individuellt och deras rätt att bestämma själva respekteras. Arbetet utgår ifrån klienternas behov och önskemål. När man arbetar med att främja hälsan skall tanken ligga på individens och familjens tillgångar och vad som kan kräva en förändring. Fokus ligger på de blivande föräldrarnas hälsa och välbefinnande. Vikten fästes vid att vara medveten, motiverad och aktiv, att ta hand om och ta ansvar, att klara sig och att det alltid går att förändra olika faktorer som skapar problem. En person bär alltid själv ansvaret för att förbättra och främja den egna hälsan och sitt välbefinnande. När barnet sedan är fött är familjen barnets viktigaste utvecklingsmiljö och tillgångarna inom familjen är av betydelse för föräldrarnas och även barnets hälsa och välbefinnande. Viktigt vid hälsofrämjande arbete är att få ett gott samarbete med föräldrarna så att föräldrarna för fram sina åsikter och vad de har för lösningar på eventuella problem, och vilka problem de behöver hjälp med. Man strävar efter att minska stressen och belastningen hos de blivande och nyblivna föräldrarna, att stärka parrelationen och att båda partnerna intar sin roll som förälder och sköter om sitt barn och att barnet får en trygg och sund utveckling. Som vårdare i hälsofrämjande arbete är det viktigt att man lyssnar aktivt, respekterar klienterna, att vara närvarande och att visa ett genuint intresse för föräldrarnas mående och situation, lyckas man med detta har man goda förutsättningar för att få en god relation till föräldrarna och då är det också lättare att lyfta fram svåra frågor i diskussionerna (Klemetti & Hakulinen-Viitanen s.20).

Problemförebyggande arbete och stöd i ett tidigt skede visar ofta på gott resultat och är kostnadseffektiva. För att kommunen kan ordna ett hälsofrämjande arbetssätt krävs ett brett deltagande av politiskt stöd och att olika samhällspolitiska sektorer tar ansvar (Klemetti & Hakulinen- Viitanen 2015 s.20).

Vid varje besök hos rådgivningen diskuteras frågor som anknyter till föräldrarnas sinnesstämning och observationer på eventuella depressionssymtom görs. EPDS- blanketter fylls i och diskussioner kring den psykiska hälsan hålls och vid behov leder detta till vidare åtgärder.

En definition som beskriver enligt WHO hälsofrämjande arbete, är: *"Health promotion is the process of enabling people to increase control over and to improve, their health. It moves beyond a focus on individual behavior towards a wide range of social and environmental interventions."* (WHO 2014). Den beskriver att det är en process som ger människor möjligheter att förbättra och öka kontrollen över sin hälsa och att det hälsofrämjande arbetet går mera in på djupet och erbjuder också socialt och miljömässigt stöd och åtgärder.

2.6 Förebyggande faktorer och behandling av förlossningsdepression

För att en förlossningsdepression skall identifieras i ett tidigt skede och behandlas krävs det att vårdpersonal har en god förmåga att samspela, att det finns specialkompetens i mentalvårdsarbete och att vårdpersonalen har ett brett samarbete. Vid förebyggande av depression är det viktigt att prata om levnadsvanor som är hälsosamma och information om depression. Stöd av andra familjer som befinner sig i liknande situation och hembesök av professionella har visat sig ge goda resultat i det förebyggande arbetet. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s. 282).

Att tillfriskna från en förlossningsdepression sker oftast av sig själv inom några månader men det finns en viss risk att utveckla ett tillstånd med depression eller ångest som kan vara långvarigt. Behandlingen kräver att hela familjens välbefinnande och babys utveckling får omfattande stöd. Största delen av de som lider av förlossningsdepression har lindriga besvär och kan behandlas med psykosocialt stöd och information från rådgivningen som en barnmorska eller hälsovårdare ger. En depression kan även behandlas med olika terapiformer som valts individuellt eller läkemedelsbehandling som kan övervägas speciellt vid svåra depressioner. Det finns också depressionsgrupper, där den deprimerade föräldern kan få stöd av andra som befinner sig i samma situation. Om behov finns, till exempel om båda föräldrarna har symtom på depression eller om det finns missbruk eller annan psykisk ohälsa i bilden kan hemhjälp vara till nytta. Att föräldern och barnet får en god interaktion med varandra är viktigt och kan stödjas på rådgivningen, familjerådgivningen eller poliklinik för barn eller vuxenpsykiatri beroende på situation och plats. Finns det flera barn i familjen är det viktigt att de också får det stöd och den hjälp som de behöver. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s.282,283).

Enligt en förberedande studie om tillfrisknandet från en förlossningsdepression som Dennis och Moloney (2009) har gjort, var det första steget för tillfriskningen en vilja att vara mamma. 5 kvinnor i åldern 22-50 år, som själva rapporterat att de haft en förlossningsdepression deltog i studien. Syftet med studien var att förstå hur övergången till att bli mor är då man lider av förlossningsdepression. Mammorna kan vara motvilliga att medge sina känslor och inte ha någon kunskap om förlossningsdepression, vilket kan göra att det är flera än de som fått en diagnos som drabbas. Mammorna som deltog i studien tyckte att det var en stor och

tidskrävande omställning i livet att bli förälder. De kände att de förlorade sig själva på grund av trötthet och att livet blev jobbigare. Studiens deltagare kände sig tvungna att kämpa sig genom tiden med förlossningsdepressionen samt att socialt stöd var till hjälp för tillfriskningen från förlossningsdepressionen (Dennis & Moloney, s. 6-9).

2.7 Diagnostisering av förlossningsdepression och Edinburgh Postnatal Depression Scale

EPDS, ”Edinburgh Postnatal Depression Scale”, är en skala som används för att identifiera och bedöma risken som finns för att drabbas av en förlossningsdepression. EPDS skalan är gjord av arbetsgruppen Cox’s år 1987. Skalan rekommenderas också för användning att identifiera faderns eventuella förlossningsdepression. En screening med EPDS-frågeformuläret görs ofta i samband med eftergranskningen ca.6 - 8 veckor efter förlossningen, EPDS blanketten kan även användas senare efter förlossningen. Skalan har visat sig vara pålitlig, eftersom det är ett enkelt redskap att använda och att förstå. Innehållet som finns i skalan kan även användas som ett underlag för samtal. EPDS används i Finland och i många andra länder. Ett resultat från en EPDS skattning är inte ett resultat som kan ge någon diagnos, eftersom det inte bedömer hela helhetssituationen, men kan ge en god bild och misstankar om en eventuell depression hos både modern och fadern. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s.136)

EPDS-formuläret innehåller tio påståenden om det psykiska tillståndet och sinnesstämningen. Formulärets påståenden som finns ringas in där personen i fråga tycker att det bäst beskriver hennes känslor hon haft under den senaste veckan. Av de tio påståenden som finns i formuläret handlar två påståenden om välbefinnande, två handlar om nedstämdhet, och de resterande påståenden handlar om ångest, grundlösa skuld känslor, ångslan, känsla av hjälplöshet, insomnia och tankar på att skada sig själv (se bilaga 1). Frågorna besvaras på en skala med fyra alternativ som är uppdelade enligt intensitet. Maxpoängen i formuläret är 30. Får personen över 10 poäng är det möjligt att personen lider av en depression, poäng över 13 kan betyda att personen lider av en allvarlig depression. Ifall att personen medger att hon haft självdestruktiva tankar skall omedelbar hjälp ordnas, även om poängen ligger under gränsen

för depression. Vid poäng högre än 13 är en noggrann bedömning nödvändig. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, s. 136 - 137).

2.8 Att bli pappa

Att vänta och att få sitt första barn är en stor omställning även för pappan, efter att barnet är fött vidgas parförhållandet till en liten familj och även ett barn att ta hand om. Uppfattningen om föräldraskapet har ett samband med vad pappan har för uppfattning och erfarenhet vad gäller de egna föräldrarna. En positiv uppfattning om sig själv, partnern, graviditeten, babyn och familjen har betydelse för hur nöjd föräldern är i sitt föräldraskap, sin förmåga att ta hand om babyn, sin parrelation och hela familjens funktion. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015 s.32,33). I Vasa stad finns papparådgivning som erbjuder handledning och stöd för män att utvecklas och växa från man till far. Utvecklingen beskrivs som en fysisk, psykisk och social process för mannen. Papparådgivningen erbjuds till alla gravida kvinnors män, oberoende om det är en man som skall bli pappa för första gången eller har barn sedan tidigare (vasa stad).

Idag arbetas det med att få pappan mera delaktig i mödrarådgivningen, det ger bl.a. mamman en känsla av att hon duger och barnet får en bättre tillväxt. På flera håll strävas det efter att ordna mer flexibla tider, även under kvällar så att pappan skall ha större möjlighet att kunna delta. Det uppmuntras att mannen skall vara med på hälsogranskningar, att han skall ta ut sin faderskapsledighet och att han deltar i förberedande kurser. Männen kan lätt känna sig utanför på rådgivningen eftersom personalen oftast är kvinnostark och eftersom det ofta anses att det är mammorna som skall ta hand om barnet, även om pappan kan göra det lika bra (Klemetti m.fl. 2013 s.30 - 31).

”Detta att uppleva att få en son. Plus det att bli far. Det går jag och tänker på hela dagen. Så fick jag hålla honom. Det var det största ögonblicket.” Ur en intervjuundersökning om mäns upplevelser av att få barn. (Brudal, 1985 s. 107).

3. Teoretisk utgångspunkt: Cheryl Tatano Becks omvårdnadsteori vid postpartum depression

I mitt arbete använder jag mig av Becks vårdteori om postpartum depression. Beck beskriver i sin teori centrala begrepp så som störningar i humöret efter förlossning och kontrollförlust. Prenatal depression, stress i barnomsorgen, stress i livet, socialt stöd, civilstånd, prenatal ångest, historia av depression, spädbarnets temperament, mammablues, självkänsla, socioekonomisk status och planerad eller oplanerad graviditet, de här begreppen kan räknas som riskfaktorer för en förlossningsdepression (Beck 2002b; Maeve s.676).

De kommande begreppen beskrivs av Beck som tecken på en förlossningsdepression och används för att screena kvinnor för symtomen på en förlossningsdepression. Sömn- och ätstörningar, ångest och osäkerhet, känslomässig instabilitet, mental förvirring, känsla att förlora sig själv, skuld och skam samt tankar på självmord eller att skada sig själv. (Maeve 2014 s.675 - 677).

Syftet med en studie som Beck gjorde år 1993 var att undersöka förlossningsdepressionens natur som ett socialpsykologiskt problem samt den socialpsykologiska processen som används för att lösa problemet. En kvinna som lider av förlossningsdepression kämpar ofta med att inte ha kontroll över sig själv och sina handlingar, tankar och känslor. Att lida av förlossningsdepression kan beskrivas som att balansera på en kant mellan sundhet och dårskap. Denna studie som Beck gjorde 1993 (Teetering on the edge) resulterade i teorin om förlossningsdepression.

Känslan att förlora kontrollen utgör hela grunden för teorin och enligt Beck kan den delas in i en process med fyra steg. Första steget i processen är att möta skrällen, kvinnorna drabbas oväntat av förlossningsdepression och kan känna sig instängda i ett mörkt utrymme utan utväg. Förlossningsdepression kan börja under de första veckorna efter förlossningen men kan också visa sig sex månader efter förlossningen. Mötet med skrällen karakteriseras av tre olika tillstånd, dessa tillstånd är kraftiga ångestattacker, grymma tvångstankar och en omslutande dimma. Ångestattackerna kan jämföras med en känsla av att totalt förlora förståndet, de kvinnor som drabbats av dessa ångestattacker beskriver dem som mycket hemska. Kvinnorna kan lida av grymma tvångstankar under största delen av dygnets vakna timmar, tvångstankarna tröttar ut kvinnan och gör henne utmattad både fysiskt och mentalt. Den omslutande dimman visar sig som koncentrationssvårigheter och ibland också med motoriska svårigheter. (Beck, 1993).

Det andra steget i processen med förlossningsdepression innebär en självdöd, kvinnans normala jag dör efter komplikationerna i det första steget i processen. Då jaget dör är

följderna för kvinnan att hon känner en överklighetskänsla, hon isolerar sig själv från omvärlden och kan även ha planer på eller har försökt att skada sig själv. Overklighetskänslan blir tydlig när kvinnan eller hennes partner inte längre känner igen henne på grund av hennes så kallade självdöd. Kvinnor som lider av förlossningsdepression kan förklara detta som att de är robotar och utför allt på rutin och utan någon som helst omsorg. Kvinnan kan i detta steg i processen isolera sig från vänner, familj och intressen, kvinnorna kan känna sig ensamma och utanför, eftersom de upplever att ingen förstår dem och vad de går igenom. Kvinnorna kan känna en rädsla över att andra personer skall tycka att de är en dålig mamma, vilket leder till att kvinnan isolerar sig i större utsträckning. Tankar på döden kan uppstå då mammorna känner skam och skuld för sina känslor och tankar, speciellt för tankar på att skada barnet. (Beck, 1993).

Nästa steg i processen kännetecknas av en kamp om överlevnad, kvinnorna använder sig av tre olika strategier för att klara sig. En strategi kan vara att kämpa emot systemet när de söker professionell hjälp för att få rätt behandling. Kränkning, besvikelse och frustration är vanliga känslor hos kvinnor som söker hjälp för sin förlossningsdepression. Den andra strategin för att klara sig igenom förlossningsdepressionen är att be Gud om befrielse. Den tredje strategin är att söka tröst i någon typ av stödgrupp, stödgruppen kan vara en grupp för mammor som lider av förlossningsdepression. Att samtala med andra kvinnor som genomlidit en förlossningsdepression gör att kvinnorna bryter mönstret vad gäller isolering och känslan av ensamhet, kvinnorna får också hopp och tröst genom samtalet eftersom någon kan bekräfta och förstå de tankar och känslor som är förknippade med en förlossningsdepression. (Beck, 1993).

Det sista steget i processen innebär att få kontrollen tillbaka, när kvinnan sakta återfår kontrollen startar det med en övergång som är oförutsägbar. Övergången kännetecknas av dåliga dagar som turas om med bra dagar. Efterhand blir antalet bra dagar fler än antalet dåliga dagar. Då kvinnan får kontrollen tillbaka börjar hon att sörja den tid som hon upplever att ha gått förlorad med barnet och som inte kan fås tillbaka. Då kvinnan till slut har kommit sig igenom förlossningsdepressionen börjar hon återhämta sig och blir den person som hon var innan hon drabbades, då hon är frisk känner hon igen sig själv och partnern känner också igen kvinnan. (Beck, 1993).

4 Syfte och frågeställningar

Målgruppen för arbetet är mödrar som lidit av förlossningsdepression. Syftet är att få en ökad förståelse av hur mammor upplevt tiden med förlossningsdepression. Jag är intresserad av hur mödrarna har upplevt sin förlossningsdepression och vad som hjälpte dem ur depressionen.

Frågeställningar:

-Hur upplever nyblivna mammor tiden med förlossningsdepression?

-Vad hjälper mammorna att komma sig ur förlossningsdepressionen?

5 Metod

För att uppnå mitt syfte att få en ökad förståelse för hur mödrar som har lidit av förlossningsdepression har upplevt tiden med förlossningsdepressionen och vad som hjälpte dem att bli friska från depressionen har jag valt att analysera bloggar, poddar och självbiografier som har skrivits eller berättats av mödrar som själva har lidit av en förlossningsdepression.

5.1 Insamlingsmetod

I kvalitativa studier är deltagarna inte slumpmässigt utvalda utan de är personligt utvalda, genom att välja några fåtal personer som kan ge innehållsrika beskrivningar får man ett underlag som kan svara på studiens syfte, detta urval kallas ändamålsenligt eller strategiskt urval (Henricson, 2015, s.134). Enligt Henricson (2015, s.111) har kvalitativ metod sin grund i den holistiska traditionen och är avsett för att studera personers levda upplevelser. Det finns inget som är absolut sanning och heller inget som är fel i en upplevd erfarenhet (Henricson 2015 s. 130). I datainsamlingen använder jag mig av personernas egna bloggar, poddar och självbiografier, som tar upp hur de har upplevt tiden med förlossningsdepressionen och vad som hjälpte dem att komma ur förlossningsdepressionen.

För att få en datainsamling som är kvalitativ skall man använda sig av exempelvis berättelser eller intervjuer. Vid en kvalitativ studie skall forskaren vara flexibel och följsam mot deltagarna, miljön och eventuella förändringar som kan ske under datainsamlingen (Henricson 2015, s. 133). När en kvalitativ studie görs måste forskaren också reflektera över sin egen livserfarenhet, yrkeserfarenhet och kunskap om det ämne som skall studeras. I mån av möjlighet kunde den som utför studien även reflektera och diskutera sin uppfattning med andra forskare, enligt Henricson (2015, s.132) kunde det leda till en ökad medvetenhet och förförståelse för studien. Som forskare bör jag vara öppen och förstå vilken roll jag har i undersökningen.

5.2 Bloggning, podcasting och självbiografi

En blogg kan vara som en personlig dagbok på internet, den kan handla om vad som helst, vissa bloggar handlar om ett och samma ämne såsom träning eller mode, medan andra bloggar har ett brett innehåll och handlar om allt möjligt som är aktuellt i bloggarens liv, personen som skriver bloggen väljer själv vad hen skriver om och hur ofta hen skriver inlägg. Gemensamt för alla bloggar är att de regelbundet uppdateras och inläggen ordnas upp i kronologisk ordning, men bloggaren kan också ordna upp inläggen enligt ämne. På en blogg kan ett inlägg publiceras när som helst och ett inlägg kan innehålla både text, bilder och videor. De flesta bloggar har en kommentarsfunktion, där läsare kan kommentera inlägget och också kommentera på andras kommentarer och på så vis skapa en diskussion. Hen som skriver väljer själv om alla kan läsa eller bara några utvalda genom att låsa bloggen med ett lösenord, som endast ges åt de bekanta som man tillåter läsa bloggen. Fler och fler personer som lider av någon typ av sjukdom väljer att börja blogga (Ringdahl 2011).

En podcast eller pod är en ljudfil eller videofil som laddats upp på en plattform på internet och som kan laddas ner och lyssnas på via internet när man vill. En pod består vanligen av en serie med t.ex. tio avsnitt, avsnitten kan handla om helt olika ämnen, såsom graviditet i första avsnittet, träning i andra avsnittet, mat i tredje avsnittet och så vidare. En pod kan också hålla sig till ett ämne, till exempel träning. Oftast är det två personer som samtalar om något ämne i en pod. Det är också vanligt att någon person gästas podden. (podverkstan.se)

En självbiografi är en typ av biografi där författaren skriver om sitt eget liv och sina upplevelser och minnen från antingen hela livet eller från en viss händelse till exempel en sjukdom som personen upplevt.

5.3 Urval

Som material för min studie har jag använt mig av tre bloggar, två poddavsnitt samt två självbiografier som har förlossningsdepression som innehåll. Dessa bloggar, poddar och självbiografier kommer att vara min informationskälla som ger mig material för mitt arbete. Det är meningen att källorna skall ge mig en helhetsbild på informantens livssituation och en omfattande uppfattning om hur förlossningsdepression har påverkat mödrarnas hälsa på olika plan, fysiskt, psykiskt och socialt. Informanterna är källornas författare, som antingen har eller har haft en förlossningsdepression.

När man använder sig av kvalitativ metod i en studie använder man sig oftast av ett mindre antal informanter jämfört med om man gör en studie och använder sig av kvantitativ metod (Henricson 2017, s.115-116). Jag sökte informanterna på internet genom att skriva sökorden "förlossningsdepression" och "blogg" i sökmotorn Google och fick fram ett urval på ca. 35st. bloggar där bloggarens författare lidit av en förlossningsdepression. Jag bekantade mig med bloggarna genom att läsa igenom sammanfattningarna och rubrikerna i bloggarna och valde sedan ut tre bloggar enligt kriterier som jag hade. Informanterna skulle vara svenskspråkiga kvinnor i åldern 18-40 år som själva lidit av en förlossningsdepression och berättar om sin förlossningsdepression i sin blogg. Ett kriterium var även att det skulle finnas tillräckligt med material i bloggen så att jag kan få svar på mina frågeställningar. För att veta att personerna som ägde bloggarna hade varit med om fenomenet som jag undersöker granskade jag bloggarnas arkiv. Jag valde sedan ut tre bloggar med en sådan text där de beskriver upplevelser av sin förlossningsdepression på ett sådant sätt att jag kan få svar på mina frågeställningar genom att läsa texten.

Jag sökte sedan ut poddar genom att skriva "förlossningsdepression" och "pod" i sökmotorn Google och fick fram ett urval på ca. 25 olika avsnitt från poddar där olika personer har berättat om sina upplevelser av förlossningsdepression. Jag läste sedan innehållet till

podavsnitten och valde ut två podavsnitt att använda mig av, dessa poddar har ett sådant innehåll att jag får svar på mina frågeställningar genom att lyssna på dem. Jag kollade även på publiceringsdatum när jag valde ut poddarna, eftersom jag ville ha berättelser som inte är äldre än 5 år.

När jag sökte självbiografier skrev jag ”förlossningsdepression” och ”självbiografi” i webbläsaren och fick fram ett begränsat antal sökträffar, ca 7 st. Jag sökte sedan på min hemkommuns biblioteks hemsida fredrikabiblioteken.fi, vilka av dessa böcker som fanns tillgängliga för utlåning och valde sedan ut två av dem efter att ha läst en kort sammanfattning av böckerna. Böckerna ger mig ett bra svar på hur mammorna upplevde tiden med förlossningsdepressionen och vad som hjälpte dem att bli fri från den, alltså har självbiografierna gett mig svar på mina frågeställningar.

Jag hittade inte några bloggar eller självbiografier om förlossningsdepression skrivna på svenska av någon person från Finland. När jag sökte poddar hittade jag en finlandssvensk pod, dock var innehållet i den podden för snäv för att få tillräckliga svar på mina frågor. Det fanns många bloggar skrivna på svenska av personer från Sverige och eftersom jag ville att materialet som jag använder mig utav skall vara på mitt modersmål, så att jag skall få den bästa förståelsen, är alla informanter från Sverige.

5.4 Kvalitativ innehållsanalys

Med kvalitativa studier strävar man efter att återge det bästa möjliga av den kvalitativa variationen, man intresserar sig för det unika och vad som är avvikande. Man vill ta reda på personligheten i något, det betyder att man bestämmer begrepp som används om det undersökta för att göra en indelning. Jag har valt den kvalitativa metoden till min studie eftersom en analys av enskilda bloggar, poddar och självbiografier ger mig svar på vad som är typiska drag för en förlossningsdepression och vad som är unikt vid varje fall (Holme & Solvang 2001, s.79 - 81).

Det som är bra med den kvalitativa forskningsmetoden är att man får en helhetsbild. En helhetsbild ger i sin tur en ökad förståelse för hur olika händelser har ett sammanhang. Det som är negativt med metoden är att det inte går att dra allmänna slutsatser om slutresultatet. Kvalitativa studier är utmärkande för sin bredd och frågeställningarna kan ändras i förhållande till erfarenheter och vetenskap. Det som är bra med kvalitativ studie som metod är

att frågeställningarna kan förbättras under tid för att kunna få en bättre förståelse, men detta kan även ses som en svaghet då analyseringen av informationen blir svårare. (Holme & Solvang 2001, s.79 - 81). En kvalitativ innehållsanalys kan användas när man analyserar textmaterial såsom intervjuer, dagböcker, dokument, observationer och andra texttyper (Henricson 2014 s. 335).

När jag analyserar materialet jag har samlat in till min studie kommer jag använda mig av den empiriska analysformen, vilket betyder att jag kommer att studera och notera det insamlade materialet och sedan låta materialet tala till mig. Sedan väljer jag ut innehåll som beskriver mödrarnas upplevelser om sin förlossningsdepression och därifrån drar jag min slutsats (Henricson 2014, s.37).

När man gör en kvalitativ innehållsanalys bör man ha ett syfte med en fråga, en skiss för studien, en plan för datainsamlingen och en analysform. Innehållsanalysen handlar om att läsa och göra en analys utifrån syftet man har i studien och att välja ut passande texter och skapa lärdom av innehållet i texterna (Henricson 2014, s.339). När man skall göra en innehållsanalys är det nödvändigt att förstå processen för att lyckas. Det som man analyserar kan till exempel vara en person, en grupp eller dagböcker. Området som man skall analysera kallas för domän, det kan vara frågor från en intervjutext där frågorna delas upp i olika områden, dessa områden är alltså domäner. Som underlag för kodning används meningsenheter, meningsenheter består av ord med samma budskap i texten. Kod är samlingsnamn för meningsenhet och fungerar som stöd för att förstå sammanhang i texten. Koderna kan delas upp i grupper och bilda kategorier, kategorierna är koder med liknande betydelse medan teman kan berätta mera ingående om vad kategorierna handlar om. För att då få fram förståeliga teman i texter gäller det att analysera och tolka kategorierna. (Henricson 2014, s.332,333).

När jag valt ut bloggarna, självbiografierna och poddarna började jag analysera dem var för sig, som man enligt Henricson (2017, s.285) kan göra. Under tiden som jag läste bloggarna och självbiografierna och lyssnade på poddarna antecknade jag citat och förklaringar som beskrev mammornas upplevelser på något sätt, sedan sammanställde och sorterade jag upp citaten i ett kategorischema med kategorier och underkategorier. Som kategorier i schemat hade jag *känslor, tankar och funderingar* samt *stöd*. Utifrån dessa kategorier bildades underkategorier eller koder, efter vilka känslor de hade haft. Under kategorin *känslor* bildade *rädsla, oro och ångest* en underkategori, under underkategorin sorterade jag alla citat och förklaringar som informanterna hade beskrivit och berättat om rädsla, oro och ångest. När jag

var klar med en underkategori fortsatte jag på samma vis med nästa underkategori som bildades, exempelvis *sorg och saknad*. Då alla känslor var sorterade fortsatte jag med kategorin *tankar och funderingar* och sorterade tankarna och funderingarna som mammorna beskrivit i underkategorier på samma sätt som med känslorna.

5.5 Etiska överväganden

Under tiden som man skriver sitt examensarbete måste man göra etiska överväganden för att undvika att kränka, utnyttja eller på något sätt såra någon. Ämnet förlossningsdepression, som jag har valt att skriva om kan uppfattas som ett känsligt ämne vilket i sin tur kan leda till att någon, främst informant kan känna sig kränkt eller tar på något annat sätt illa upp. Enligt Henricson (2014), skall information som samlas in bedömas hur känsligt det är, i hurdant sammanhang det används och vad syftet med informationen är och om det kommer att spridas (Henricson 2014 s.72, 79 - 80). Som läsare eller lyssnare till en blogg, podd och självbiografi kan man känna att man gör intrång i författarens privata liv även om materialet finns till att läsa eller lyssna på för vem som helst, alltså är materialet redan utspritt och utgör inget hot mot deras integritet. Även om materialet är tillgängligt för vem som helst kommer jag ändå inte att nämna några namn eftersom man bör visa respekt för människovärdet och skydda människan.

Enligt Henricson (2014) skall man försöka uppnå att skydda personligheten och därför får materialet inte vara kännbart för allmänheten, läsaren skall inte kunna veta vem personen som deltagit i forskningen är. Därför skall jag inte skriva ut några namn på orter där informanten är ifrån eller någon arbetsplats, ifall att några sådana uppgifter förekommer, kommer jag att byta ut namnen på det (Henricson 2014, s. 86 - 87). Enligt Henricson är det också viktigt att studien som man gör har en etisk orsak och att studien har en mening. En central fråga som man kan utgå ifrån är för vem forskningen är av värde och hur? En studie kan vara till nytta för individen, samhället eller en profession (Henricson 2014, s.77). Jag har valt att göra denna studie om mödrars upplevelser av förlossningsdepression för att få en bättre förståelse av hur mödrar upplever en förlossningsdepression samt vad som har hjälpt dem ur depressionen, för att jag själv och kanske andra som vårdare kan hjälpa och förstå den drabbade modern.

För att förebygga vetenskaplig ohederlighet och främja en god forskningspraxis skall en omsorgsfull och noggrann dokumentering och presentation finnas i arbetet. En korrekt källhänvisning är viktig för att respektera tidigare arbeten som gjorts (TENK, 2012).

5.6 Bakgrund till källorna

Jag har analyserat tre olika bloggar, två podavsnitt och två självbiografier som antingen har skrivit eller berättat om sin förlossningsdepression. Kvinnorna är i åldern 27 till 36 år när de skrivit om sin förlossningsdepression i sin blogg, självbiografi eller berättat om den i en pod. Alla kvinnor är från och bor i Sverige. Alla har individuella berättelser och upplevelser men hos vissa av personerna kan man se gemensamma känslor och upplevelser.

En kort beskrivning av källorna som jag har använt mig av:

Blogg nummer 1.

27 år, har ett barn sedan hösten 2017 och drabbades av en förlossningsdepression efter barnets födelse, bloggar om mammalivet, mode och livsstil.

Blogg nummer 2.

30 år, drabbades av en förlossningsdepression sommaren 2017 då hon blev mamma. Bloggar mycket om psykisk ohälsa eftersom hon även lider av bipolär sjukdom och hennes blogg och att skriva handlar mycket om terapi för henne.

Blogg nummer 3.

33 år, blev mamma första gången sommaren 2013 och drabbades av en förlossningsdepression sommaren 2014. Bloggar om familjelivet, fotografering och vänner m.m.

Självbiografi nummer 1.

32 år då hon blir mamma, 37 år då hon skriver boken, då fem år efter att hon blivit mamma och drabbats av en förlossningsdepression.

Självbiografi nummer 2.

En trebarnsmamma som skriver om sina upprepade förlossningsdepressioner, hösten 2004 är hon 29 år, då får hon sitt första barn och drabbas av sin första förlossningsdepression. Våren

2006 får hon sitt andra barn och några månader senare drabbas hon av sin andra förlossningsdepression. På vintern 2009 får hon sitt tredje barn och drabbas nästan genast efter barnets födelse av ännu en tredje förlossningsdepression. Boken ger hon ut 2014.

Podcast nummer 1.

En 36 årig tvåbarnsmamma berättar om sina erfarenheter av förlossningsdepression som gäst i en podcast år 2015. Berättar att hon var i gränzonen eller inte hade någon djup depression efter första barnets födelse men drabbades av en förlossningsdepression år 2013 när hon hade fått sitt andra barn. När podcasten spelades in gick kvinnan på utredning om hon led av bipolär sjukdom.

Podcast nummer 2.

En trebarnsmamma som gästar en podcast för att berätta sina erfarenheter av en förlossningsdepression. Podcasten är inspelad 2014. Det framkommer ingen ålder på kvinnan eller vilket årtal hon drabbades av sin förlossningsdepression men hon hade en förlossningsdepression efter sitt första barns födelse.

6 Resultat

I resultatdelen presenterar jag mammornas upplevelser av en förlossningsdepression enligt kategorier och underkategorier. Kategorierna samt underkategorierna är gjorda efter mammornas upplevelser av tiden med en förlossningsdepression och vad som hjälpte dem att bli fria från depressionen. I berättelserna finns flera likheter, så även olikheter.

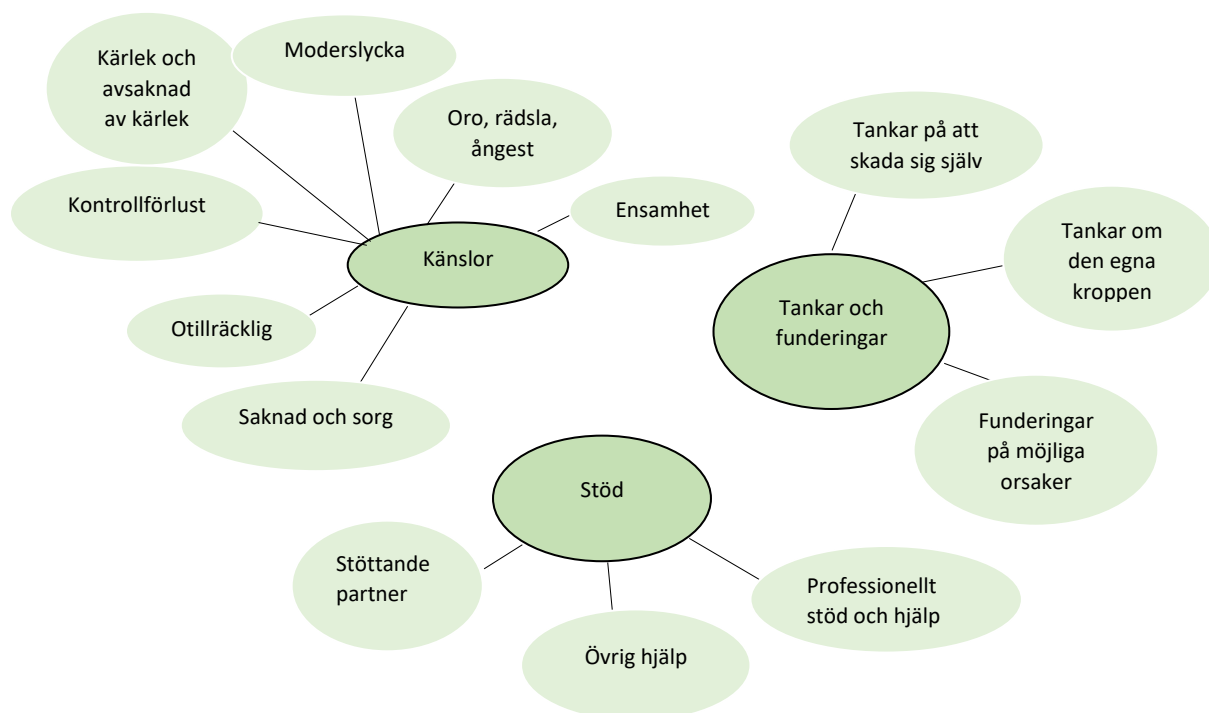


Fig 1. Huvud och underkategorier

6.1 Känslor

Känslorna under tiden som mammorna har lidit av en förlossningsdepression har varit många, flera av mammorna har beskrivit liknande känslor i sina berättelser. Mammorna beskriver allt från att känna kärlek till sitt barn till en rädsla hos sig själva för att tappa kontrollen och skada barnet. I flera av berättelserna beskrivs även en känsla av att vara ovärdig och otillräcklig både som förälder och sambo. En panikkänsla över att vara bunden, en saknad till sitt gamla liv, att sörja det och att kunna acceptera det nya livet som mamma. Rädsla över att relationen till barnet har påverkats på något sätt. Att känna sig ensam med sina problem och avsaknaden av ett socialt nätverk och nära vänner med småbarn men också att känna moderslycka. Underkategorier har bildats från de känslor som mammorna har beskrivit i sina berättelser, **kärlek och avsaknad av kärlek, oro, rädsla och ångest, otillräcklig, kontrollförlust, ensamhet, saknad och sorg samt moderslycka.**

Kärlek och avsaknad av kärlek, att känna stark kärlek till sitt barn är det normala. För några av mammorna har kärleken till barnet kommit direkt efter förlossningen och för andra har det

tagit en tid innan de har känt någon kärlek till sitt barn. Några mammor beskriver också sina känslor när de ännu inte kunde känna någon kärlek till sitt barn.

”Dottern förenar oss, men hon ingår inte i den starka känsla av kärlek och gemenskap som jag känner för min man.” (självbiografi nr.2)

”Jag kände ingen glädje, allt var nattsvart. Jag ville helst att hon skulle sova.” (podcast nr.2)

”Hon störde mitt liv och jag saknade livet med enbart mannen.” (podcast nr.2)

”Jag tror att jag försöker kompensera den förlorade tiden genom att ge mera kärlek till barnet nu.” (blogg nr.1)

”Ingen kärlek kan mäta sig med den här. Livet får en helt ny mening och innebörd som inte går att sätta ord på och man förändras som person. Från stunden då barnet kom gick något sönder inom mig och något annat väcktes till liv.” (blogg nr. 2)

En mamma beskriver att hon tror att hon var en betraktare som speglade sig i glansen av andra människors ögon inför sin dotter, först då kunde hon se på henne med kärleksfulla ögon.

”Jag har speglat mig i glansen av andra människors ögon inför åsynen av min dotter. Först då har jag sett henne för den fantastiska, charmerande lilla person hon är. Ensam med henne såg jag henne inte.” (självbiografi nr.2)

Flera av mammorna som hade en långdragen och smärtsam förlossning som sedan slutade i akut snitt kände endast en lättnad över att förlossningen äntligen var över och kunde inte genast känna någon kärlek till sitt barn.

”Jag kände inga känslor för det nyförlösta barnet, varken glad eller ledsen, bara lättad att det äntligen var över”. (självbiografi nr. 2)

Mammorna beskriver känslan av kärlek till sina barn i sina berättelser, vissa har känt kärlek genast efter förlossningen och andra en tid senare.

Oro, rädsla och ångest är känslor som alla mammorna har beskrivit i sina berättelser. Oro över att ångra barnet eller att göra något fel i skötseln av barnet, ångest över om hon klarar av att ta hand om barnet, ångest över att ha missat mycket under barnets först tid när hon själv led av en förlossningsdepression. Rädsla över att skada barnet eller göra något annat dumt Rädsla för att inte bli kvitt depressionen eller att drabbas av en förlossningsdepression igen.

”Solen skiner från en klart blå himmel, vattnet glittrar och i vagnen ligger vårt perfekta lilla barn. På fotot syns förstås bara barnvagnens uppfällda sufflett. Det ser fantastiskt ut. Men inne i mig härjar redan ångesten fritt. Denna stora oro som tagit över hela mitt sinne och gör mig liten, alltför liten och orkeslös för att riktigt kunna ta mig an denna nya ansvarsfulla roll jag fått. Att vara någons mamma.” (självbiografi nr.2)

”Jag får fortfarande ångest över att se bilder från sjukhuset efter förlossningen”. (blogg nr.1)

”Ångesten dämpas tillfälligt vid handarbete men hjärnan vilar aldrig.” (självbiografi nr.2)

”Jag tolkar allt som ångest just nu och blir lamslagen av rädsla oavsett vad det är jag känner.” (blogg nr. 2)

Rädslan över att skada barnet blev hos en av mammorna så stor att hon inte längre vågade lita på sig själv även om hon innerst inne visste att hon inte skulle kunna skada sitt barn.

”Jag vågade inte lägga ner honom i sin säng eftersom jag var så rädd att jag skulle ha skadat honom så jag ville känna och höra hans andetag hela tiden. Att senare vakna med sådan stor ångest och sedan se barnet le mot mig som om ingenting hade hänt, att han är så förlåtande och älskar mig så högt, den känslan är så svår att förklara och jag gråter bara jag tänker på det.” (blogg nr. 3)

”Jag isolerade mig hemma eftersom jag var så rädd att barnet skulle vakna och vara otröstligt när vi var bland folk.” (podcast nr.2)

En rädsla hos sig själva över att skada barnet kunde bli så stor att mammorna inte längre vågade lita på sig själva även om de innerst inne visste att de inte skulle kunna skada sitt barn. Hos flera av mammorna var det denna rädslan som fick dem att söka hjälp.

Mammorna har också beskrivit en rädsla att någon skulle komma och ta barnet ifrån dem i samma stund som de berättade om sitt mående till någon och att de hade en rädsla för att bli dömda som mamma och människa, rädslan ledde till att mammorna förnekade och trängde undan sin egen hälsa under en längre tid. Mammorna kände sig oroliga att vara ensam hemma med barnet under tiden som partnern skulle jobba.

”Jag var orolig över i princip allt, men det gick att leva ändå. När jag senare fick hjälp och inte var lika orolig över allt längre hade jag mera tid att vara lycklig.” (podcast nr.2)

Kontrollförlust kom fram i flera av berättelserna. Bland annat genom att förlora kontrollen och inte vara kapabel att ta hand om sitt eget barn, att förlora kontrollen och ropa med barnet och vara extra hårdhänt när mamman själv är trött och irriterad. En vilja av att hitta kontrollen igen men inte veta hur kom också fram i berättelserna.

”Jag vill känna mig i kontroll igen och jag hittar inte någon lösning.” (blogg nr.2)

”Jag kände att jag tappade kontrollen mer och mer, nätterna blev värre och värre, tålamodet kortare och kortare. Jag skrek och svor åt barnet och rädslan över att göra barnet illa blev så stor att jag inte längre litade på mig själv, även fast jag innerst inne visste att jag inte skulle kunna skada mitt barn.” (blogg nr.3)

”Jag får inte tappa kontrollen.” (självbiografi nr.1)

När barnet är extra skrikigt och mamman är trött kan hon bli riktigt arg och ropar till barnet och är extra hårdhänt, när detta har lugnat ner sig blir hon ledsen och känner sig som en dålig mamma.

Upplevelser av att vara rädd för vad man skall känna om man stannar upp och känner efter och att inte kunna hantera dessa känslor och tolka dem korrekt. En mamma beskriver det som att hon försökte hålla sig sysselsatt hela tiden för att slippa känna efter vad hon egentligen kände. Hon tolkar alla sina känslor såsom hunger, illamående, ångest eller behov av att gå på wc som ångest och beskriver sina känslor som elaka och obalanserade, hon beskriver också en vilja att hitta tillbaka till kontrollen men vet inte hur hon ska göra det.

En mamma beskriver det som att det inte var hon som var där mitt i stundens hetta om nätterna, mitt i önskan om att bara få sova. Kändes där och då som ”ett rent helvete” att vara mamma men att de tog sig igenom nätterna varje gång, många nätter gråtandes med ett barn tätt intill, med känslor som att vara världens sämsta mamma som inte kan ge trygghet till barnet när han behöver det som mest. Hon beskriver att hon skakade sitt barn i en kort sekund som blev till en evighet och i samma sekund kom hon på sig själv och stoppade sig själv,

efteråt höll hon barnet tätt intill sig och grät och kände rädsla över att ha skadat barnet och önskade att han skulle få en annan mamma, någon som inte tappade humöret när han inte sov.

En mamma beskriver att hon bygger upp ilska och fräser onödiga saker till partnern, bygger upp ett aggressivt beteende och känner sig som ett svart odjur, får skuld känslor över elaka saker som hon gör och säger och funderar hur hon kan tillåta sig själv att vara elak mot dem hon älskar mest.

”Hur kan jag tillåta mig själv att vara elak mot dem jag älskar mest?” (självbiografi nr.1)

Otillräcklig, alla mammor kände sig otillräckliga någon gång under tiden som förlossningsdepressionen pågick, vissa som en otillräcklig sambo, andra som en otillräcklig mamma till sitt barn och någon både ock.

”På kvällen när de sover kommer mitt inre svarta odjur krypande och talar om för mig hur usel jag är.” (självbiografi nr.1)

”Det är så svårt att vara en bra mamma när alla andra är så mycket bättre.” (blogg nr.1)

”Jag såg på barnet och såg det vackraste jag någonsin sett och samtidigt tänkte jag att han förtjänar mer. Jag kommer aldrig vara en värdig mamma åt honom.” (blogg nr.2)

Mammorna beskriver det som att känna sig isolerad hemma men inte vilja gå ut ensam med barnet på grund av känslan av att vara en otillräcklig mamma och inte kunna ta hand om barnet själv. Känsla av att vara misslyckad och otillräcklig i parrelationen. Mammorna upplevde också att de inte var tillräckliga och att de var en ovärdig mamma för sina barn om amningen inte fungerade.

”Jag kände mig oduglig som mor när amningen inte fungerade.” (podcast nr.1)

En av mammorna upplever sig som otillräcklig och värdelös när hon inte kan trösta sitt skrikande barn och beskyller sig själv för barnets gråt. Hon upplever också en känsla av att

vara otillräcklig för att inte ha gett barnet tillräckligt med närhet och inte jobbat tillräckligt med anknytningen mellan dem under tiden som hon led av sin förlossningsdepression.

”Känslan att inte kunna trösta sin gallskrikande bebis som klöser med händerna runt halsen av smärta, medan jag själv gråter är verkligen något jag inte önskar någon för det är så otroligt jobbigt.” (blogg nr.1)

Saknad och sorg är känslor som nyblivna föräldrar kan känna för det liv de hade innan barnet kom till världen. Att sakna det liv som de hade innan barnets födelse och att sedan sörja att den tiden i livet är över, men att även kunna acceptera och älska sitt nya liv är något som mammorna har upplevt och beskrivit i sina berättelser.

”Jag saknade livet med enbart mannen” (podcast nr.2)

”Jag längtar efter långa promenader. Just motion och avsaknad av fysisk aktivitet är det jag saknar mest, det blir inga långa barnvagnspromenader som jag föreställt mig.” (självbiografi nr.2)

”Jag borde vara glad, men jag sörjer mitt gamla liv.” (självbiografi nr.2)

”Detta är mitt liv nu. Det gamla får jag aldrig tillbaka. Jag måste acceptera det för att gå vidare.” (självbiografi nr.2)

”Avsaknad av grundtrygghet i att ha en mamma i en omvälvande period av livet. En person att kunna fråga om stort och smått helt utan förbehåll.” (självbiografi nr.2)

”Jag vill bara vara mig själv.” (självbiografi nr.1)

”Det känns som om jag sörjer mitt gamla liv mer än vad jag njuter av mitt nya.” (blogg nr.1)

Mammorna beskriver en sorg över att livet innan de fick barn är över, livet med enbart mannen. Sorg över att inte kunna vara spontan, att vara bunden och förpliktigad att ta hand om barnet. Saknaden av fysisk aktivitet, arbete och sömn. Känslor av att inte vara sig själva och saknaden efter sig själv

Ensamhet är också en känsla som var vanlig hos mammorna att uppleva. Några upplevde att de var isolerade i sina hem, att de var ensamma att ta hand om barnet trots att partnern också fanns där eller att de inte tillhörde något sammanhang. Även känslor som att inte längre ha en tillhörighet till livet som sker utanför hemmet kom fram i någon berättelse. Någon av mammorna upplevde att hon inte orkade prata om sina problem med någon vilket fick henne att känna sig ensam med sina problem.

”Jag ockuperas av den stora tomheten, eller snarare så känner jag ingenting alls.”
(självbiografi nr.1)

”Jag orkar inte prata med någon om att jag mår dåligt.” (självbiografi nr.1)

”Friheten finns fortfarande därute, andra har tillgång till den, till sommaren, till solen och vattnet som glittrar inbjudande. Men jag är inte längre en del av detta.” (självbiografi nr.2)

”Min inre röst ekar tom och öde. Dagarna är oändliga.” (självbiografi nr.1)

När mammorna kommer ut och träffar andra människor genom olika aktiviteter, till exempel en promenad eller en förmiddag på en öppen förskola, får de en känsla av att de tillhör ett sammanhang. Mammorna beskriver att de har känt sig isolerade hemma och upplevt hemmet som ett fängelse eller ett arbetsläger, att de varit ensamma med ansvaret att ta hand om barnet och hushållet, att det har varit ensamt och trist att vara hemma med barnet själv.

Att inte ha någon nära vän med småbarn att prata om sina känslor med, som vet hur situationen kan se ut och förstår, eller att inte våga eller inte orka prata med någon om sina känslor har fått mammorna att känna sig ensamma med sina problem.

Moderslycka, även om det mestadels varit negativa tankar under förlossningsdepressionen beskriver mammorna också stunder av moderslycka. När de fått hjälp för sin förlossningsdepression och känner att de börjar må bättre, känner mammorna att de ljusa stunderna blir fler och fler.

”Jag upplever inte stressen på samma sätt längre och kan koncentrera mig på en sak i taget, jag blir inte lika irriterad som förut och kan vara en rolig, peppad och framför allt en närvarande mamma till mitt barn.” (blogg nr.1)

”En lättare ångestdimma svepte över mig nu på morgonen, barnet har hållit mig vaken och jag är fruktansvärt trött, men jag älskar mitt barn så vansinnigt mycket” (blogg nr.2)

”Vi sitter hemma i soffan barnet och jag. Hon kommer att somna snart, mätt och nöjd vid mitt bröst. Hon tittar upp och ler mot mig. Jag är en bra mamma!” (självbiografi nr.1)

”Tillvaron känns ännu tung, men samtidigt ökar tiden och de tillfällena som jag mår bättre och kan känna glädje.” (självbiografi nr.2)

”Det finns såklart ljusa stunder, då lägger sig ett stilla lugn i min mage, kroppen blir avslappnad och huvudet känns lätt på samma gång, när jag tänker att det ändå inte är så dumt det här. Men dessa ögonblick är flyktiga, de varar i några sekunder bara. Som en stilla aha-upplevelse.” (Självbiografi nr.2)

Efter förlossningsdepressionen kan mammorna se tillbaka på den jobbiga tiden och inse att det även fanns ljusa stunder i den annars tunga tillvaron. För de mammor där amningen har fungerat har den upplevts som en lycka och en mental paus i vardagen, amningen beskrivs också som en känsla av samhörighet till sitt barn.

6.2 Tankar och funderingar under tiden med förlossningsdepression

Under tiden som mamman lider av en förlossningsdepression har hon tänkt olika tankar och haft olika funderingar. Många har haft tankar om sin egen kropp, att den inte duger som den är och att den svikit henne när hon behövt den som mest, men även respektfulla tankar om kroppen har kommit fram. Tankar på att skada sig själva och till och med tankar om att ta sitt eget liv har kommit fram i nästan alla berättelser. Några av mammorna har också funderat på olika orsaker som kan ha bidragit till att just hon drabbades av depressionen efter barnets födelse. ***Tankar om kroppen, tankar på att skada sig själv och funderingar på möjliga orsaker varför hon drabbades av en förlossningsdepression***, dessa tankar och funderingar har bildat underkategorier.

Tankar om kroppen är något som kommit fram upprepade gånger i berättelserna. Kroppen förändras naturligt efter en graviditet, förlossning och amning. Magen och bröstet kan bli

större och ändra form och det kan vara svårt att gå ner till samma vikt som man hade innan graviditeten.

”Jag tycker inte om min kropp som den ser ut nu, efter förlossningen” (blogg nr.1)

”Hur ska man förklara något som är så otroligt invecklat att man knappt förstår det själv?” (blogg nr.2)

”Jag äter för mycket och småäter hela tiden.” (självbiografi nr.2)

”Jag känner stor respekt för min kropp, för allt vad den har klarat av.” (självbiografi nr.1)

Mammorna kunde tänka att kroppen svek henne om förlossningen hade varit långdragen och smärtsam och slutat med akut snitt. Tankar om att hon aldrig borde ha skaffat barn när hon inte kunde amma längre då hon behövde äta medicin för sitt mående, tankar om misslyckande. Ett osunt ätande ledde till viktuppgång som i sin tur ledde till en besvikelse på sig själv. Även respektfulla tankar till kroppen för allt den klarat av, en graviditet, förlossning och att ge mat till barnet.

Tankar på att skada sig själv var tankar som samtliga mammor hade. Oftast var det tanken på att det vore bättre om hon själv var död, eftersom att barnet då skulle få en annan mamma.

”Jag förstod inte att det inte skulle kännas så, jag tänkte att det är väl så här det skall kännas.” (podcast nr.2)

”Jag ville bara försvinna och hade tankar på att skada mig själv.” (podcast nr.1)

”Det bästa vore egentligen om jag bara vore död, det finns så många runt honom som kommer kunna älska honom och ta hand om honom. Jag får helt enkelt skriva ett brev och förklara att det inte beror på honom, man kan ju inte växa upp med en mamma med ångestproblematik och bipolär diagnos, tänkte jag. Nej han förtjänar bättre.” (blogg nr.2)

”Nu sitter jag alltså här och tänker att jag vill dö.” (blogg nr.2)

”Tanken på att ta livet av mig har dykt upp, jag har övervägt och förkastat denna lösning på mina själsliga problem.” (självbiografi nr.2)

”Ganska snabbt kommer jag fram till att det är bäst att lämna allt, enkelt. Så blir de av med mig. Alla kommer må så mycket bättre utan mig. Jag ser två alternativ. Antingen smyger jag ut på natten och dränker mig, eller så tar jag ett rakblad någon dag när jag är ensam hemma.” (självbiografi nr.1)

Mammorna hade alltså tankar på att deras barn förtjänade en bättre mamma och hade tänkt tanken att skada sig själv på något sätt eller att ta livet av sig. Det var ofta dessa tankar som fick mammorna att fundera om det som de kände verkligen är normalt och sedan sökte hjälp.

Funderingar på orsaker, mammorna har funderat på vilka orsaker som kan ha lett till att de drabbades av en förlossningsdepression. Någon har funderat över om det är på grund av sin personlighet, en annan av en bakomliggande obearbetad sorg. Flera nämner att livet med barn inte alls var så som de hade föreställt sig att det skulle vara.

”Jag hade svårt att acceptera tillståndet och vara snäll mot mig själv.” (självbiografi nr.1)

”Förlossningen blev inte alls som jag hade föreställt mig och kroppen minns ännu smärtan alltför tydligt.” (självbiografi nr.2)

”Med viss distans till tiden med depressionen har jag naturligtvis funderat över faktorerna som sammantaget kan ha orsakat den. En del i svaret ligger nog i min oroliga personlighet som jag får lära mig att leva med. Jag har också en hög ambitionsnivå och ställer stora krav, inte bara på mig själv utan ibland även på min omgivning. Jag vill ibland styra saker som jag inte har möjlighet att påverka och det kan få mig att känna stor frustration.” (självbiografi nr.2)

”Jag hade så många visioner och bilder av hur mitt liv skulle bli som förälder, och de var samtliga i rosa skimmer och glitter” (blogg nr.2)

Att ha förväntningar på hur livet kommer att se ut när man har fått barn och sedan uppleva att livet inte blev som förväntat fick mammorna att känna besvikelse. Att ha höga förväntningar på sig själv och omgivningen men inte kunna styra dem kunde få mammorna att känna frustration. I berättelserna beskrevs även tidigare erfarenheter av ångest och depressioner. Mammorna funderade om dessa faktorer kunde ha påverkat dem och varit en bidragande orsak till att just de drabbades.

6.3 Stöd och hjälp

Alla mammor har upplevt att de behövt professionellt stöd för att tillfriskna från sin förlossningsdepression. Stöd från partner samt vänner har också beskrivits som viktigt i tillfriskningsprocessen. Några av mammorna har haft hjälp av medicinering och samtal med psykolog eller terapeut. ECT-behandling (en behandlingsform där hjärnan stimuleras av korta elpulser, ECT används vid framför allt djupa depressioner eller om suicidrisken är hög) och avdelningsvård hjälpte hos en av mammorna. Det finns även övriga faktorer som spelat roll för tillfriskningen. Utifrån dessa upplevelser har underkategorierna *professionellt stöd*, *stöd från partner* samt *övriga faktorer* bildats.

Professionellt stöd, alla mammor har beskrivit i sina berättelser att de haft hjälp av professionellt stöd, från mödra,-och barnrådgivningen, öppna psykiatrin, avdelningsvården samt hjälp av medicinering och ECT-behandlingar.

”Jag gick hos psykolog på bvc.” (podcast nr.1)

”Jag fick hjälp två och ett halvt år senare av en specialist inom kontakten mamma-barn, detta har hjälpt mig mycket.” (podcast nr.2)

”Jag har fått hjälp av psykolog, först varje vecka, sedan varannan vecka i totalt ett år och två månader. Jag behövde hjälp med att bearbeta och börja om och att sätta ord på förbjudna känslor.” (podcast nr.2)

”Jag har tagit kontakt med en terapeut för mina aggressionsutbrott mot barnet, jag tror att mitt dåliga samvete kommer att följa med mig resten av livet om jag inte får ventilera händelserna med någon som kan hjälpa mig på ett djupare plan.” (blogg nr.1)

”Jag går hos psykolog 1 gång i veckan, det som för mig tagit 9 månader att förstå tog för henne 2 timmar.” (blogg nr.3)

”Jag går regelbundet till psykolog inom öppna vården och får hjälp att sortera bland känslor och farhågor.” (självbiografi nr.1)

”Motvilligt petar jag i mig de små vita pillren som ska göra mig mer tålmodig och mindre känslig i livet.” (självbiografi nr.1)

”Terapi har blivit en tillflykt och ett stort stöd.” (självbiografi nr.2)

”Jag har haft tur med medicineringen som fungerar för mig.” (självbiografi nr.2)

Det kan upplevas som svårt att veta när man ska söka hjälp från någon professionell då man inte känner igen sig i det värsta scenariot. Mammorna har upplevt ett stort stöd av den professionella hjälpen. I berättelserna kommer det fram att mammorna haft nytta av samtal hos psykolog eller terapeut, de har då fått hjälp att sortera och sätta ord på sina känslor. Medicin upplevs ofta som positivt hos mammorna och medicinen har fått dem att känna att de är på bättringsvägen. För flera av mammorna har det räckt med samtal men för vissa har kombinationen av samtal och läkemedel lett till en förbättring. När förbättringen sker har det beskrivits som att ett inre odjur långsamt suddas bort och man blir fri och ljus, tilltron till sig själv kommer tillbaka, det blir lättare att andas och tankarna blir klarare, det logiska tänkandet återvänder och man ser saker i sitt sammanhang.

”Det svarta inre odjuret suddas långsamt bort från mitt inre och jag blir fri och ljus. Tilltron till mig själv kommer tillbaka.” (självbiografi nr.1)

Stöd från partnern

Att känna stöd av sin partner har beskrivits som viktigt under tiden med förlossningsdepressionen men även under tillfriskningsprocessen. Stöd från partnern kan ge en känsla av trygghet och acceptans och att mamman inte är ensam med ansvaret för barnet. De nyblivna föräldrarna kan känna sig trötta vilket kan leda till irritation och konflikter partnerna emellan, som i sin tur kan leda till en känsla av värdelöshet hos båda två.

”Min sambo ger mig ett stort stöd” (blogg nr.1)

”Vi är bra tillsammans, vi kämpar ihop för att få det att fungera och tar en dag i taget.” (självbiografi nr.1)

”På kvällarna gråter jag framför tv. Vi sitter tätt tillsammans i soffan. Sambon och jag, han är min stora trygghet. Och jag gråter.” (självbiografi nr.2)

”Jag känner mig arg och fräser onödiga saker till min sambo, bygger upp ett aggressivt beteende, vilket gör att jag får dåligt samvete och självförtroendet bleknar och byts mot uppgivenhet.” (självbiografi nr.1)

Övriga faktorer

Stödet av andra mammor eller vänner som man trivs med har hos mammorna beskrivits som en betydande del i tillfriskningen, att få bekräftelse och kärlek från personer som man känner och tycker om. Egentid och att ta hand om sig själv har upplevts viktigt för att må bättre. Att skapa rutiner i vardagen. Avlastning, frisk luft, motion och en balanserad kost är också faktorer som beskrivits spelat roll för måendet.

”Det som har hjälpt mig är att få komma ut och vara mig själv och inte enbart 100% mamma. Vi behöver göra lite av det vi mår bra av för att kunna tanka på och ge vidare till våra små avkommor.” (blogg nr.1)

”Det har varit viktigt för mig att visa mig sårbar utåt. Det har visat en ny värld av ödmjukhet och omtanke.” (blogg nr. 2)

”Det känns väldigt hemskt att säga men att få komma iväg och bara vara mig själv en stund är befriande, det ger mig kraft och jag kan känna att jag saknar mitt barn och vill leka med honom, vilket jag inte gör när jag är hemma.” (blogg nr.3)

”Det är till mångt och mycket i er jag hittat kraften och hittat tillbaka upp ovanför ytan.” (blogg nr.2)

”Jag klarar av vardagen med 3 barn! Hur kan allt plötsligt kännas så självklart? Så lätt, så rätt.” (självbiografi nr.1)

7 Resultatdiskussion

Syftet i min studie var att få en förståelse för hur mammorna upplevde tiden med förlossningsdepressionen. Frågeställningar som jag hade var 1. Hur upplevde mammorna tiden med förlossningsdepressionen och 2. Vad hjälpte mammorna att bli fri från förlossningsdepressionen. I detta kapitel kommer jag att tolka hur mammorna upplever sin förlossningsdepression och vad som hjälpte dem att bli fri från depressionen. I tolkningen kommer jag att utgå från bakgrunden som jag tidigare valt samt Becks vårdteori (1993) om postpartum depression, jag kommer också att jämföra mammornas upplevelser med dem för att se om det finns något sammanhang. Underkategorier som jag har delat upp tolkningen i är:

upplevelse av ensamhet, upplevelse av rädsla, upplevelse av lidande, upplevelse av påverkan på relationer till partner och barn och upplevelse av förbättring.

Upplevelse av ensamhet. Informanternas upplevelser av ensamhet beskrevs som att vara ensam med mycket ansvar och att känna sig isolerad i sitt eget hem. Även om informanterna beskrev en känsla av ensamhet, saknade de att ha tid helt för sig själv. Socialt stöd beskrevs av Dennis och Moloney (2009) som viktigt, att det sociala stödet håller borta negativa effekter av stressande händelser hos människan, även Edhborg och Friberg (2014) menade i sin studie att avsaknad av tillräckligt socialt stöd ökar risken för att bland annat drabbas av depression, stress, låg självkänsla och utmattning. I studien som Pierre m.fl (2007) gjort, menar de att ett bristfälligt socialt stöd och uteblivet stöd från familj och vänner är en riskfaktor för att drabbas av en förlossningsdepression.

Beck beskriver i sin omvårdnadsteori (1993) centrala begrepp, där socialt stöd även kommer fram och hon menar att avsaknaden av ett socialt stöd kan vara en riskfaktor för att drabbas av en förlossningsdepression. Beck menar också att kvinnorna kan isolera sig allt mer från omgivningen och känna sig utanför och ensamma och uppleva att ingen förstår dem.

Upplevelse av rädsla. Informanterna beskrev att de kände rädsla under tiden med förlossningsdepressionen, rädsla att tappa kontrollen och skada barnet, rädsla över att göra något fel i skötseln av barnet, rädsla för att inte bli fri från depression eller att drabbas igen och rädsla för att bli dömd som människa och mamma, rädsla för att misslyckas och att känna skuld och skam. Även en rädsla för att ta sitt eget liv eller att skada sig själva beskrev informanterna. Beck (1993) menar i sin teori att kvinnorna kan känna en rädsla över att andra personer skall tycka att de är en dålig mamma vilket leder till att kvinnan isolerar sig i större utsträckning och inte vågar söka hjälp.

Upplevelse av lidande. Informanterna beskrev upplevelser om att tappa kontrollen, att ha självmordstankar och att inte känna igen sig själva i sitt beteende med all irritation och frustration och att de inte vågade lita på sig själva. De upplevde också att de inte var närvarande utan skötte om barnet på rutin och utan någon omtanke. Informanterna upplevde även en sorg över att livet innan barnet var över och att livet med barn var tungt och jobbigt. I Dennis och Moloneys studie (2009) framkom det att mödrarna som led av

förlossningsdepression upplevde att de förlorade sig själva och att livet var jobbigt, studien som Edhborg och Friberg (2014) gjort understöder detta. Känslomässig instabilitet, mental förvirring, känsla att förlora sig själv, skuld och skam samt tankar på självmord eller att skada sig själv kan ses som symtom på förlossningsdepression enligt Beck (1993) (Maeve, 2014 s.675 – 677).

Känslan att förlora kontrollen utgör hela grunden för teorin och enligt Beck (1993) kan den delas in i en process med fyra steg. Första steget i processen är att möta skräcken, kvinnorna drabbas oväntat av förlossningsdepression och kan känna sig instängda i ett mörkt utrymme utan utväg. Mötet med skräcken karakteriseras av tre olika tillstånd, dessa tillstånd är kraftiga ångestattacker, grymma tvångstankar och en omslutande dimma. Beck menar att processens andra steg kan skapa en överklighetskänsla hos den drabbade, överklighetskänslan blir tydlig när varken kvinnan själv eller hennes partner känner igen henne och hon kan isolera sig från omgivningen och ha tankar på att skada sig själv. (Maeve, 2014 s.675-677).

Upplevelse av påverkan på relationerna till partner och barn. Informanterna upplevde att förlossningsdepressionen hade en påverkan på relationen till partnern och barnet på ett negativt sätt, genom aggressioner och irritation, minskad närhet och värme mellan partnerna och genom att påverka anknytningen till barnet. I studien som Lilja, Edhborg och Nissen (2012) framkom det att kvinnor som led av symtom på depression visade mindre närhet, förtroende och värme till partnern och barnet. I Becks omvårdnadsteori (1993) beskrivs det att kvinnans partner kan ha svårt att känna igen henne på grund av en överklighetskänsla.

Upplevelse av tillfrisknande. Under upplevelse av förbättring uppgav informanterna upplevelser som att vara ljus och fri, att känna riktig glädje igen. Faktorer som informanterna upplevde som lättande var att få tid för sig själv för att orka vara en bra mamma samt stöd av andra mammor som förstår. Mammorna upplevde också professionellt stöd som lindrande, genom psykologsamtal, medicinering och avdelningsvård för att få hjälp med att sortera och lägga ord på förbjudna känslor och hitta tillbaka till sig själv. Enligt Dennis och Moloneys studie (2009) var första steget för att övervinna en förlossningsdepression, att ha viljan att vara mamma. I Becks omvårdnadsteori (1993) är det tredje steget i processen på att återfå kontrollen och bli fri från sin förlossningsdepression. Processen kännetecknas av en kamp om överlevnad, kvinnorna använder sig av tre olika strategier för att klara sig. En strategi kan

vara att kämpa emot systemet när de söker professionell hjälp för att få rätt behandling, samtliga av mina informanter har upplevt en stor hjälp av ett professionellt stöd.

8 Metoddiskussion

I metoddiskussionen skall kvaliteten av examensarbetet diskuteras, det är viktigt att nämna såväl svagheter som styrkor. Även tips på eventuella fortsatta studier inom området kan nämnas (Henricson 2015 s.472,473). Jag analyserade 3 bloggar och 2 självbiografier där författaren hade lidit av en förlossningsdepression och berättat öppet om tiden med depressionen, jag analyserade även 2 podavsnitt där 2 olika mammor berättade om sina upplevelser av förlossningsdepressionen. Det har varit lätt att hitta källor där en mamma berättar om sin förlossningsdepression i en blogg, självbiografi och podcast. Jag skulle gärna ha analyserat finlandssvenska källor men tyvärr hittade jag inte några sådana med tillräcklig information så att jag skulle ha fått svar på mina frågeställningar. Eftersom det är mitt första examensarbete hade jag ingen aning om hur länge det skulle ta att genomföra det, detta har lett till en stress hos mig själv vilket jag hoppas inte skall synas i studien.

Jag anser att antalet källor vars berättelser jag analyserat var lämpligt, jag tyckte att materialet som jag fick till studien blev tillräcklig och att jag kunde ge varje berättelse den tid som det behövdes för att få en noggrann analys. Om jag skulle göra en ny studie om samma ämne skulle jag dock välja att använda enbart en typ av källa, till exempel bloggar, eftersom det trots allt tog sin tid att söka ut och läsa genom olika källor för att hitta lämpliga bloggar, poddar och självbiografier. Informanterna som skrivit bloggarna har skrivit sina upplevelser, tankar och känslor under tiden som de led av en förlossningsdepression medan informanterna i poddarna och självbiografierna har berättat och skrivit sina upplevelser med viss distans till tiden med förlossningsdepressionen, detta kan eventuellt ha en påverkan på resultatet. En av informanterna led av bipolär sjukdom och en annan var på utredning om hon led av bipolär sjukdom, detta kan ha påverkan på upplevelserna som de berättat eftersom tankarna och känslorna kan vara en del av den bipolära sjukdomen men även förlossningsdepressionen.

Syftet med min studie var att få en ökad förståelse hur mammor upplever tiden med en förlossningsdepression, därför valde jag att använda mig av kvalitativ metod. Jag anser att

metoden har varit ändamålsenlig i min studie eftersom jag har fått med olika mammors upplevelser och en inblick i hur de har upplevt tiden med förlossningsdepressionen. Som teoretisk utgångspunkt har jag använt mig av Becks omvårdnadsteori om postpartum depression, vilken har passat mycket väl till denna studie.

Jag har försökt använda mig av ett enkelt språk och göra studien överskådlig för läsaren och hoppas att jag har lyckats. Upplevelserna hade många likheter med varandra men även enskilda upplevelser, detta kan påverka resultatet och eventuellt ge orättvisa. Med examensarbetet jag har gjort har jag försökt att öka förståelsen och kunskapen om hur mammor kan uppleva sin förlossningsdepression samt vad som hjälpte dem att bli kvitt den och känna glädje och lycka igen.

9 Slutsats

Tack vare arbetet har jag fått ökad förståelse för hur mammorna upplevt tiden med förlossningsdepressionen och vad man som vårdare och medmänniska kan tänka på om man kommer i kontakt med en mamma som lider av en depression efter barnets födelse. Att berätta att hon inte alls är ensam i sina tankar och att hon räcker till precis som hon är. Att fråga om måendet och visa sig tillgänglig. Att inte döma henne eller på något sätt förminska hennes tankar och känslor. Att förklara att bebistiden inte alls behöver vara så underbar som man har föreställt sig men också förklara att förlossningsdepressionen är övergående och att många drabbas. En mamma beskrev att hon hade många bilder och visioner om hur det skulle bli att vara mamma och samtliga var i rosa skimmer och glitter, en myt som tyvärr ännu lever kvar. Detta arbete kunde komma till nytta till exempel för vårdare och andra som på något sätt kommer i kontakt med mammor som lider av förlossningsdepression, till exempel vänner och anhöriga till mamman, för att få en ökad förståelse om vilka tankar, upplevelser, känslor och funderingar som mamman kan lida av och vad som kan vara till hjälp och vad man som kompis eller anhörig kan bidra med. Som förslag på fortsatt studie inom ämnet kunde till exempel vara att intervjua hur män har upplevt tiden då deras kvinnor lidit av en förlossningsdepression.

10. 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*, 17(3), s.408-410.

Allgulander, C., 2005. *Klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Beck, C.T., 1993. *Teetering on the Edge: A Substantive Theory Of Postpartum Depression*. *Nursing Research*, 42(1), s. 42–48.

Brudal L., 1985. *Födandets psykologi*. Lärobok i förebyggande arbete. Vällingby: Offset-Tryck AB.

Cathy M.St Pierre., Christine E. Lynn., 2007. *The taboo of motherhood: postpartum depression*. *International journal for human caring*, 11(2), s.23.

Dennis T.R., Moloney M.F., 2009. *Surviving postpartum depression and choosing to be a mother*. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 9(4), s-6-9.

Duodecim (u.å) *F53.0 Muualla luokittamattomat lapsivuodeajan lievät mielenterveys- ja käytöshäiriöt*. ICD-10 <https://www.terveysportti.fi> (hämtat 23.10.2018)

Edhborg, M., Friberg, M., 2014. *Att bli mamma i skuggan av postpartum depression transitionsteoretiskt perspektiv*. *Vård i Norden*, 34(1), s.1.

Henricson, M., 2014. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., 2015. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: studentlitteratur.

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

Janouch K., 2008. *Föda barn, timmarna du aldrig glömmet*. Stockholm: Lyth & Co AB.

Klemetti, R. & Hakulinen- Viitanen, T., 2013. *Handbok för mödrarådgivningen*. (online) https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf (hämtat 23.10.2018).

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T., 2015. *Handbok för mödrarådgivningen*. (online) https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126655/2015_THL_OPA040_web.pdf?sequence=3 (Hämtat 23.10.2018).

Lilja G., Edborgh M., Nissen E., 2012. *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. 26(2), s. 245-253.

Maeve, M.K., 2014. Postpartum Depression Theory. in: M. Alligood ed. *Nursing theorists and their work*. United states of America: Elsevier Health Sciences.

Mccall-Hosenfeld. J., S. Phiri. K., Schaefer. E., Zhu. J., Kjerulff. K., 2016. *Trajectories of Depressive Symptoms Throughout the Peri-and Postpartum Period: Results from the first Baby Study*. Journal of Women's health, 25(11), s.1117.

Mitra. M., Iezzoni. L., Zhang. J., M. Long-Bellil. L., C. Smeltzer.C., Bruce A. Barton., 2015. *Prevalence and Risk Factors for Postpartum Depression Symptoms Among Women with Disabilities*. Maternal and Child Health Journal. 19(2), s. 368-370.

Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen, T. & Laatikainen, T., 2018. *Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen & inom skolhälsovården*. Handbook 31., THL. (online) http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136234/URN_ISBN_978-952-343-066-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y (hämtat 27.10.2019).

Papparádgivning i Vasa (u.å). (Online) <https://www.vaasa.fi/sv/tjanster/papparadgivning> (hämtat 15.02.2019).

Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda, 2018. (online) <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/foderskor-forlossningar-och-nyfodda/perinatalstatistik-foderskor-forlossningar-och-nyfodda> (hämtat 22.10.2018)

Psykisk ohälsa (u.å). (online) <https://www.mielenterveysseura.fi/sv/f%C3%B6rstasidan/psykisk-h%C3%A4lsa/psykisk-oh%C3%A4lsa> (hämtat 25.10.2018).

Ringdahl, O., 2011. Reportage: *Bloggen – ett redskap vid sjukdom*. (Online) <https://www.vardpassagen.se/reportage-bloggen-ett-redskap-vid-sjukdom-2/> (Hämtat: 24.8.2019).

Sariola, A-P., Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T. & Tiitinen, A., 2014. *Odottavan äidin käsikirja*. Tietokirja. Helsinki: Duodecim.

Sjögren, B., 2005. *Psykosocial obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

Söderberg L., 1999. *Mammapraktika: graviditeten vecka för vecka*. Stockholm: B. Wahlströms förlag

TENK *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland 2012*. (Online) https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (Hämtad 27.10.2019)

Vad är en pod? u.å. (online) <https://www.podverkstan.se/vad-ar-en-pod/> (hämtat 14.10.2019)

WHO., 2014. *Health promotion*. (Online) http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
(hämtat 27.10.2018)

Zadeh, M.A., Khajehei, M., Sharif, F., Hadzic, M., 2012. *High-risk pregnancy: Effects on postpartum depression and anxiety*. *British journal of midwifery*. 20(2), s.105,106.

Bilaga 1. EPDS blankett

Hälsundersökningar inom barnrådgivningen och skolhälsovården

FRÅGEFORMULÄR FÖR ATT IDENTIFIERA DEPRESSION EFTER FÖRLOSSNINGEN (EPDS)

Ursprunglig källa: 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.

Var snäll och ringa in det alternativ som bäst stämmer överens med hur du känt dig under den senaste veckan, inte bara hur du mår idag.

Under de senaste sju dagarna

1. har jag kunnat skratta och se tillvaron från den ljusa sidan
 - lika mycket som vanligt
 - inte riktigt lika mycket som vanligt
 - mycket mindre än vanligt
 - inte alls
2. har jag glatt mig åt saker som ska hända
 - lika mycket som vanligt
 - något mindre än vanligt
 - mycket mindre än vanligt
 - nästan inte alls
3. har jag onödigt mycket lagt skulden på mig själv för att saker gått snett
 - ja, för det mesta
 - ja, ibland
 - inte så ofta
 - nej, aldrig
4. har jag varit ångestfylld eller orolig utan någon egentlig anledning
 - nej, inte alls
 - knappast alls
 - ja, ibland
 - ja, mycket ofta
5. har jag varit rädd eller ängslig utan någon egentlig anledning
 - ja, ganska ofta
 - ja, ibland
 - nej, ganska sällan
 - nej, inte alls

6. har det kört ihop sig för mig och blivit för mycket
 - ja, för det mesta har jag inte kunnat ta itu med något alls
 - ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt
 - nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra
 - nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt
7. har jag känt mig så olycklig att jag har haft svårt att sova
 - ja, för det mesta
 - ja, ibland
 - nej, inte så ofta
 - nej, inte alls
8. har jag känt mig ledsen eller nere
 - ja, för det mesta
 - ja, ganska ofta
 - inte så ofta
 - nej, inte alls
9. har jag känt mig så olycklig att jag har gråtit
 - ja, för det mesta
 - ja, ganska ofta
 - bara då och då
 - nej, aldrig
10. har tankar om att göra mig själv illa förekommit
 - ja, ganska ofta
 - ja, ibland
 - nästan aldrig
 - nej, aldrig

I frågorna 1, 2 och 4 poängsätts svarsalternativen uppifrån och ner på skalan 0–3. Frågorna 3 och 5–10 är omvända och poängsätts uppifrån och ner på skalan 3–0.

EPDS är validerad i flera länder och får inte ändras vid verksamhetsenheten.