

”Hur mår du?”

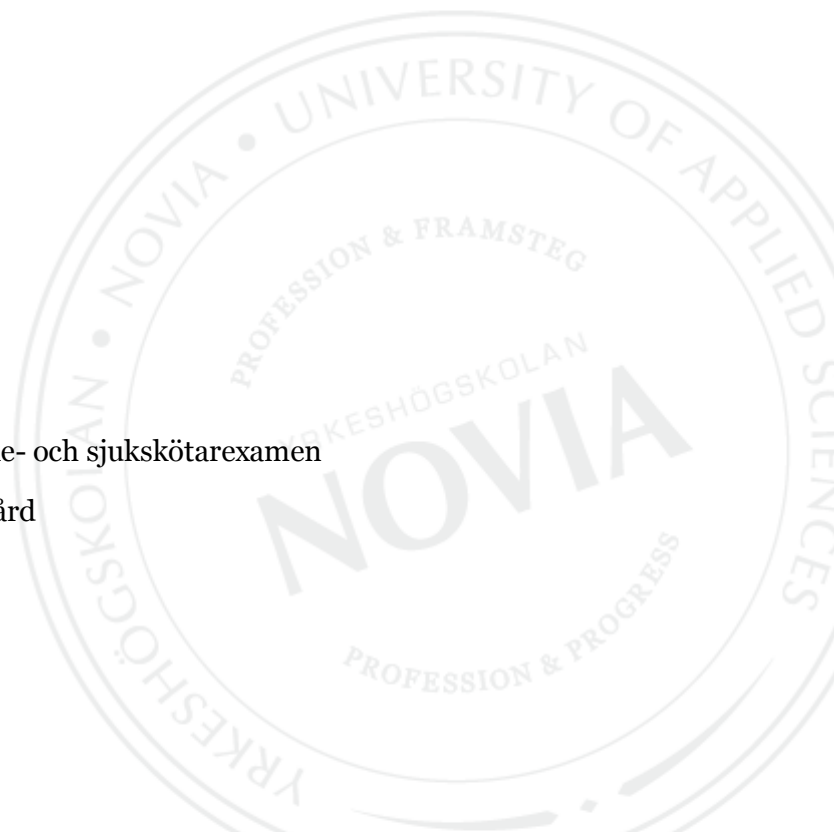
- **En empirisk studie om kvinnors upplevelser av mödrarådgivningens sätt att bemöta kvinnor med förlossningsdepression.**

Emma With-Hällund & Frida Österåker

Examensarbete för barnmorske- och sjukskötarexamen

Utbildningsprogrammet för Vård

Vasa 2012



EXAMENSARBETE

Författare: Emma With-Hällund och Frida Österåker

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Barnmorskearbete
Handledare: Anita Wikberg

Titel: "Hur mår du?" – En empirisk studie om kvinnors upplevelser av
mödrarådgivningens sätt att bemöta kvinnor med förlossningsdepression

Datum maj 2012 Sidantal 46 Bilagor 3

Sammanfattning

Detta examensarbete är en kvalitativ studie vars syfte är att beskriva hur kvinnor som har haft förlossningsdepression upplevde att personalen på mödrarådgivningen uppmärksammade kvinnans psykiska hälsa. Detta undersöks för att få kunskap om hur man på mödrarådgivningen borde agera för att ge en förebyggande och god vård vid förlossningsdepression.

Studien genomfördes med en enkät innehållande öppna frågor. Först kontaktades ett antal kvinnor som framträtt i en dagstidning i Finland och sen sattes en ansökan ut på internetforumet www.mammapappa.com. Sju kvinnor deltog i studien. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultaten i studien visar bland annat att det är viktigt att kvinnan får tillräckligt med information, att det ges utrymme för diskussion samt att barnmorskan/hälsovårdaren ger omsorg och visar empati. Dessutom är frågan "Hur mår du?" av stor betydelse. Personalen på mödrarådgivningen kan också med fördel använda sig av screeningsenkäter för att upptäcka förlossningsdepression och vid tecken på depression bör mödrarådgivningen ordna hjälp. De kvinnor som var missnöjda med mödrarådgivningens bemötande beskrev bland annat att de inte fick förtroende för barnmorskan/hälsovårdaren och att barnmorskan/hälsovårdaren ibland kunde undvika att diskutera ämnet. Dessutom upplevs klichéfrågor där kvinnan förväntas ha förutbestämda svar som mycket negativa. För att få en fylligare bild av kvinnornas upplevelser fick de också i enkäten skriva ner sina upplevelser av själva förlossningsdepressionen. Där beskrevs förlossningsdepression bland annat som att *simma i sirap* och som att *vara fast under ytan med en glasskiva ovanpå*. Kvinnorna kände inte igen sig själva, de upplevde en enorm trötthet och känslolöshet samt oförmåga att göra något.

Av resultaten i denna studie kan man konstatera att förlossningsdepression är ett känsligt ämne som bör hanteras med varsamhet, empati och omsorg.

Språk: Svenska Nyckelord: Förlossningsdepression, mödrarådgivning,
barnmorska, hälsovårdare

Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i Novias bibliotek

BACHELOR'S THESIS

Authors: Emma With-Hällund and
Frida Österåker
Degree Programme: Health care, Vaasa
Specialization: Midwifery
Supervisor: Anita Wikberg

Title: "How are you?" – An empirical study in women's experiences about the way of treating women with postpartum depression in maternity care

Date May 2012 Number of pages 46 Appendices 3

Summary

This bachelor's thesis is a qualitative study. Its purpose is to describe how women who have suffered from postpartum depression feel that their mental health was attended to by the maternity care. This topic is studied in order to get knowledge about what can be done at the maternity care to prevent postpartum depression and how to take good care of women suffering from it.

A questionnaire with open-ended questions was used in the study. At first we contacted a few women who had appeared in a newspaper in Finland. Then we launched an application at the website www.mammappappa.com. Seven women participated in the study. The material was analyzed through qualitative content analysis.

The results of the study show the importance of good information, room for discussion, empathy and caring. The question "How are you?" is very important. The staff at maternity care can also use screening tools to detect postpartum depression and if there are signs of illness they have to arrange help for the woman. Those women who were dissatisfied with the treatment at maternity care described a loss of confidence in the midwife/Public Health Nurse and wrote that the midwife/Public Health Nurse sometimes avoided discussing the topic. In addition, cliché questions, where the women are supposed to give specific answers, were experienced as very negative. In order to get a better understanding of the women's experiences, they could also write down their experiences of the postpartum depression itself in the questionnaire. The depression was described as *swimming in syrup* and *being stuck under the surface with a glass plate on top*. The women felt that they were not themselves and they mentioned an enormous tiredness and an inability to do anything.

The results of the study show that postpartum depression is a very sensitive topic and it should be handled with heed, empathy and caring.

Language: Swedish

Key words: Postpartum depression,
maternity care, midwife, Public Health Nurse

Filed at: The bachelor's thesis is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library at Novia

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och problemprecisering	2
3	Teoretisk bakgrund	2
3.1	Definitioner	2
3.2	Riskfaktorer för förlossningsdepression	3
3.2.1	Riskfaktorer hos kvinnan	4
3.2.2	Riskfaktorer kopplade till kvinnans sociala situation	4
3.2.3	Riskfaktorer kopplade till förlossningen.....	5
3.2.4	Övriga riskfaktorer.....	6
3.3	Kvinnors upplevelser av förlossningsdepression	7
3.4	Konsekvenser av förlossningsdepression	8
3.5	Mödrarådgivningen i Finland	9
4	Teoretiska utgångspunkter.....	11
4.1	Lidande enligt Eriksson	11
4.1.1	Lidandets drama	11
4.1.2	Sjukdomslidande	12
4.1.3	Vårdlidande	12
4.1.4	Livslidande	13
4.1.5	Lidande och hälsa	14
4.2	Hälsans idé enligt Eriksson.....	15
4.3	Becks teori om förlossningsdepression: att vackla på kanten.....	16
5	Tidigare forskning.....	17
5.1	Kvinnors upplevelser av den emotionella aspekten på mödrarådgivningen	18
5.2	Mödrarådgivningens strategier för att upptäcka förlossningsdepression	20
5.3	Vårdpersonalens kunskaper om förlossningsdepression	21
5.4	Sammanfattning	23

6	Metodbeskrivning	24
6.1	Val av informanter	24
6.2	Datainsamlingsmetod	25
6.3	Dataanalys.....	27
6.4	Undersökningens praktiska genomförande.....	28
6.5	Etisk diskussion.....	29
6.5.1	Principen om forskningspersonernas självbestämmanderätt	29
6.5.2	Principen om undvikande av skador.....	29
6.5.3	Principen om personlig integritet och dataskydd	30
6.5.4	Etikprovning	30
7	Resultatredovisning.....	31
7.1	Kvinnornas upplevelse av förlossningsdepression.....	31
7.2	Upplevelser av en god mödrarådgivning	32
7.3	Upplevelser av en bristfällig mödrarådgivning.....	35
7.4	Kvinnans envishet hindrar hjälp	37
8	Tolkning av resultatet.....	38
8.1	Upplevelser av förlossningsdepression	38
8.2	Bemötande	39
8.3	Tillämpning av allmänna rekommendationer	40
9	Kritisk granskning.....	42
9.1	Kvaliteter hos framställningen i sin helhet	42
9.2	Kvaliteter hos resultatet	43
9.3	Validitetskriterier	44
10	Diskussion	45

Källförteckning

Bilagor

1 Inledning

I dagens Finland insjuknar var tionde nybliven mamma i förlossningsdepression (Sarkkinen & Juutilainen, 2007, 316). Trots att sjukdomen är vanligt förekommande är det fortfarande ett problem som den drabbade sällan talar om (Social- och hälsovårdsministeriet, 2004, 231). I Finland finns det rekommendationer för hur personalen på mödrarådgivningen bör uppmärksamma fenomenet förlossningsdepression (Stakes 2000), men det finns inga direkta bestämmelser för hur det ska gå till.

Förlossningsdepression, som också kallas postpartum depression, innebär en sänkt sinnestämning och trötthet som gör att den drabbades handlingskraft blir lidande (Stakes, 2000, 101). Förlossningsdepression kan uppkomma under det första året efter förlossningen eller så kan den bryta ut redan under graviditeten och fortsätta efter förlossningen (Sarkkinen & Juutilainen, 2007, 316-317). Förlossningsdepression kan leda till att interaktionen mellan mor och barn störs och barnets utveckling kan påverkas (Hiltunen, 2003, 61). Det är inte bara mamman och den nyfödda som påverkas ifall mamman är deprimerad, utan också syskonen och partnern påverkas (Sarkkinen & Juutilainen, 2007, 316). Även pappan i familjen kan få förlossningsdepression ifall hans kvinna lider av sjukdomen (Hiltunen, 2003, 59).

Det finns sparsamt med forskning sedan tidigare om hur kvinnor upplever mödrarådgivningen både i allmänhet och med betoning på hur den psykiska hälsan tas i beaktande. Detta utgör en god orsak och motiverar starkt till att studera och forska mera i ämnet. Forskning ger oss mer kunskap och hjälper oss att förstå hur man på bästa sätt kan vårda blivande och nyblivna mammor. Intresset för ämnet väcktes hos oss hösten 2010 då vi på flera olika sätt kom i kontakt med fenomenet förlossningsdepression. Denna studie är ett beställningsarbete av en hälsovårdscentral i Svenskfinland.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med denna studie är att beskriva hur kvinnor som har haft förlossningsdepression upplever att personalen på mödrarådgivningen uppmärksammar kvinnans psykiska hälsa. Vi vill undersöka detta för att få kunskap om hur kvinnor anser att man på mödrarådgivningen borde agera för att ge en förebyggande och god vård vid förlossningsdepression.

Forskningsfrågorna är följande:

1. Hur upplever kvinnor som har haft förlossningsdepression att man på mödrarådgivningen tar kvinnans psykiska hälsa i beaktande?
2. Hur vill kvinnor som har förlossningsdepression bli bemötta av personalen på mödrarådgivningen?

3 Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden redogörs för ämnen som är betydelsefulla för förståelsen av studien. Inledningsvis definieras förlossningsdepression, som också benämns som postpartum depression (PPD). Begreppen baby blues samt puerperal psykos definieras kortfattat för att belysa skillnaden mellan dessa och förlossningsdepression. Utöver definitionerna diskuteras riskfaktorer för att utveckla förlossningsdepression, konsekvenser samt kvinnors upplevelser av sjukdomen. Slutligen redogörs för mödravårdens uppbyggnad i Finland vad gäller den psykiska hälsan hos den gravida kvinnan och den nyblivna mamman.

3.1 Definitioner

Sarkkinen och Juutilainen (2007, 316–317) beskriver förlossningsdepression som en icke-psykotisk depressiv period som börjar under det första året efter förlossningen eller redan under graviditeten och sedan fortgår efter förlossningen. Enligt Stakes (2000, 101) når en förlossningsdepression ofta sin kulmen 1,5–3 månader efter förlossningen, men hos 10–15% av fallen uppstår symptom först sex månader efter förlossningen. Det är också vanligt att kvinnan uppvisar symptom på depression redan under graviditeten, men att hon

insjuknar först inom den första månaden efter förlossningen. Tillståndet kräver att kvinnan får stöd och vård (Sarkkinen & Juutilainen, 2007, 316–317). Av alla förlösta kvinnor drabbas 10–15% av förlossningsdepression (Bergström, 2010). I Finland insjuknar 10% eller 6000 av alla nyblivna mammor i förlossningsdepression varje år (Sarkkinen & Juutilainen, 2007, 316). Det finns inga officiella kriterier för förlossningsdepression (Sarkkinen & Juutilainen, 2007, 316). Stakes (2000, 101–103) nämner att ett sänkt stämningsläge, trötthet samt orkeslöshet som gör att vardagen blir tung är kännetecknen för förlossningsdepression. Vidare nämns att kvinnan kan bli oföretagsam och tappa livslusten, hon kan också lida av tomhetskänslor samt skuldskänslor då hon inte känner sig glad över sitt barn. Koncentrationssvårigheter, aptitlöshet, sömnproblem och bristande hygien kan också vara tecken på förlossningsdepression, liksom oro, ångest och ångslan. Kvinnan kanske inte bryr sig om eller visar något intresse för sitt barn (Wickberg, 2005, 74–75). Andra tecken på att en kvinna har förlossningsdepression är enligt Bergström (2010) att hon är gråtmild, har svårt att anpassa sig till barnet eller är ovanligt irriterad. Att kvinnan öppet visar ilska är däremot mera sällsynt (Bergström, 2010). Vid lindrigare depressioner kan det dock vara svårt att upptäcka symptomen och kvinnorna försöker ofta dölja dem (Social- och hälsovårdsministeriet, 2004, 231).

Baby blues innebär att en kvinna är gråtmild, har humörsvängningar och huvudvärk, är irriterad och ibland kan hon också lida av aptitlöshet och sömnstörningar. Detta drabbar ungefär 80% av alla nyförlösta kvinnor. Symptomen är som kraftigast cirka 3–5 dagar efter förlossningen. Tillståndet går vanligen över av sig självt och behöver inte behandlas. (Perheentupa, 2011).

Puerperal psykos är när en kvinna drabbas av en svår psykisk störning efter en förlossning. Psykosen innebär att kvinnan får en störd verklighetsuppfattning, hallucinationer, tankestörningar samt störningar i känslolivet. 1–2 kvinnor av 1000 drabbas av denna typ av psykos. (Eerola, 2000).

3.2 Riskfaktorer för förlossningsdepression

Hormonella förändringar verkar ha en viss betydelse för utvecklandet av depression efter förlossning, men det är fortfarande oklart på vilket sätt dessa förändringar samspelar med psykiska faktorer. En del av förlossningsdepressionerna är kopplade till moderskapsprocessen och till förlossningen. Ibland kan det dock handla om att den depressiva

sinnesstämningen funnits hos kvinnan sedan tidigare och blommar upp i samband med barnafödelsen. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2004, 231).

3.2.1 Riskfaktorer hos kvinnan

Enligt Beck (2001) löper kvinnor som varit deprimerade under graviditeten eller under någon annan tidpunkt i livet större risk att insjukna i förlossningsdepression än kvinnor som aldrig har haft psykiska problem. Att detta är en klar riskfaktor har också Kirpinar, Gozum och Pasinlioglu (2010) konstaterat i sin studie. I studien framkom att kvinnor som hade lidit av någon form av psykisk sjukdom under graviditeten hade dubbelt större risk att drabbas av förlossningsdepression än kvinnor som inte hade haft problem. I samma studie visade resultatet att kvinnor som varit oroliga under graviditeten löpte dubbelt så stor risk att drabbas av förlossningsdepression. Detta bekräftas även av Becks studie (2001) där resultatet visade att oro och ångest under graviditeten kan bidra till att en förlossningsdepression utvecklas. Forskning har även visat att en svår form av baby blues kan orsaka förlossningsdepression (Social- och hälsovårdsministeriet, 2004, 232).

Om kvinnan lider av låg självkänsla eller har haft baby blues i mer än tio dagar löper hon risk att drabbas av förlossningsdepression (Beck, 2001; Social- och hälsovårdsministeriet, 2004, 232). Social- och hälsovårdsministeriet (2004, 232) nämner att kvinnor som har problem med amningen ofta kan få bristande självförtroende och därmed utgör detta en riskfaktor för förlossningsdepression. Samma sak gäller ifall kvinnan har negativa känslor mot det nyfödda barnet och har problem med att fästa sig vid barnet. Vidare nämns att dåliga problemlösningsmetoder, så som att förneka eller fly från problem samt att tro att de ordnar sig av sig själva, kan vara riskfaktorer för förlossningsdepression.

3.2.2 Riskfaktorer kopplade till kvinnans sociala situation

Kvinnans civilstånd, alltså om hon är gift, sambo, i ett parförhållande, singel, skild, separerad eller änka, har också betydelse för den psykiska hälsan i samband med barnafödande (Beck, 2001). Enligt flera studier löper kvinnor som lever i ett ogynnsamt parförhållande större risk att drabbas av förlossningsdepression än kvinnor som är nöjda med sin parrelation (Beck, 2001; Grote och Bledsoe, 2007; Kirpinar, Gozum &

Pasinlioglu, 2010). Ett eller flera äldre barn i familjen utgör även det en riskfaktor för förlossningsdepression (Social- och hälsovårdsministeriet, 2004, 232).

Socialt stöd är viktigt för kvinnans välbefinnande. Detta innebär att hon både får praktisk hjälp i hemmet och känslomässigt stöd (Beck, 2001). Dennis och Ross (2006) har kommit fram till att kvinnor som upplever att de har ett socialt nätverk, att de får hjälp och uppmuntran av sin partner samt att partnern är delaktig i skötseln av barnet löper mindre risk att insjukna i förlossningsdepression.

Våld har ytterligare konstaterats vara en riskfaktor för förlossningsdepression (Ludermir, Lewis, Valongueiro, de Araújo & Araya, 2010). Enligt Kendall-Tackett (2007) ökar risken att drabbas av förlossningsdepression om man har utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld under graviditeten samt om man har blivit sexuellt utnyttjad någon gång tidigare i livet.

Enligt Beck (2001) kan låg socioekonomisk status vara en riskfaktor för förlossningsdepression. Stress relaterad till ekonomi och arbete ökar risken att insjukna i förlossningsdepression, liksom om kvinnan eller mannen är arbetslös (Social- och hälsovårdsministeriet, 2004, 232; Grote och Bledsoe 2007). Enligt en studie gjord i Turkiet löper kvinnor som inte har någon sjukförsäkring 2–2,5 gånger större risk att insjukna i förlossningsdepression än kvinnor som har en sjukförsäkring (Kirpinar, Gozum & Pasinlioglu, 2010).

3.2.3 Riskfaktorer kopplade till förlossningen

Benoit, Westfall, Treloar, Phillips och Jansson (2007) har konstaterat att kvinnor som blev förlösta av en barnmorska istället för läkare hade minskad risk att drabbas av förlossningsdepression. Det upplevdes som negativt ifall barnmorskan byttes ut mot en läkare under förlossningens gång eller om kvinnan var inställd på en vaginal förlossning, men blev tvungen att genomgå ett akut kejsarsnitt. Man kunde alltså dra slutsatsen att det är viktigt att kvinnan är nöjd med förlossningen, annars är risken att utveckla förlossningsdepression förhöjd. Enligt Social- och hälsovårdsministeriet (2004, 232) ökar risken att drabbas av förlossningsdepression om förlossningen inte motsvarar kvinnans förväntningar. Om förlossningen sker för tidigt eller för sent ökar också risken för depression, liksom om mamman och barnet skiljs åt efter förlossningen (Social- och hälsovårdsministeriet, 2004, 232). Även Tuohy och Mcvey (2008) har gjort en studie som

visar på att en svår graviditet eller förlossning ökar risken att insjukna i depression efter förlossningen. Enligt Hiltunen (2003, 57) löper kvinnor som fått lustgas, akupunktur, epiduralbedövning eller PCB under förlossningen mindre risk att insjukna i förlossningsdepression genast efter förlossningen i jämförelse med kvinnor som inte fått någon smärtlindring alls. Bland alla förlossningsdepressioner fanns det ingen signifikant skillnad vad gäller förekomsten mellan de som fick lustgas eller akupunktur och de som inte fick någon smärtlindring alls. Dock hade kvinnor som fått epiduralbedövning eller PCB mindre risk att insjukna i förlossningsdepression både genast efter förlossningen och fyra månader efteråt. Om förlossningens längd påverkades hade de kvinnor som fick epiduralbedövning eller PCB mindre risk att drabbas av förlossningsdepression.

Bristande stöd under förlossningen samt tidig eller sen hemfärd utgör risk för att drabbas av förlossningsdepression (Social- och hälsovårdsministeriet, 2004, 232). Förstföderskor som tidigare har haft missfall, som blivit gravida vid en olämplig tidpunkt eller som är yngre än 25 år löper större risk att drabbas av sjukdomen (Wickberg, 2005, 76). En oplanerad eller oönskad graviditet har också konstaterats vara riskfaktorer (Beck, 2001).

3.2.4 Övriga riskfaktorer

En central riskfaktor för förlossningsdepression är om det nyfödda barnet är skrikigt och kinkigt samt om det är sjukt eller har problem med mat eller sömn. Att få tvillingar eller trillingar har också visat sig vara en riskfaktor. (Beck, 2001; Social- och hälsovårdsministeriet, 2004, 232).

Stora livsförändringar, till exempel skilsmässa eller dödsfall, under graviditeten eller strax efter förlossningen är enligt Beck (2001) riskfaktorer för förlossningsdepression. Ugarriza, Brown och Chang-Martinez (2007) nämner att för mycket socialt umgänge och för lite vila kan öka risken att drabbas av förlossningsdepression. I samma undersökning konstaterades att även kvinnor som inte blir erkända som mamma av partner, familj och vänner har en förhöjd risk att insjukna i depression efter förlossning.

Grote och Bledsoe (2007) har i sin studie kommit fram till att stress relaterad till hälsa är en riskfaktor för att drabbas av depression efter förlossning. I samma studie visade dock resultatet att optimism under graviditeten klart minskade risken för att utveckla depression, trots att kvinnan led av någon form av stress. De kvinnor som inte tidigare använt sig av

preventionsmetoder löpte ungefär 2–2,5 gånger större risk att insjukna i förlossningsdepression enligt en studie av Kirpinar, Gozum och Pasinlioglu (2010).

Enligt Hiltunens doktorsavhandling (2003, 55–56) har årstiderna och antalet ljusa timmar per dygn betydelse för förekomsten samt svårighetsgraden av förlossningsdepression i Finland. Förlossningsdepression genast efter förlossningen är vanligare på hösten och under de mörka månaderna (oktober, november, december och januari). Depression fyra månader efter förlossningen förekommer minst under våren.

3.3 Kvinnors upplevelser av förlossningsdepression

I en undersökning gjord av Buultjens och Liamputtong (2007) har man försökt att fånga upplevelser av förlossningsdepression hos mödrar som lider av denna sjukdom. Resultatet visar att kvinnor som lider av förlossningsdepression känner sig stigmatiserade eftersom de inte klarar av att följa kraven som hör till moderskapet. Dessutom känner de sig märkta för att de inte älskar sitt barn och för att de inte lyckas skapa det band till sitt barn på det sätt som de förväntas göra. Stigmatiseringen kan resultera i en förskräcklig och isolerande upplevelse. I studien belyser man också förlossningsdepression som en komplex sjukdom som kan variera vad gäller grad, orsaker och behandling.

Kvinnorna i studien trodde att det skulle vara en glädjefylld tid efter att de fått barn. Många kvinnor trodde också att den nya situationen kan bli svår, men de visste inte i vilken utsträckning. De kvinnor som hade hög socioekonomisk status och tidigare hade haft ett bra jobb upplevde det som mycket tufft att vara mammaledig eftersom de då inte kände sig lika betydelsefulla och duktiga. Många av kvinnorna i studien var också missnöjda med sin förlossning och omhändertagandet på sjukhuset, vilket orsakade sorg. (Buultjens & Liamputtong, 2007).

Enligt kvinnorna i studien var orsakerna till deras depressioner avsaknad av socialt stöd, föreställningar om babyn som inte stämde överens med verkligheten, besvärliga barn som de kände att de inte klarade av, sömnbrist, dåligt självförtroende, önskad graviditet samt en organiserande personlighet som var svår att upprätthålla i den nya situationen. Vissa kvinnor upplevde dock att de fick praktiskt stöd men att deras partner saknade förståelse för deras känslor. En del kvinnor uttryckte också problemet med att inte ha någon att vända sig till med sina känslor. (Buultjens & Liamputtong, 2007).

Vidare framkom att kvinnorna saknade information om förlossningsdepression och hur man kan få hjälp för denna sjukdom. Författarna till artikeln kunde slutligen konstatera att det skulle vara av stor vikt att arbeta för att känslorna och reaktionerna vid förlossningsdepression normaliseras och accepteras som att de kan vara en del av moderskapet. (Buultjens & Liamputtong, 2007).

3.4 Konsekvenser av förlossningsdepression

Förlossningsdepression berör inte bara mamman och baby, utan också barnets pappa, eventuella andra barn i familjen, mor- och farföräldrar samt vänner (Sarkkinen & Juutilainen, 2007, 316).

En mamma med förlossningsdepression klarar ofta inte av att läsa av sin babys signaler. Hon kanske inte över huvudtaget lägger märke till signalerna, kan inte tolka dem eller kan inte svara på signalerna. En deprimerad mamma kan också ha problem med att upprätthålla en tillräckligt bra interaktion med sitt barn, hon kanske till exempel inte tittar på sitt barn, inte pratar med barnet eller sköter barnet mekaniskt och utan ömhet. (Sarkkinen & Juutilainen, 2007, 323).

Forskning har visat att barn till mammor med depressionssymptom efter förlossningen är mindre nyfikna och fokuserade i sitt lekande än barn till kvinnor utan depressionssymptom. Dessa barn har också konstaterats vara mer osäkra och mindre glada. Dessutom har det visat sig att de upplever relationen till sin mamma mindre lekfull och lycklig. (Edhborg, Lundh, Seimyr & Widström, 2001).

Hiltunen (2003, 61) beskriver hur den tidiga interaktionen mellan mamma och barn påverkas om mamman lider av förlossningsdepression. Interaktionen mellan ett barn och en mamma som varit deprimerad i mer än tre månader efter förlossningen präglas av bristen på samverkan mellan de två. Barnet tar färre initiativ till sociala kontakter med mamman och har också mindre ögonkontakt med henne i jämförelse med barn till en mamma som inte varit deprimerad. Barnet är inte heller lika mottaglig för mammans initiativ till kontakt och uttrycker sig mindre med gester och ord. Om mamman varit deprimerad endast en kort tid direkt efter förlossningen påverkar hon inte interaktionen lika negativt och som om hon varit deprimerad i mer än tre månader. Barnet blir inte heller lika impulsivt som det tenderar att bli om mamman har varit deprimerad en längre tid. I samma studie framkommer det också att barn till mammor som varit deprimerade efter

förlossningen har en sämre språkutveckling än de barn vars mammor inte har varit deprimerade.

Enligt Sarkkinen och Juutilainen (2007, 316, 324) störs den psykosociala och kognitiva utvecklingen hos barn till en deprimerad mamma. Dessa barn visar färre positiva och fler negativa ansiktsuttryck och jollar mindre än barn till mammor som inte är deprimerade. De gråter också mera, undviker oftare ögonkontakt, är mindre aktiva och ger oftare ett nedstämt och deprimerat intryck.

I en studie gjord av Edhborg, Seimyr, Lundh och Widström (2000) påverkar förlossningsdepression också föräldrarnas upplevelser av föräldraskapet. I undersökningen framkom det att man i familjer där kvinnan lidit av förlossningsdepression upplevde att barnet var mera svårskött och hade ett besvärligt temperament. Kvinnor som hade haft förlossningsdepression upplevde stress relaterad till föräldraskapet ännu ett år efter förlossningen även om de inte längre hade symptom på depression. Pappor i familjer där mamman hade förlossningsdepression upplevde inte mera föräldraskapsstress än pappor i familjer där mamman inte var deprimerad, förutom ifall barnet var svårskött. Enligt Hiltunens undersökning (2003, 59) löper män till kvinnor som lider av förlossningsdepression risk att själva drabbas av förlossningsdepression. I undersökningen, som gjordes i Finland, framkom det att 5,1 % av de nyblivna papporna led av förlossningsdepression fyra månader efter förlossningen. Dessa deprimerade män hade alla en deprimerad partner.

3.5 Mödrarådgivningen i Finland

Stakes (2000, 16–17) rekommenderar att man under det första besöket på mödrarådgivningen informerar om och diskuterar med den gravida kvinnan hur graviditeten påverkar den psykiska hälsan. Till Stakes rekommendationer (2000, 35, 79–80) hör också att man på familjeförberedelsekursen pratar om graviditetens påverkan på känslolivet samt att man informerar om hur viktigt det sociala stödet är under graviditeten och förlossningen. Vid hembesöket, som görs strax efter att modern och barnet har kommit hem från sjukhuset, rekommenderas det att man frågar kvinnan om hennes psykiska mående. Då kvinnan kommer på efterkontroll 5–12 veckor efter förlossningen diskuterar man hur modern mår psykiskt och orkar med vardagen. Dessutom bör man vara

uppmärksam på depressionssymptom hos modern och Stakes (2000, 102) rekommenderar att man på efterkontrollen använder sig av EPDS-blanketten som hjälpmedel.

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) är en självskattningsblankett som är utvecklad av John Cox och hans kollegor i slutet av 1980-talet. EPDS består av 10 påståenden och kvinnan som fyller i formuläret ska stryka under det påstående som bäst passar in på hur hon har känt sig under de senaste sju dagarna. Efteråt poängsätts varje fråga med 0-3 poäng, vilket betyder att de sammanlagda poängen för hela formuläret är 0-30 poäng. Ju högre poäng, desto större är risken för att kvinnan som svarat är deprimerad. (Wickberg & Hwang, 2003, 37).

Social- och hälsovårdsministeriet (2004, 233) rekommenderar att varje kvinna sållas för förlossningsdepression under eftergranskningen eller senast i samband med barnets 6-8 veckors granskning. Det rekommenderas också att föräldrarnas sinnesstämning alltid iakttas. Mödra- och barnrådgivningen, hälsovårdscentralen, specialistsjukvården och mentalvårdsenheterna skall tillsammans bestämma hur man går till väga när en kvinna drabbas av förlossningsdepression. De bör bestämma bland annat hur screeningen för förlossningsdepression ska gå till, vem som fungerar som ansvarspersoner, hur man samarbetar och delar på arbetet samt hurudan vård som erbjuds och om eventuell tilläggsutbildning är nödvändig.

Som personal på rådgivningen behöver man skapa en bra relation till den blivande eller den nyblivna mamman, så att hon känner att hon kan prata om alla sina känslor och tankar kring graviditeten, förlossningen och att bli mamma. Hon ska känna att hon kan berätta om sina bekymmer och rädslor och att också negativa känslor är tillåtna. På rådgivningen ska det vara en öppen och avslappnad omgivning. På dessa sätt kan man upptäcka riskfaktorer för förlossningsdepression eller tecken på att mamman redan är deprimerad. (Sarkkinen & Juutilainen, 2007, 325-326).

Under hela graviditeten bör personalen på mödrarådgivningen diskutera det kommande barnet, mammans fantasier kring barnet, föräldraskap, förlossning, livet med barnet och också skillnader mellan livet före graviditeten och livet efter förlossningen. Detta hjälper kvinnan att gå in i rollen som mamma och att hantera den stora förändringen som det innebär att bli förälder. Personalen på mödrarådgivningen bör använda sig av öppna frågor, alltså frågor som kvinnan inte bara kan svara ja och nej på. Barnmorskan/hälsovårdaren bör också kunna lyssna aktivt, ge rum för pauser och tystnad samt tolka underliggande budskap i det som kvinnan berättar. Det är viktigt att fråga om hur vardagen med barnet

fungerar och att lägga märke till hur relationen och samspelet mellan mamma och barn är. På så sätt kan tecken på förlossningsdepression upptäckas. (Sarkkinen & Juutilainen, 2007, 327-328).

4 Teoretiska utgångspunkter

De teoretiska utgångspunkterna i denna studie är Erikssons (1994, 1996) begrepp lidande och hälsa samt Becks (1993) teori om förlossningsdepression. Lidandet är en väsentlig del av förlossningsdepression, medan målet är att nå en god hälsa hos de kvinnor som lider av sjukdomen. Becks teori beskriver processen som kvinnorna går igenom vid förlossningsdepression.

4.1 Lidande enligt Eriksson

Eriksson (1994) beskriver lidandet som ett drama, dessutom delar hon in lidandet i tre olika former; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Eriksson förklarar också hur lidande och hälsa kopplas samman. Lidandets drama beskriver själva lidandet, medan sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande redogör för olika typer av lidande, som kan kopplas till förlossningsdepression. Lidande och hälsa är båda ständigt närvarande i en människas liv (Eriksson, 1994, 66).

4.1.1 Lidandets drama

Eriksson (1994, 53–55) beskriver lidandet som ett drama bestående av tre akter. Lidandets drama skapas av förväntningar som den lidande människan upplever när hon möter en medmänniska eller när hon ingår i en vårdrelation. Lidandet kan liknas vid ett drama därför att den lidande människan åter kan känna hopp efter att hon har varit utan hopp.

De tre akterna i lidandets drama är bekräftandet av lidandet, själva lidandet och försoningen. Att bekräfta lidandet innebär att en annan människa ser lidandet samt vågar möta det och bli en medaktör i lidandets drama. Om medmänniskan eller vårdaren inte bekräftar lidandet kan det leda till att den lidande människan lider ännu mera, det blir alltså

ett dubbelt lidande. Man kan bekräfta den lidande människan genom en blick, en beröring eller med ord. Medmänniskan visar att hon finns där för den lidande människan och att hon kravlöst delar detta lidande. (Eriksson, 1994, 54).

Själva lidandet innebär att den lidande människan får tid och rum att lida ut. I denna akt pendlar den lidande människan mellan lidande och lust och mellan hopp och hopplöshet. Hon vill vara ensam men ändå ha gemenskap. Ifall den lidande människan känner sig övergiven kan hon få en känsla av hopplöshet, vilket i sin tur leder till en känsla av förtvivlan. En förtvivlad människa kan inte gå vidare i sitt lidande. En vårdare som bortförklarar lidandet låter inte den lidande människan att lida. (Eriksson, 1994, 54–55).

Försoningen handlar om att den lidande människan skapar ett nytt liv. Hon kan ofta se en mening med sitt lidande och känner en befrielse. En människa som försonats får en förnyad gemenskap med andra. Försoningen kan se olika ut för olika människor. Det är viktigt för den lidande människan att hon kan spela med i lidandets drama och nå försoning, annars förvärras hennes lidande. (Eriksson, 1994, 55).

4.1.2 Sjukdomslidande

Sjukdomslidande kan enligt Eriksson (1994, 83–84) delas in i två kategorier; kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Patienten kan lida av kroppslig smärta på grund av sin sjukdom eller dess behandling. Denna kroppsliga smärta kan tydligt förknippas med lidande, men lidande är inte beroende av smärta. Kroppslig smärta påverkar hela människan och medför att hon inte klarar av att fokusera på att bemästra lidandet, därför kan man lindra lidandet genom att minska den kroppsliga smärtan.

Själsligt och andligt lidande uppkommer då människan känner förnedring, skam eller skuld på grund av sin sjukdom eller behandling. Detta lidande kan uppstå från patientens egna tankar, vårdpersonalens attityder eller sociala uppfattningar. (Eriksson 1994, 84).

4.1.3 Vårdlidande

Vårdlidande kan delas in i fyra kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Om man kränker patientens värdighet berövar man hennes möjlighet att helt och fullt vara människa. Om patienten inte får vara

människa kan hon inte heller använda alla sina hälsoresurser. En människa kan bli kränkt både genom konkreta handlingar såsom slarv eller genom mer abstrakta gärningar såsom att inte se människan. (Eriksson, 1994, 86–87).

Fördömelse innebär att vårdaren anser att det är hon som ska avgöra vad som är rätt och fel när det gäller patienten. Då förbiser vårdaren patientens självbestämmanderätt. Patienten kan känna att hon inte är en ”idealpatient” och kan därför uppleva fördömelse. Vårdaren kan straffa patienten genom att inte ge caritativ vård eller genom att nonchalera patienten. (Eriksson, 1994, 91).

När man som vårdare utövar makt orsakar man lidande hos patienten. Maktutövning kan ta sig uttryck i att man inte tar patienten på allvar och att man tvingar patienten att göra sådant som hon inte orkar med. Ofta beror maktutövningen på att vårdarna håller fast vid gamla rutiner och att de inte kan tänka sig in i patientens situation. (Eriksson, 1994, 91–92).

Utebliven vård eller icke-vård kan bero på att vårdarna inte har förmåga att se och avgöra patientens behov. Utebliven vård kan vara allt från mindre försummelser till vanvård, men oavsett vad det handlar om innebär det alltid en kränkning av patientens värdighet. (Eriksson, 1994, 92–93).

4.1.4 Livslidande

Då en människa drabbas av sjukdom och ohälsa påverkas hela hennes liv och hon drabbas av ett livslidande. Det kan innebära allt mellan ett hot mot existensen och en begränsning i att fungera socialt. Ett livslidande är ett lidande som är förknippat med att leva och att vara människa bland andra människor. En människa som genomgår ett livslidande kan uppleva att hon hotas av förintelse. Förintelse kan innebära att patienten känner att hon ska dö, men hon vet inte när. Det kan också betyda att hon inte blir sedd och att hon upplever kärlekslöshet. När en människas livssituation förändras måste hon hitta en ny mening i livet och hon kan känna att hennes identitet blir upplöst. Om livslidandet känns hopplöst och patienten upplever att hon inte har något värde eller någon uppgift i livet kanske hon inte längre orkar kämpa och känner att hon vill ge upp. (Eriksson, 1994, 93–94).

4.1.5 Lidande och hälsa

Eriksson (1994, 63) menar att lidande och hälsa utgör substansen i lidandets kamp och i kampen för att överleva. Lidande kan ge en mening åt hälsan eftersom människan vid mötande av lidande blir medveten om hur de egna inre resurserna kan påverkas. Om man ser hälsa som en helhet så innebär lidande att denna helhet rubbas, alltså är en lidande människa inte hel. De mest grundläggande livs- och hälsoprocesserna är lidande och kärlek, eftersom de är de djupaste av själens och andens rörelser. Genom lidande och kärlek kan människan bli medveten om sin unikheter och sitt medmänskliga ansvar samt uppleva att hon är en enhet av kropp, själ och ande. (Eriksson, 1994, 63–64; Lindström, Lindholm & Zetterlund, 2010, 197).

Lidandet kan ses som en naturlig del av människan, på så sätt är också lidandet en del av hälsan. Hälsan kan därför ses som förenligt med uthärdligt lidande. Detta innebär att en människa som lider, men upplever att lidandet är uthärdligt, ändå kan uppleva hälsa. Ibland kan lidandet bli outhärdligt, men då är det inte längre en del utav hälsan. (Eriksson, 1994, 64).

Både hälsa och lidande är en rörelse mellan tre olika nivåer. Den första nivån av hälsa är att ha hälsa, vilket innebär att hälsan bedöms enligt yttre objektiva kriterier. Att vara hälsa betyder att människan eftersträvar balans och harmoni. Den innersta nivån av hälsa är att varda hälsa. Människan är då inte främmande för lidande. Lidandets nivåer är av samma karaktär som hälsans nivåer. Den första nivån av lidande är att ha ett lidande, vilket betyder att människan styrs av yttre omständigheter. Hon känner inte sig själv och är inte medveten om sina begär eller sina möjligheter. Att vara i lidandet innebär att uppleva oro. Att vara i lidandet kan för en tid upplevas som lycka, harmoni och hälsa. Människan lindrar sitt lidande på denna nivå genom att tillfredsställa sina behov, men detta räcker dock inte till och oron tilltar. Den sista innersta nivån av lidande är att varda i lidandet. Detta är en kamp mellan hopp och hopplöshet samt mellan liv och död. Om människan väljer livet i denna kamp kan hon hitta en mening i sitt lidande. (Eriksson, 1994, 64–65).

Lidandet kan upplevas som outhärdligt oberoende av på vilken nivå människan befinner sig, men lidandet erkänns ofta inte som ett lidande på nivåerna ”att ha lidande” och ”att vara i lidandet”. Både lidande och hälsa är hela tiden närvarande i en människas liv. (Eriksson, 1994, 65–66).

4.2 Hälsans idé enligt Eriksson

Enligt Eriksson (1996) är hälsa inte motsatsen till sjukdom. Hälsa är någonting naturligt och därför kan ohälsa ses som ett brott mot det naturliga. Hälsans idé är starkt kopplad till människans idé, alltså människans självbild. Hälsa innebär att känna sig som en hel människa till kropp, själ och ande. (Eriksson, 1996, 8, 12–13).

Eriksson (1996) har utgående från sina tidigare arbeten sammanfattat begreppet hälsa i sex olika premisser, hälsans premisser; hälsa är sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande, hälsa är tro, hopp och kärlek samt hälsa är dygd. Dessa tre första premisser beskriver hälsans substans. De tre följande premisserna; hälsa är rörelse, hälsa är integration och hälsa är relativ beskriver hälsans lagar. (Eriksson, 1996, 26).

Att hälsa är rörelse innebär att hälsan är naturlig och aktiv. Människans aktivitet är en del av hälsan och människan ansvarar själv för sin hälsa. Att hälsa är integration betyder att hälsa är ett helt, integrerat tillstånd och kan ses som en grund för de övriga premisserna. Integration kan delas in i självintegration och integration till omgivningen. Att hälsa är relativ innebär att hälsa betyder olika saker för olika individer. Man kan ha en vision av hur hälsa är, men man kan inte exakt beskriva hälsan som helhet förrän man uppnått den. (Eriksson, 1996, 26–29).

Hälsa är sundhet, friskhet samt en känsla av välbefinnande, detta betyder att dessa tre tillstånd är en del av hälsan, trots att det inte nödvändigtvis innebär en frånvaro av sjukdom. Att hälsa är tro, hopp och kärlek innebär att människan behöver dessa tre för att kunna mogna och växa som människa. Att hälsa är dygd betyder att dygden är en vital del av människan och hennes hälsa. (Eriksson, 1996, 29–31).

Eriksson skriver också att naturlig vård är vägen till naturlig hälsa. Med detta menar hon att vårdandet är naturligt och mänskligt. Genom att ansa, leka och lära med tro, hopp och kärlek hjälper man en patient att utvecklas mot sin potential. Eriksson menar att kraften finns inuti människan, men att man som vårdare behöver hjälpa till att hitta den och börja använda den. Människans fyra kraftkällor är relationen och kärleken till sig själv, till andra människor, till naturen och till Gud. Dessutom är det viktigt för människan att hon har förmåga att ta emot andra människors kärlek. Slutligen konstaterar Eriksson att hälsa är vårdprocessens mål. (Eriksson, 1996, 119–120).

4.3 Becks teori om förlossningsdepression: att vackla på kanten

Syftet med Becks studie (1993), som resulterade i teorin om förlossningsdepression, var att undersöka förlossningsdepressionens natur som ett socialpsykologiskt problem samt den socialpsykologiska processen som används för att reda ut problemet. Kvinnor som lider av förlossningsdepression kämpar ofta med att inte ha kontroll över sina känslor, tankar och handlingar. Förlossningsdepression kan beskrivas som att vackla på kanten mellan sundhet och vanvett.

Känslan av att sakna kontroll är grunden för hela teorin och kan enligt Beck delas in i en process med fyra steg. Det första steget i processen kan liknas vid ett möte med skräck; kvinnorna drabbas plötsligt och oväntat av förlossningsdepression och kan känna sig som om de skulle vara instängda i en mörk tunnel utan utväg. Sjukdomen kan börja redan under de första veckorna efter förlossningen eller också uppstå först upp till sex månader efter förlossningen. Detta möte med skräck kan karakteriseras av tre olika tillstånd. Dessa tillstånd är hemska ångestattacker, obarmhärtiga tvångstankar och en omringande dimma. Ångestattackerna kan jämföras med en känsla av att totalt förlora förståndet och de beskrivs som mycket hemska av de kvinnor som drabbats av dem. Kvinnorna kan också lida av tvångstankar under en stor del av dygnets vakna timmar, detta gör att kvinnorna blir mycket trötta och utmattade både fysiskt och mentalt. Den omringande dimman gestaltar sig i koncentrations svårigheter och ibland även med motoriska svårigheter. (Beck, 1993).

Det andra steget i förlossningsdepression processen innebär en så kallad självdöd, kvinnornas normala jag dör som en följd av omständigheterna i det första stadiet. Då jaget dör är konsekvenserna en alarmerande överklighetskänsla, isolering samt planer och försök till att skada sig själv. Överklighetskänslan blir tydlig då varken kvinnan eller hennes partner känner igen henne. Kvinnor som lider av förlossningsdepression kan också förklara detta tillstånd med en känsla av att vara robotar som utför sina sysslor utan någon som helst omtanke. I detta steg kan också kvinnan isolera sig från familj, vänner och intressen som de tidigare haft. Kvinnorna kan känna sig ensamma och utanför då de upplever att ingen förstår dem och vad de går igenom. Rädslor för att andra ska tycka att de är dåliga mödrar ökar också viljan att isolera sig från andra, liksom rädslor för att överhuvudtaget lämna hemmet. Självdöden kan orsaka att de drabbade mödrarna börjar planera och försöka att skada sig själva. Tankar på döden kan uppstå då mödrarna känner skam och skuld över sina tankar och känslor, särskilt tankar på att skada barnet. (Beck, 1993).

Det tredje steget kännetecknas av en överlevnadskamp där kvinnorna använder sig av tre olika strategier för att klara sig. De kan hamna att kämpa mot systemet då de söker professionell hjälp och den rätta behandlingen. Besvikelser, frustration, förödmjukelse och ilska är vanliga känslor hos kvinnor som söker hjälp mot sin depression. Den andra strategin för att komma igenom depressionen är att be Gud om befrielse. Den tredje strategin som kvinnorna kan använda sig av är att söka tröst i någon typ av stödgrupp. Det kan till exempel handla om en stödgrupp för kvinnor med förlossningsdepression som gör att kvinnorna bryter mönstret vad gäller isolering och ensamhet. Kvinnorna kan få hopp och tröst då de får samtala med andra kvinnor som lidit av förlossningsdepression och tillfrisknat, dessa kvinnor förstår och kan bekräfta de känslor och tankar som är förknippade med sjukdomen. (Beck, 1993).

Det fjärde och sista steget i processen innebär att återfå kontrollen. När kvinnan sakta återfår kontrollen startar det med en oförutsägbar övergång som kännetecknas av dåliga dagar som varvas med bra dagar. Så småningom blir antalet bra dagar fler än dåliga. När kvinnan återfår kontrollen börjar hon också sörja den tid med babyn som har gått förlorad och inte kan återfås. Slutligen när kvinnorna har kommit igenom förlossningsdepressionen börjar de försiktigt återhämta sig och bli den person de tidigare varit. Då de är friska känner de igen sig själva igen och likaså gör partnern. (Beck, 1993).

5 Tidigare forskning

I detta kapitel behandlas tidigare forskning som kan kopplas till denna studie. Sökningen efter tidigare forskning i ämnet gjordes i databaserna EBSCO, Cinahl, Science Direct och Wiley Online Library. Sökord som användes vid databassökningarna var bland andra postpartum depression, antenatal care och maternity care. Dessutom gjordes en elektronisk sökning i tidskrifterna Midwifery och Birth samt en manuell sökning i tidskriften Journal of Midwifery and Women's Health.

5.1 Kvinnors upplevelser av den emotionella aspekten på mödrarådgivningen

Hildingsson och Rådestad (2005) har gjort en undersökning om hur tillfredsställda svenska kvinnor var med vården under och efter graviditeten. Resultaten i studien visade att 82% av kvinnorna var nöjda med den medicinska aspekten i mödravården, medan 18% var missnöjda. Av alla kvinnor som deltog i undersökningen var 23% missnöjda med de emotionella aspekterna av vården och 77% var nöjda. Kvinnor med lägre utbildning tenderade att vara missnöjda med både de medicinska och emotionella aspekterna av vården, medan kvinnor med högre utbildning oftare var missnöjda med den känslomässiga aspekten. Kvinnor som bodde i en stor eller medelstor stad var ofta mer missnöjda med den emotionella aspekten än de som bodde på landsbygden.

Både de kvinnor i studien som var missnöjda med den medicinska aspekten och de som var missnöjda med den känslomässiga aspekten av mödravården tyckte att besöken på mödrarådgivningen var för få. Att träffa tre eller flera olika barnmorskor under mödrarådgivningsperioden var också associerat med missnöjdhet med både den medicinska och känslomässiga aspekten, alltså är kontinuitet i rådgivningen viktigt. Dessa kvinnor tyckte inte att barnmorskan på rådgivningen var stödjande eller gav partnern tillräckligt med uppmärksamhet. (Hildingsson & Rådestad, 2005).

Kvinnor som var missnöjda med den medicinska aspekten av mödrarådgivningen ansåg att man inte gav tillräckligt med tid för att diskutera kvinnans hälsa, kontrollera barnets hälsa, ge information om problem som kan uppstå i samband med graviditeten och information om förlossningen. De kvinnor som var missnöjda med den emotionella aspekten av mödrarådgivningen ansåg att man inte gav tillräckligt med tid för stödjande samtal, information om problem relaterade till graviditeten, kontroll av barnets hälsa och kvinnans egna frågor. (Hildingsson & Rådestad, 2005).

Dennis och Chung-Lee (2006) har gjort en studie med syftet att identifiera vad som hindrar kvinnor från att söka hjälp för förlossningsdepression samt vilken typ av behandling de föredrar. Studien baserar sig på 40 vetenskapliga artiklar som har publicerats mellan åren 1966 och 2005. Studien visar att kvinnor är motsträviga till att söka hjälp för förlossningsdepression och att de ogärna avslöjar emotionella problem, speciellt depression, både för hälsovårdspersonal och anhöriga. Orsakerna till detta kan vara många, det kan till exempel handla om rädsla för att mista sitt barn, eller att de inte vill vara en börda. Kvinnorna i studien sade också att de inte vetat var de skulle söka hjälp och att de inte visste vilka behandlingar som finns att tillgå.

Resultatet i studien visar på att kvinnorna inte alltid vet vad hälsovårdaren har för uppgifter samt att de kan tro att hälsovårdaren inte har något att göra med den mentala hälsan utan enbart med den fysiska och tar därför inte kontakt vid psykiska problem. Kvinnorna påpekade att en öppen diskussion om förlossningsdepression samt en nära relation till hälsovården är en viktig förutsättning för att man ska våga berätta om sina känslor. Ibland söker inte kvinnorna direkt hjälp för psykiska problem utan de förkroppsligar dessa och söker istället hjälp för fysiska problem. Att få träffa andra kvinnor i samma situation beskrevs också som mycket viktigt. Finländska kvinnor poängterade dessutom att de helst ville diskutera med kvinnor som de inte kände från förut. Stöd från partner och övriga familjemedlemmar är viktigt och för att detta ska vara möjligt måste även familjen få kunskap om förlossningsdepression. (Dennis & Chung-Lee, 2006).

Det kan också vara svårt för kvinnorna att avgöra om de är i behov av hjälp, detta kan orsakas av okunskap om förlossningsdepression. Även familjemedlemmar borde ha kunskap om förlossningsdepression för att de ska veta när man ska söka hjälp. Kvinnor som lider av förlossningsdepression har dessutom en tendens att minimera eller förneka sina problem. (Dennis & Chung-Lee, 2006).

I Nederländerna har Seefat-van Teeffelen, Nieuwenhuijze och Korstjens (2011) undersökt hurudant psykosocialt stöd gravida kvinnor vill ha av sin barnmorska under övergångstiden till moderskap. Resultatet visade att kvinnorna vill ta ansvar för sitt eget välmående under graviditeten men för att kunna göra det behöver de information och stöd. Kvinnorna uttryckte tydligt ett behov av professionellt stöd från barnmorskan under graviditeten. De ville ha information och emotionellt stöd av barnmorskan vad gäller psykiska, fysiska och i en viss mån sociala förändringar som sker under graviditeten. Barnmorskan bör aktivt fråga om deras behov och önskemål och kvinnorna uttryckte en önskan om att barnmorskan ska fråga hur de känner sig och hur de klarar av situationen. Barnmorskan bör lyssna, svara på frågor, uppmuntra och förklara normala förändringar. De uttryckte också ett starkt behov av att bli informerade om hur man ska förbereda sig psykiskt och fysiskt inför förlossningen, återhämtningen och moderskapet. De ville också ha hjälp med att sälla och tolka all information samt att slutligen fatta egna beslut.

5.2 Mödrarådgivningens strategier för att upptäcka förlossningsdepression

Leigh och Milgrom (2007) har undersökt om kvinnor tycker att det är accepterat att man screenar för depression under graviditeten. I undersökningen lät man gravida kvinnor som besökte mödrarådgivningen genomgå en screening, som bestod av frågeformulär, bland annat EPDS. Efteråt fick de feedback från barnmorskan utgående från sina poäng i frågeformuläret. Alla kvinnor i undersökningen tyckte att det var accepterat att bli screenad, dessutom ansåg hälften av kvinnorna att screeningen ökade deras kunskap om förlossningsdepression. Att få feedback från barnmorskan ansågs också som positivt. I studien konstaterar man att det är mycket accepterat att screena alla kvinnor för depression i samband med mödrarådgivningen.

Okano, Nagata, Hasegawa, Nomura och Kumar (1998) har undersökt vilken effekt information om förlossningsdepression före förlossningen har. Forskningens resultat visar på att information om förlossningsdepression redan före förlossningen leder till att en kvinna som insjuknar i depression efter förlossningen fortare tar kontakt med sjukvården, vilket i sin tur leder till att depressionen inte hinner förvärras och sjukdomstiden blir kortare. Kvinnor som inte fick information om förlossningsdepression nekade mer ofta till att de hade psykiska problem och kom i kontakt med sjukvården mycket senare. Detta ledde till en svårare depression och längre sjukdomstid.

I en studie gjord av Milgrom, Schembri, Ericksen, Ross och Gemmill (2011) har man utvärderat hur effektivt det är att gravida kvinnor på egen hand går igenom en arbetsbok som handlar om att bli förälder och sedan diskuterar detta med en psykolog. Diskussionerna med psykologen fördes efter hand då kvinnan gått igenom ett avsnitt i boken. En annan arbetsbok användes efter förlossningen. Syftet med arbetsboken och diskussionerna var att minska förekomsten av förlossningsdepression, ångest och svårigheter i föräldraskapet.

Resultatet i studien visade att förekomsten av depression, ångest, stress och svårigheter i föräldraskapet minskade hos de kvinnor som genomgått denna intervention i jämförelse med kvinnor som fått vanlig rutinvård. Då man undersökte om interventionen påverkade kvinnorna att snabbare söka hjälp för eventuella psykiska symptom kom man fram till att kvinnorna som deltagit i interventionen inte sökte hjälp snabbare än kvinnor som fått rutinvård. I jämförelse med rutinvården under graviditeten är ett föräldraskapsprogram, som liknar denna intervention, effektivare. Milgrom m.fl. föreslår att man använder sig av

föräldraskaps program under graviditeten eftersom resultatet av denna studie visar att effekten är god vad gäller att kortsiktigt förbättra den mentala hälsan.

Goldsmith (2007) har i sin forskning undersökt hur vanligt det är att vårdpersonal på mödra- och barnrådgivningen i två delstater i USA använder sig av screeningsinstrument för att upptäcka förlossningsdepression samt på vilket sätt de använder screeningsinstrumenten. Dessutom ville man i undersökningen få fram vad det är som påverkar om vårdaren använder sig av screeningsinstrument eller inte. Vid datainsamlingen i forskningen använde man sig av enkäter, som fylldes i av rådgivningspersonal. Resultatet visade att 42% av personalen aldrig screenade för förlossningsdepression på något sätt, medan endast 6.1 % uppgav att de alltid använde sig av ett screeningsinstrument för att upptäcka depression efter förlossning. Av alla informanter hade 30.8% någon gång använt sig av något av de mer kända screeningsinstrumenten. 41% av informanterna använde sig av andra sätt än allmänna screeningsinstrument för att upptäcka förlossningsdepression, till exempel genom att fråga mammorna om deras psykiska mående, situationen hemma med den nyfödda och genom att använda sig av mottagningens egna screeningsinstrument. Den faktor som mest påverkade att man inte använde sig av något screeningsinstrument alls visade sig vara att vårdarna inte kände att de hade tillräckligt med kunskap om hur man använder ett sådant instrument.

5.3 Vårdpersonalens kunskaper om förlossningsdepression

Goodman och Tyer-Viola (2010) har genomfört en studie vars syfte var att ta reda på hur många av de kvinnor som lider av förlossningsdepression och ångeststörningar som blir upptäckta, hur de behandlas och remitteras av vårdpersonalen. Resultatet visar att 23% av deltagarna screenade positivt för depressionssymptom och/eller ångeststörning under den sista tredjedelen av graviditeten. Av dessa hade endast 41% anteckningar om psykiska symptom eller diagnoser i sina journaler och av dessa hade 20% inga dokumentationer i sina journaler om att de skulle ha fått någon behandling eller remiss.

När man i samma studie undersökte kvinnorna igen sex veckor efter förlossningen screenade 47,5% positivt för depressionssymptom och/eller ångeststörning av de som under graviditeten också screenat positivt. Av de som under graviditeten screenade negativt hade 9% symptom på depression och/eller ångeststörning sex veckor efter

förlossningen. Av båda dessa grupper som screenade positivt sex veckor efter förlossningen hade ungefär en tredjedel anteckningar i sina journaler om psykiska symptom eller diagnoser. Av de som hade anteckningar hade de allra flesta fått någon typ av behandling. (Goodman & Tyer-Viola, 2010).

Goodman och Tyer-Viola (2010) har alltså kunnat konstatera att förlossningsdepression är ett vanligt fenomen, men att det ofta förblir oupptäckt och obehandlat. Man kunde också dra slutsatsen att de allra flesta kan upptäckas redan under graviditeten och att det därför skulle vara viktigt att redan under graviditeten screena för förlossningsdepression. På så vis skulle man kunna minimera de negativa effekterna på mor och barn som en depression har.

Den tidigare nämnda studien av Dennis och Chung-Lee (2006) visar också att hälsovårdarnas okunskap kan orsaka att kvinnorna inte får hjälp för sin förlossningsdepression. Hälsovårdarna har också en tendens att normalisera psykiska problem och kvinnorna i studien rapporterade att de ofta känt att de inte blivit tagna på allvar då de sökt hjälp. Kvinnorna upplevde att hälsovårdaren samt läkaren gav dem mycket lite tid och att de hellre skrev ut medicin än diskuterade. Dessutom hade kvinnorna ofta en mycket negativ inställning till depressionsmedicin. Många kvinnor längtade mest efter att få prata med en sympatisk och empatisk vårdare.

Austin och Lumley (2003) har gjort en litteraturstudie för att utvärdera om det finns något precist och tillförlitligt screeningsinstrument för att identifiera gravida kvinnor som löper risk att drabbas av förlossningsdepression. I studien utvärderades ett stort antal screeningsinstrument, bland annat EPDS, GHQ12 och BDI. Inget av screeningsinstrumenten som framkom i studien gav tillförlitliga svar, många kvinnor som under graviditeten hade identifierats med en förhöjd risk att insjukna i förlossningsdepression utvecklade aldrig någon depression. Man konstaterar i artikeln att det inte finns något tillförlitligt screeningstest för förlossningsdepression.

Jones, Creedy och Gamble (2012) har gjort en studie i Australien vars syfte var att beskriva hurudan vård barnmorskor rapporterade att de ger till kvinnor som lider av depression före eller efter förlossningen. I studien framkom att 69,1 % av barnmorskorna screenar för depression bland gravida och nyblivna mödrar. De flesta av barnmorskorna använde sig av EPDS-blanketten och de tyckte att den är välfungerande på många sätt. Barnmorskorna i undersökningen visade på tre huvudsakliga orsaker till att den emotionella delen av vården kan vara bristfällig. Dessa är tidsbrist hos barnmorskorna, avsaknad av stödservice samt en

uppfattning om att kvinnorna som lider av depression är motvilliga till att söka hjälp. Nästan hälften av barnmorskorna rapporterade också att antalet depressioner före och efter förlossningen som upptäckts har stigit.

I samma undersökning ville man också bedöma barnmorskornas förmåga att upptäcka depression före och efter förlossning samt deras kunskap om vilka typer av terapi man kan rekommendera åt kvinnor som lider av depression under graviditeten eller efter förlossningen. Resultatet visade att 63,3% av barnmorskorna upptäckte depression i en fallstudie, medan 82,4% ansåg att kvinnan i fallstudien var i behov av hjälp. Barnmorskorna ansåg att stöd från partner, familj och vänner samt avslappning, terapi, självhjälpgrupper och professionell hjälp är terapimetoder som passar kvinnor med depression under graviditeten. Kvinnor med förlossningsdepression behöver enligt barnmorskorna professionell hjälp. Antidepressiva läkemedel rekommenderades mer sällan åt kvinnor med depression under graviditeten (61,5%) än åt kvinnor med förlossningsdepression (93,2%). (Jones, Creedy & Gamble, 2012).

5.4 Sammanfattning

I den tidigare forskningen framkommer det att kvinnor som besöker mödrarådgivningen anser att personalen bör ge tillräckligt med information, diskutera och svara på frågor samt ge emotionellt stöd. (Hildingsson & Rådestad, 2005; Dennis & Chung-Lee, 2006; Seefatvan Teeffelen m.fl., 2011). Olika tillvägagångssätt som nämns i den tidigare forskningen för att upptäcka förlossningsdepression på mödrarådgivningen är att använda screeningsinstrument, diskutera kring förlossningsdepression samt att ge information om sjukdomen (Okano m.fl., 1998; Goldsmith, 2007; Milgrom m.fl., 2011). Resultaten för hur information om förlossningsdepression påverkar hur snabbt en drabbad kvinna tar kontakt med sjukvård går dock isär (Okano m.fl., 1998; Milgrom m.fl., 2011). I tidigare forskning framkommer det att screeningsinstrument nog används för att upptäcka förlossningsdepression, men inte alltid (Goldsmith, 2007; Jones m.fl., 2012). Det är också intressant att EPDS rekommenderas som screeningsinstrument trots att det enligt en del forskning konstaterats att instrumentet är otillförlitligt (Austin & Lumley, 2003). Förlossningsdepression förblir ofta oupptäckt, vilket mestadels beror på okunskap hos personalen på rådgivningen (Dennis & Chung-Lee, 2006; Goldsmith, 2007; Jones m.fl., 2012).

6 Metodbeskrivning

Denna studie kommer att genomföras med ett kvalitativt närmelsesätt. Kvalitativ forskning är en så kallad öppen metod där forskaren försöker att så lite som möjligt styra den information som samlas in. Undersökaren bör inte ha förutfattade meningar om ämnet som undersöks och informanterna ska svara med egna ord på sitt eget sätt för att forskaren ska få den korrekta förståelsen av ämnet som undersöks. När man använder sig av kvalitativ metod betonas närheten till informanterna, man vill komma åt informanternas innersta tankar och känslor. Andra begrepp som beskriver kvalitativ forskning är nyansrikedom och flexibilitet. (Jacobsen, 2007, 48–50).

6.1 Val av informanter

I denna studie tillämpas ett ändamålsenligt urval vid val av informanter. Enligt Polit och Beck (2010, 312) baserar sig denna typ av urval på tron att forskarens kunskap om populationen kan användas för att plocka ut personer som passar för undersökningen. Forskaren kan ändamålsenligt välja ut informanter som anses vara typiska för just ämnet i fråga eller som anses vara experter i ämnet. Ändamålsenligt urval används ofta inom kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2010, 312). Denscombe (2009, 37) benämner ändamålsenligt urval som subjektivt urval och enligt honom innebär metoden att man väljer sina informanter utgående från att man redan vet att dessa personer passar in i undersökningens tema. Man har alltså någon tidigare kunskap om dessa människor eller vet att de har erfarenheter av det fenomen som ska undersökas. Denscombe (2009, 37) nämner att fördelar med denna typ av urval är att informanterna troligtvis har mycket relevant kunskap om det valda ämnet och att ett subjektivt urval dessutom hjälper undersökaren att närma sig sina informanter. Ändamålsenligt urval eller subjektivt urval passar vår studie väl eftersom kvinnor som har haft förlossningsdepression kan anses vara experter på detta område och man kan anta att det är dessa kvinnor som bär på de upplevelser som undersöks i studien.

En annan urvalsmetod som används i denna undersökning är snöbollsurval. Enligt Polit och Beck (2010, 309) samt Denscombe (2009, 38) innebär snöbollsurval att man i början har några informanter som i sin tur kan hänvisa vidare till andra personer som skulle kunna tänkas vara relevanta för undersökningen. Förhoppningsvis är dessa personer villiga att

delta och de kan också i sin tur hänvisa vidare och på så sätt växer antalet informanter successivt. Metoden har alltså en så kallad snöbollseffekt, snöbollen rullas vidare och blir större och större. Denna typ av informantval passar särskilt bra för småskaliga projekt. Det går relativt snabbt att få tag på en rimlig mängd informanter och det kan anses vara ett bra sätt att närma sig informanterna på eftersom personen som hänvisat till dem fungerar som en referens. Enligt Trost (2007, 32) passar snöbollsmetoden främst för kvalitativa forskningar eftersom urvalet lätt blir en särskild typ av människor. Polit och Beck (2010, 309) beskriver snöbollsurval som en typ av bekvämlighetsurval och påpekar att metoden ofta passar om informanterna bör ha något särdrag som är svårt att identifiera. I denna undersökning passar snöbollsurval bra eftersom förlossningsdepression är ett känsligt ämne det sällan talas om och därmed kan det vara svårt att få tag på informanter på något annat sätt.

I denna studie kontaktas informanterna både med brev och med telefonsamtal innan enkäten skickas ut till dem. I brevet ingår information om undersökningen och dess syfte samt en förfrågan om de är intresserade att delta. Efter att de har mottagit brevet kontaktas informanterna med ett telefonsamtal och de får meddela om de vill delta eller ej, dessutom får de ge förslag på andra kvinnor som skulle kunna delta i studien. Till de kvinnor som meddelar att de vill delta i undersökningen sänds en enkät tillsammans med föreskrifter för hur enkäten bör fyllas i.

6.2 Datainsamlingsmetod

Som datainsamlingsmetod i studien används en enkät med öppna frågor. Denscombe (2009, 367) nämner att man kan använda sig av ett frågeformulär med öppna frågor när man samlar in data inom kvalitativ forskning. Enligt Eijvegård (2009, 49) passar enkät som datainsamlingsmetod när man vill ha reda på människors åsikter, tyckanden, uppfattningar och kunskaper, alltså passar enkät som datainsamlingsmetod i denna undersökning väl. Vid insamlingen av data i denna undersökning används ett induktivt förhållningssätt. Ett induktivt förhållningssätt innebär att data samlas in på ett öppet sätt och att data styrs så lite som möjligt (Jacobsen, 2007, 49).

Fördelar med enkät är att informanten i lugn och ro kan fylla i frågeformuläret och att ”intervjuareffekten” elimineras, vilket betyder att frågorna inte påverkas av den som ställer dem. Frågorna i enkäten är standardiserade och presenteras på samma sätt för alla

informanter. Det är också lättare för informanten att svara på känsliga frågor när svaren inte behöver ges inför en okänd människa. (Eljertsson, 2005, 11–12). Eftersom ämnet i denna undersökning är känsligt är enkät en lämplig metod för datainsamling.

En nackdel med att använda enkät är att svarsfrekvensen ofta är låg (Denscombe, 2009, 27). Genom att se till att frågeformuläret ser snyggt ut, är åskådligt, entydigt och enkelt kan man höja svarsfrekvensen (Ejvegård, 2009, 57). Andra nackdelar med enkäter är att antalet frågor är begränsade och att informanten inte kan fråga upp om någonting är oklart och dessutom kan man inte ställa alltför komplicerade frågor (Eljertsson, 2005, 12–13). En enkät kan också ge ofullständiga eller dåligt ifyllda svar (Denscombe, 2009, 228). I en enkätundersökning kan man inte med säkerhet veta att det är den avsedda personen som har fyllt i svaren (Eljertsson, 2005, 13).

En enkät eller ett frågeformulär lämpar sig för forskning när man med hjälp av formuläret kan få insamlad information som man sedan kan analysera. Frågorna i formuläret bör vara relevanta och fråga direkt efter det man vill veta. (Denscombe, 2009, 207).

Tillvägagångssättet vid kontakten med informanterna i denna studie kan tänkas bidra till en hög svarsfrekvens. Informanterna har också möjlighet att ta kontakt ifall det uppstår frågor om undersökningen samt enkäten. Vi har strävat efter att utforma enkäten i denna studie på ett snyggt och begripligt sätt.

Frågorna i en enkät skall vara tydliga och skrivna med ett sådant språk så att informanten förstår frågan (Trost, 2007, 84). Därtill bör en frågeformulering bestå av endast en fråga, annars blir det förvirrande både för den som skall svara och den som skall analysera data (Trost, 2007, 82–83). Negationer i frågan och långa frågeformuleringar bör undvikas (Trost, 2007, 84–86). Frågorna skall inte heller vara ledande, värderande, stötande eller hypotetiska (Bell, 2006, 144–145). Denscombe (2009, 220) nämner att frågornas ordningsföljd i formuläret bör beaktas. De mest okomplicerade frågorna skall komma först i enkäten, medan de mest känsliga frågorna kommer sist. På så sätt kan man undvika att den som svarar på frågorna avstår från att fylla i frågeformuläret.

I denna studie kommer öppna frågor att användas. Öppna frågor tillåter den som fyller i enkäten att själv formulera svaret, bestämma hur långt svaret blir och att med egna ord beskriva sin syn på saken. Enligt Denscombe (2009, 221) får man med öppna frågor med stor sannolikhet en bred och uttömmande bild av informantens åsikter och upplevelser. Dock kan öppna frågor vara en nackdel eftersom att de är ganska tidskrävande att svara på,

vilket kan leda till att färre personer väljer att fylla i enkäten. Data som samlas in med hjälp av frågeformulär bestående av öppna frågor kräver också mycket bearbetning och analysering av den som genomför undersökningen (Denscombe, 2009, 221).

6.3 Dataanalys

Data som man får insamlad genom en enkät med öppna frågor kan analyseras som kvalitativ data. Det finns fyra vägledande principer när det gäller att analysera kvalitativ data. Den första principen är att både analysen och de slutsatser som studien leder till skall vara fast förankrade i data. Den andra principen innebär att den som bedriver undersökningen skall bekanta sig väl med och noga läsa igenom data. Den tredje principen i analysprocessen av kvalitativa data är att forskaren inte skall låta egna fördomar eller kunskap om tidigare forskning påverka analysen. Den fjärde principen är att analysen av data skall vara en upprepande process där empirisk data och koder, kategorier samt begrepp som används i analysen ständigt jämförs med varandra. (Denscombe, 2009, 367, 369).

I denna studie kommer kvalitativ innehållsanalys att användas som metod vid dataanalysen, eftersom innehållsanalys kan användas vid analys av texter (Denscombe, 2009, 307). Enligt Elo och Kyngäs (2008) består innehållsanalys av tre huvudsteg, vilka är förberedelse, organisering och rapportering av forskningen. Kännetecknet för innehållsanalys är att orden i en text delas in i mindre kategorier. Analysprocessen börjar med förberedelse och att man bestämmer vilken enhet som skall användas i analysen. En enhet kan till exempel vara ett ord, en mening eller ett längre stycke. Graneheim och Lundman (2004) nämner att också en hel intervju kan användas som enhet. När enheten är bestämd bör man bekanta sig väl med insamlad data, så att man förstår vad texterna handlar om (Elo & Kyngäs, 2008).

Före man går vidare i analysprocessen måste man bestämma sig för om man kommer att analysera manifest eller latent innehåll i texterna (Elo & Kyngäs, 2008). I den här studien kommer latent innehåll att analyseras, vilket innebär att man uppmärksammar också den underliggande meningen i texten (Graneheim & Lundman, 2004).

Vid induktiv innehållsanalys är nästa steg i analysprocessen att organisera data, vilket innebär öppen kodning av data, skapande av kategorier och abstraktion. Att öppet koda data betyder att man söker efter enheter i data som handlar om ett visst fenomen. Efter

kodningen skapar man kategorier, som kan vara både över- och underkategorier. En kategori består av likartade koder och kan bestå av flera subkategorier. Genom att koda och kategorisera texten förkortas den på samma gång utan att kärnan i innehållet går förlorad. Detta kallas kondensering. När latent data tolkas vid analysen kan man också hitta ett underliggande samband mellan koder och kategorier, detta samband kallas tema. Ett tema kan bestå av flera subteman och en kod eller en kategori kan passa in i flera teman. (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2008).

Slutligen i analysprocessen gör man en abstraktion. Abstraktion innebär att man slår ihop olika subkategorier till kategorier och grupperar kategorier i större kategorier, så långt det är möjligt. Abstraktionen leder till att man skapar en allmän beskrivning av forskningsresultatet. (Elo & Kyngäs, 2008).

6.4 Undersökningens praktiska genomförande

I denna studie kontaktades till en början personer som tidigare hade framträtt i en artikel i en finländsk dagstidning. Ett brev (Bilaga 1) med information om studien och en förfrågan om de var intresserade att delta skickades till dem. En vecka senare kontaktades personerna med hjälp av telefon och de fick meddela om de ville vara med i undersökningen eller inte. En enkät (Bilaga 2) skickades per post till de som ville delta och ett frankerat svarskuvert sändes tillsammans med enkäterna.

I det första brevet som skickades till dem uppmanades de eventuella informanterna också att fundera på om de kände till någon annan person som kunde tänkas vilja och kunna ställa upp i undersökningen. Vid telefonsamtalet tillfrågades de om de hade tips på fler informanter. När denna snöbollsmetod ej fungerade och inga fler informanter hittades, lades istället en ansökan (Bilaga 3) ut på det finlandssvenska internetforumet www.mammapappa.com. I ansökan efter informanter ingick information om studien samt e-post adresser till oss. På detta sätt samlades fler informanter ihop. De som var intresserade skickade sin postadress till oss och en enkät sändes till dem.

En påminnelse skickades ut till alla personer som visat intresse att delta cirka en månad efter att de hade fått enkäten. Med påminnelsen sändes också en extra enkät, eftersom vi inte visste vem som hade sänt in sin enkät redan och ifall den tidigare enkäten hade slarvats bort. Allt som allt deltog 7 informanter från Svenskfinland i denna studie.

6.5 Etisk diskussion

God vetenskaplig praxis är enligt Forskningsetiska delegationen (2002, 11) en förutsättning för att undersökningen ska vara etiskt acceptabel och trovärdig. Forskningsetiska delegationen nämner att en god forskningspraxis bygger på ärlighet och noggrannhet då man utför undersökningen, dokumenterar och presenterar samt även då man granskar undersökningar och resultat. Forskaren bör använda sig av metoder som uppfyller kriterier för vetenskaplig forskning samt som är etiskt försvarbara. Undersökningen ska i detalj planeras, genomföras och rapporteras enligt kraven på vetenskaplig forskning. Undersökaren ska också ta hänsyn till andra forskare och deras resultat. Alla parter som ingår i forskningen bör godkänna både rättigheter och skyldigheter kopplade till undersökningen. Slutligen bör man tillämpa en god förvaltning. Forskningsetiska delegationen (2009, 5) har också utarbetat etiska principer för forskning inom humanvetenskaperna.

6.5.1 Principen om forskningspersonernas självbestämmanderätt

Principen om forskningspersonernas självbestämmanderätt innebär att de som deltar som informanter i forskningen gör det frivilligt, grundat på tillräcklig information om forskningen. Informanterna ska ge sitt samtycke till att delta i forskningen antingen skriftligt eller muntligt. Informanterna har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i undersökningen. (Forskningsetiska delegationen, 2009, 5). I denna studie ges information till informanterna om studien och dess syfte samt att deltagandet är frivilligt och att de även kan avbryta deltagandet under studiens gång.

6.5.2 Principen om undvikande av skador

Principen om undvikande av skador innebär att undvika psykiska, ekonomiska och sociala olägenheter. Genom att bemöta informanterna med respekt och genom att ta hänsyn till dem när forskningen skrivs kan man undvika psykiska olägenheter för informanterna. Det är informanterna som bestämmer vad som är känsligt och privat när det gäller frågor i undersökningen. Som forskare bör man vara medveten om att frågor och teman i forskningen kan framkalla olika känslor hos olika människor. Om man undersöker människors upplevelser i livet är det tillåtet att väcka informanternas känslor och tankar, så

länge det innebär samma psykiska belastning som i vardagslivet. (Forskningsetiska delegationen, 2009, 8).

Förlossningsdepression kan anses vara känsligt, detta beaktas i kontakten till informanterna. Som datainsamlingsmetod används därför enkät, vilket ger informanterna utrymme att själva svara på frågorna utan att ansikte mot ansikte behöva utelämnas till en främmande person. Informationsbrev och enkäten formuleras på ett finkänsligt sätt och telefonkontakterna genomförs hänsynfullt.

6.5.3 Principen om personlig integritet och dataskydd

Finlands grundlag garanterar integritetsskydd. Integritetsskydd och dataskydd innefattar att man skyddar forskningsmaterialet och dess konfidentialitet genom att planera hur man förvarar uppgifter som kan identifiera informanten. Informanternas personuppgifter och insamlad data bör inte förvaras på samma ställe. När ett visst material inte längre behövs, exempelvis personuppgifter, finns det oftast ingen orsak till att spara dessa. Forskningsmaterialet får inte lämnas ut åt någon och det får inte användas av någon annan orsak än i forskningssyfte. Man bör omskriva eller lämna bort uppgifter som kan röja informanternas identitet. (Forskningsetiska delegationen, 2009, 9–12).

Informanterna och deras svar behandlas anonymt och alla personuppgifter samt all insamlad data behandlas konfidentiellt, detta delgavs informanterna redan före datainsamlingens start. Insamlad data har förvarats så att utomstående inte kan ta del av det. Allt pappersmaterial och all elektronisk data från datainsamlingen förstörs då studien är klar.

6.5.4 Etikprövning

Vid etikprövning av forskningar inom humanvetenskaperna utgår man från de tidigare nämnda etiska principerna. Planen för datainsamlingen, forskningens praktiska genomförande, informationen till informanterna samt bearbetningen och förvaringen av data granskas. Ifall forskningen eventuellt kommer att medföra skada för informanterna vägs detta mot det kunskapsvärde som forskningen kan ge. Det är alltid forskaren själv som har ansvaret när det gäller etiska och moraliska frågor i forskningen. (Forskningsetiska delegationen, 2009, 12–13).

7 Resultatredovisning

Resultatet i denna studie delas in i fyra olika kategorier. I den första beskrivs kvinnors upplevelser av själva förlossningsdepressionen. I den andra kategorin beskrivs upplevelser av en god mödrarådgivning, i den tredje beskrivs upplevelser av en bristfällig mödrarådgivning och i den sista beskrivs kvinnornas egen envishet som ett hinder för hjälp.

7.1 Kvinnornas upplevelser av förlossningsdepression

Många av informanterna i denna studie beskriver sina förlossningsdepressioner som tunga och svåra. Någon upplevde att tiden gick oerhört långsamt och att det inte fanns något att se fram emot. Kvinnorna beskriver känslor av nedstämdhet, ensamhet, trötthet och kraftlöshet. Små saker kan få den drabbade kvinnan att gråta och hon kan känna sig alldeles sönder. Det kan vara svårt att ta sig upp ur sängen och hon har svårt att överhuvudtaget komma sig för något alls. Kvinnan kan känna sig övergiven, ful, fet och oattraktiv. Förlossningsdepression kan upplevas som ett grått töcken, som att simma i sirap eller som att vara fast under ytan med en glasskiva ovanpå. Skuld-känslor uppstår lätt då kvinnan känner sig otillräcklig som mamma, hon kan också uppleva att alla runtomkring henne ser hur dålig mamma hon är. Kvinnan försöker ibland dölja detta för sin omgivning och anstränger sig för att verka glad trots att hon kanske hatar sig själv.

”Jag hade inga känslor, var varken glad eller arg.”

”Det kändes som om alla människor stirrade på mig för att jag är en dålig mamma.”

”I depressionen kändes det som att simma i sirap.”

”Det var som att vara fast under ytan, med en glasskiva ovanpå.”

Ett flertal av kvinnorna i studien nämnde att deras män inte förstod sig på dem och på förlossningsdepressionen. Någon påpekade också att hennes man ofta var borta och att hon därför inte fick något stöd av honom. Kvinnorna försöker även ofta dölja problemet för sin partner.

”Kämpade varje dag för att dölja det, för min sambo, och framför allt för babyn.”

”Min man ville sopa det hela under mattan, han tyckte bara att jag borde motionera mera, han förstod mig inte alls.”

När depressionen så småningom börjar ge med sig kan kvinnan uppleva att hon ser på sitt barn med ”nya ögon”. Hon återfår sina känslor och blir gladare. Hon blir piggare och starkare och börjar känna igen sig själv. Då kvinnan tillfrisknar sörjer hon ofta den tid som hon har gått miste om tillsammans med sitt barn.

”Nu såg jag honom klarare på nåt sätt, han satt på golvet och lekte och jag kände KÄRLEK. Blev så glad... Om jag fått hjälp i tid hade jag kunnat få ett år mer av kärlek, som jag nu miste, och framförallt så miste min son det. ”

”När medicinen gav resultat (inom några dagar) kände jag mej starkare o. piggare hela tiden. Jag började äntligen känna igen mej själv, jag började känna igen vad jag tyckte om.”

7.2 Upplevelser av en god mödrarådgivning

I denna kategori beskrivs upplevelser hos de kvinnor som känner att de fått ta del av en god mödrarådgivning vad gäller hanteringen av förlossningsdepression. Dessa kvinnor nämner bland annat god information, öppen diskussion och ordnande av hjälp som väsentliga delar av mödrarådgivningen.

Information

Enligt informanterna i studien bör en god vård vid mödrarådgivningen innefatta att barnmorskan/hälsovårdaren ger tillräcklig och bra information om förlossningsdepression. Informationen ska ges både under graviditeten samt efter förlossningen. Information kan också med fördel ges under förberedelsekursen. Informationen ska ges muntligt och med hjälp av broschyrer, gärna i en kombination. Den ska innehålla fakta om förlossningsdepression samt vart och hur man ska ta kontakt om man har problem. Personalen på mödrarådgivningen bör förklara att det är vanligt med humörsvängningar under graviditet och efter förlossning och att det inte är något att skämmas över.

”Redan innan barnen ... föddes, pratade hälsovårdaren om förlossningsdepression o. jag fick olika infohäften om graviditet, förlossning o. babytid. Förlossningsdepression sades vara vanligt och inget att skämmas för.”

Öppen diskussion

En god mödrarådgivning innefattar enligt kvinnorna i denna studie också att barnmorskan/hälsovårdaren för en öppen diskussion om ämnet. Det är viktigt för att kvinnan ska få förtroende och känna att hon kan ta kontakt om det behövs. Ungefär hälften av informanterna i denna undersökning har erfarenhet av att också diskutera riskfaktorer för förlossningsdepression med barnmorskan/hälsovårdaren.

”...men andra graviditeten pratade vi alltid öppet om detta pga mina tidigare erfarenheter.”

Frågan ”Hur mår du?”

Enligt de flesta kvinnorna är frågan ”hur mår du?” av stor betydelse. De kvinnor som fick den frågan upplevde den som mycket positiv, medan de kvinnor som inte fick frågan saknade den och upplevde att den skulle ha varit mycket viktig. När barnmorskan/hälsovårdaren ställer frågan bör denne också ge tid för att lyssna och diskutera. Hon kan också ringa kvinnan för att höra hur hon har det.

””Min” rådgivnings”tant” skötte sig bra. Hon ringde flera gånger för att höra hur jag har det och hon gav sig tid att prata och lyssna.”

”Hon frågade hur jag mår och uppmuntrade mig att söka hjälp.”

”I samband med varje rådgivningsbesök frågade hälsovårdare hur jag mår.

”Det var en rådgivningstant som råkade vikariera vår ordinarie när pojken var på 8-mån kontroll som frågade hur jag mår. Ingen hade frågat innan.”

Enkäter om psykisk hälsa

Resultatet i denna studie visar att det ibland kan vara fördelaktigt att barnmorskan/hälsovårdaren använder sig av enkäter med frågor om kvinnans psykiska hälsa. Många av

kvinnorna fick fylla i en enkät och diskuterade sedan svaren med barnmorskan/hälsovårdaren. I vissa fall kunde man med hjälp av enkäten konstatera förlossningsdepression, barnmorskan/hälsovårdaren ordnade eller rekommenderade då vidare hjälp. Resultaten i vår studie visar dock på att en enkät inte alltid leder till att förlossningsdepression upptäcks eftersom kvinnorna kanske inte alltid fyller i den sanningsenligt. Ibland kan en enkät ändå leda till diskussion. De informanter som mindes vilken enkät som använts nämnde EPDS samt DEPS, men de allra flesta mindes inte enkätens namn. Enkäterna används oftast i samband med eftergranskningen efter förlossningen.

”Jag skulle fylla i en blankett i.o.m eftergranskningen. Vid sista frågan som jag inte svarat på tyckte hälsosystem(rådgivaren) att jag behöver prata med någon”.

”Rådgivnings”tantan” gick igenom blanketten punkt för punkt och svaren diskuterades (där det behövdes).”

Ordnande av hjälp

Enligt studiens informanter bör en god mödrarrådgivning leda till att kvinnan som lider av förlossningsdepression får hjälp så fort som möjligt. Barnmorskan/hälsovårdaren bör ta tecken på förlossningsdepression på stort allvar och rekommendera eller hjälpa kvinnan att ta kontakt med läkare, terapeut eller annan lämplig person.

”...då tog jag självmant kontakt med min då redan väldigt bekanta ”rådgivningstant” som i sin tur tog kontakt med en terapeut som kontaktade mig och jag fick hjälp.”

”När jag tog kontakt och berättade att jag mådde dåligt fick jag väldigt snabbt hjälp.”

”Hälsovårdaren tog det på allvar och brydde sig om att jag sökte hjälp.”

”När jag började må allt sämre fick jag kontaktuppgifterna till den lokala Baby Blues-arbetaren.”

7.3 Upplevelser av en bristfällig mödrarådgivning

I denna kategori beskrivs upplevelser hos de kvinnor som anser att mödrarådgivningen varit bristfällig vad gäller hanteringen av förlossningsdepression. Det som kvinnorna huvudsakligen har saknat är en bra information, omvårdnad samt förtroende för vårdpersonalen. Dessutom beskrivs användning av klichéer som negativt.

Bristfällig information

De kvinnor som var missnöjda med mödrarådgivningens sätt att hantera förlossningsdepression upplevde att barnmorskan/hälsovårdaren gav för lite information om vart man ska vända sig och om hur man ska gå till väga för att få hjälp vid förlossningsdepression. Flera av kvinnorna visste inte heller att de kunde diskutera sina psykiska problem med barnmorskan/hälsovårdaren på rådgivningen.

”När jag sen insjuknade visste jag inte ens vart jag skulle vända mej. Visste inte att man kunde diskutera sen när bebisen var till rådgivningen, trodde att de besöken bara skulle handla om barnet.”

”Rådgivningstanten kunde ha tagit upp det på kontrollerna (när man var gravid) och sagt HUR och VART man skulle söka hjälp”

Kvinnorna uttryckte också en önskan om att de skulle ha velat få mera information om förlossningsdepression redan före förlossningen och om att man kan insjukna i depression redan under graviditeten. Informationen som ges bör innehålla kännetecknen för förlossningsdepression och hur man skiljer på depression och vanliga humörsvängningar samt trötthet. Barnmorskan/hälsovårdaren bör också förklara att depression efter förlossning är vanligt och att det inte är något att skämmas för.

”Informationen är mycket fokuserad på förlossningsdepression, det att man kan få depression före också talar man inte om lika mycket.”

”Mer information före förlossningen.”

”Meddela och diskutera om risker och hur känner man igen depression jämfört med ”vanlig trötthet”.”

”Man borde ha betonat mer att man kan må dåligt. Och att man får ha negativa känslor.”

Brist på omsorg och förtroende

Kvinnorna i denna studie skulle ha velat att barnmorskan/hälsovårdaren frågade dem hur de mårde. En del upplevde också att de inte hade något förtroende för sin mödrarådgivare och ville därför inte prata om sitt psykiska mående med henne. Brist på förtroende kan till och med leda till att kvinnan inte alls, ens i efterhand, kan berätta om sin förlossningsdepression för barnmorskan/hälsovårdaren.

”Man kunde ha frågat hur jag mår. Det hade räckt långt”

”HV fick aldrig veta om min förlossningsdepr. Kände inte att jag ändå kunde diskutera nåt om den med henne.”

Ignorans

De kvinnor som upplevde att man agerade dåligt på mödrarådgivningen berättade att barnmorskan/hälsovårdaren inte hakade på vid tecken på att kvinnan mårde dåligt och att hon varken gav hjälp eller stöd. Barnmorskan/hälsovårdaren tog inte symptomen på allvar och ibland kunde hon till och med undvika diskussion om psykisk ohälsa. En del av kvinnorna fick kämpa hårt för att få hjälp.

”...Och då blev hon tyst... sen började hon prata om nåt annat. Då kunde hon väl ha frågat vidare om nåt är på tok, men hon bara bytte samtalsämne.”

”Det var svårt att få hjälp. Fick skriva mail, ringa, GNÄLLA mej till hjälp... sökte även hjälp hos HVC, men läkaren sade att jag skulle ta kontakt sen om jag vill döda mej själv. FÖRST DÅ FÅR MAN HJÄLP??!”

Klichéer

Bland upplevelserna av en dålig mödrarådgivning finns också nämnt att personalen hade använt sig av klichéer samt påståenden och frågor där man förväntades ha ett visst svar. Detta upplevdes som mycket jobbigt och kunde leda till att kvinnorna började må ännu sämre. Dessa frågor kunde också ge skuld känslor åt kvinnan då hennes svar inte stämde överens med det förväntade svaret.

”HV frågade eller kommenterade varje gång att –”tycker du att det har gått fort”?! och log... Hon kunde ha slutat ställa den där jäkla frågan varje gång! Man får dåligt samvete och känner sig annorlunda, hon får det att låta som om alla måste tycka att –”ja-a tiden har nog gått så fort”! Och när man inte gjorde det då så blev man ev. ännu lite mera deprimerad...”

”Det enda man hörde var ”kom ihåg att njuta sen!!””

7.4 Kvinnans envishet hindrar hjälp

Den här kategorin beskriver hur kvinnornas egen envishet orsakade att det var svårt för mödrarådgivningens personal att gripa in. Informanterna beskrev hur de under rådgivningsbesöken kunde låtsas att allt var bra. Någon upplevde också att hon under själva besöket mådde bättre eftersom hon då just hade någon att prata med. Många av kvinnorna var medvetna om att de inte mådde bra men försökte vara positiva och tro att det skulle ordna sig av sig självt. De nämnde också inre faktorer såsom trötthet och sömnsvårigheter som orsaker till förlossningsdepression. På grund av dessa olika faktorer ansåg kvinnorna att de inte var mottagliga för mödrarådgivningens hjälp. Några av informanterna förklarade också att de aldrig hade trott att de skulle drabbas av förlossningsdepression och att de därför kanske inte tog emot informationen på bästa vis.

”...jag tror också att jag kunde ta på mig en gladare min under besöken för just då kändes det att jag inte var ensam under den halvtimme jag satt hos mödrarådgivningen.”

”Jag tror att man gärna hade gett mig mycket bra info, men jag var positiv och försökte verkligen blicka framåt...”

”Envishet från min sida gjorde dock att det tog länge innan jag tog tag i situationen.”

”Först kändes det som onödig info, för jag trodde aldrig att jag själv skulle insjukna. Vilken tur att jag i alla fall fick info redan på förhand.”

”...men hoppades ändå att det skulle försvinna och väntade ytterligare 2 månader förrän jag sökte hjälp.”

Resultatet i studien visar ändå att informanterna anser att barnmorskan/hälsovårdaren kunde ha gett mera information om förlossningsdepression trots deras eget ointresse.

Kvinnorna menar att informationen ändå fastnar någonstans i bakhuvudet och kan plockas fram vid behov. Ungefär hälften av informanterna fick sist och slutligen hjälp genom mödrarådgivningen, medan hälften inte fick hjälp. De informanter som inte fick hjälp från mödrarådgivningen tog endera självmant kontakt med någon terapeut eller läkare eller så blev de upptäckta i andra sjukvårdssammanhang och fick hjälp på så vis.

8 Tolkning av resultatet

I det här kapitlet kommer resultatet i vår undersökning att tolkas mot den teoretiska bakgrunden, tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter. Ämnen som diskuteras i kapitlet är kvinnors upplevelse av förlossningsdepression, bemötandets betydelse och hur väl rekommendationerna för mödrarådgivningen följs.

8.1 Upplevelser av förlossningsdepression

Kvinnornas beskrivningar av hur de upplevde själva depressionen stämmer till mångt och mycket ihop med Becks (1993) teori om förlossningsdepression. I informanternas beskrivningar kan man lätt hitta de olika stegen i förlossningsdepressionsprocessen. Kvinnorna i denna studie nämner bland annat hur hemskt det var att plötsligt drabbas av sjukdomen och att den orsakade att de inte kände igen sig själva. Det sista steget i processen, tillfrisknandet, beskrivs tydligt av informanterna i denna studie. Ett flertal av kvinnorna nämner sorgen som uppstår då de inser vad de har förlorat under sjukdomstiden, men också glädjen som uppstår då de börjar känna igen sig själva. Kvinnorna i denna studie påpekade också att de saknade stöd av sin partner och att partnern inte förstod sig på depressionen. I Dennis och Chung-Lees (2006) studie påpekas att det är viktigt att personalen på mödrarådgivningen ger information om förlossningsdepression även åt partnern för att han ska kunna ge stöd åt kvinnan.

8.2 Bemötande

Resultatet i denna undersökning visar vad kvinnor som lidit av förlossningsdepression anser vara ett bra respektive bristfälligt bemötande på rådgivningen med tanke på depressionen. De kvinnor som var nöjda med hur de blev bemötta och med hur barnmorskan/hälsovårdaren på rådgivningen agerade, nämnde tillräckligt med information och en öppen diskussion, uppmärksammande av deras psykiska mående och frågan ”Hur mår du?” samt ordnande av hjälp som viktiga ingredienser i rådgivningsbesöken. Detta kommer också fram i studien gjord av Seefat-van Teeffelen m.fl. (2011), där resultatet visade att kvinnor vill ha information och emotionellt stöd av personalen på rådgivningen. Vidare i samma forskning framkommer det att kvinnorna också vill att barnmorskan/hälsovårdaren skall fråga hur de mår och hur de klarar av sin nya livssituation, lyssna, svara på frågor, uppmuntra och informera om vilka normala förändringar en graviditet och förlossning för med sig.

I vår undersökning nämnde de kvinnor som var missnöjda med hur barnmorskan/hälsovårdaren bemötte dem och agerade att de inte hade fått tillräckligt med information, att de inte hade blivit tillfrågade om hur de mår, att man hade ignorerat kvinnans symptom på psykiska problem och undvikit diskussion kring dem. Hildingsson och Rådestad (2005) påvisade också i sin forskning att de kvinnor som var missnöjda med den emotionella aspekten av mödrarådgivningen ansåg att de fick för lite stöd, för lite information om problem relaterat till graviditeten samt för lite tid för sina egna frågor. Resultatet i en annan studie (Dennis & Chung-Lee, 2006) visade att kvinnor med psykisk ohälsa inte söker vård bland annat på grund av att de inte vet vart de ska vända sig. Det kom också fram att det ofta är oklart vad barnmorskan/hälsovårdaren har för uppgifter och kvinnorna kan tro att barnmorskan/hälsovårdaren inte har något med den mentala hälsan att göra. I samma studie framkom det att det krävs en öppen diskussion och en nära relation mellan rådgivaren och kvinnan för att kvinnan skall känna att hon kan och vågar ta upp känslomässiga problem. Dennis och Chung-Lee (2006) kom också fram till att okunskap hos barnmorskan/hälsovårdaren ofta leder till att kvinnan blir utan vård samt att barnmorskan/hälsovårdaren kan ha en tendens till att normalisera psykiska problem och att inte ta kvinnans problem på allvar. Kvinnorna i studien nämnde en önskan om att få vård av och att få diskutera med en empatisk och sympatisk vårdare.

I vår undersökning nämnde flera informanter att deras egen envishet, spel och tro på självläkning hindrat dem från att söka hjälp. I studien av Dennis och Chung-Lee (2006) framkom också att kvinnor med förlossningsdepression ofta är motvilliga till att söka hjälp och att de ogärna avslöjar emotionella problem.

Kvinnornas beskrivningar av hur barnmorskan/hälsovårdaren ignorerat och undvikit symptom på förlossningsdepression i vår undersökning kan kopplas samman med Erikssons (1994, 53–55) beskrivning av lidandets drama. Den första akten i dramat, bekräftande av lidande, innebär att en annan människa ser att man mår dåligt och vågar uppmärksamma det. Om medmänniskan, i vårt fall barnmorskan/hälsovårdaren på mödrarådgivningen, inte bekräftar kvinnans lidande blir lidandet ännu större. I den andra akten i dramat, själva lidandet, hindras den lidande från att lida ifall hon känner sig övergiven och vårdaren bortförklarar lidandet. Att kunna lida är en förutsättning för att ta sig genom och komma ut ur lidandets drama. Eriksson (1994, 92–93) nämner vårdlidande som en form av lidande. Utebliven vård, som är en typ av vårdlidande, kan ofta bero på att vårdaren inte har förmåga att se patientens behov (Eriksson, 1994, 92–93). Som tidigare nämnts visade resultatet i forskningen av Dennis och Chung-Lee (2006) också att okunskap kan leda till utebliven vård. I resultatet i vår studie beskriver ett flertal informanter hur de fått slåss med näbbar och klor för att få hjälp mot sin förlossningsdepression, vilket kan kopplas samman med Becks teori (1993) om förlossningsdepression. I teorin nämns strategier som kvinnor med förlossningsdepression tar till för att överleva och en av dessa strategier är att kämpa mot systemet för att få hjälp och behandling för sin sjukdom. Informanterna i vår undersökning nämnde upplevelse av besvikelse, frustration och ilska när de inte fick hjälp, vilket även kan kopplas samman med Becks teori (1993).

Resultatet i vår undersökning visar att kvinnor som fått hjälp för sin förlossningsdepression och därmed återfått sin hälsa är nöjda med mödrarådgivningen. I Hälsans idé betonar Eriksson (1996, 119–120) att hälsa är vårdprocessens mål.

8.3 Tillämpning av allmänna rekommendationer

Enligt resultaten i vår studie följs rekommendationer som getts ut av Stakes (2000) på vissa mödrarådgivningar av vissa barnmorskor/hälsovårdare. När rekommendationerna följs

upplevs mödrarådgivningen också som god och kvinnorna är nöjda. På de håll där rekommendationerna inte följs blir rådgivningen bristfällig och på grund av detta lider kvinnorna med psykisk ohälsa brist på vård och hjälp.

Resultatet i denna studie bekräftar att Stakes (2000) rekommendationer för hur man på mödrarådgivningen i Finland skall uppmärksamma psykisk ohälsa hos blivande och nyblivna mammor bör följas. Enligt informanterna är det viktigt att barnmorskan/hälsovårdaren öppet kan diskutera den psykiska hälsan med kvinnan samt reagera vid tecken på förlossningsdepression. Ämnet tas enligt informanterna ofta upp under förberedelsekursen, men borde också diskuteras mera under rådgivningsbesöken och hembesöket, vilket skulle vara i enlighet med Stakes (2000) rekommendationer. Kvinnorna i denna studie poängterade även betydelsen av förtroende för rådgivningspersonalen. Enligt Sarkkinen och Juutilainen (2007, 325–326) bör man på mödrarådgivningen skapa en god relation till kvinnan och se till att omgivningen på rådgivningen är avslappnad, för att kvinnan skall känna att hon kan och vågar berätta om sina känslor.

EPDS-blanketten som rekommenderas av Stakes (2000, 102) och som enligt våra resultat också används på vissa håll inom mödrarådgivningen, har även undersökts i studien av Jones m.fl. (2011) där barnmorskor anser att EPDS är ett bra verktyg för att upptäcka förlossningsdepression. De flesta av informanterna i vår undersökning hade fått fylla i en enkät, men många mindes inte namnet på den. Dock fanns det flera som inte fått fylla i någon blankett alls och inte ens visste om att det fanns sådana. Resultatet i studien gjord av Goldsmith (2007) visar också att långt ifrån alla som jobbar på mödrarådgivningen använder sig av screeningsinstrument. Goodman och Tyler-Viola (2010) konstaterar slutligen att många kvinnor med symptom på förlossningsdepression förblir oupptäckta och att det borde vara bra att screena för depression redan under graviditeten. Vår undersökning visade på att användandet av sådana här enkäter kan underlätta eller starta en diskussion i ämnet och att informanterna i första hand upplevde enkäten som positiv. Resultatet i studien gjord av Leigh och Milgrom (2007) visade också att alla kvinnor tyckte att det var accepterat att bli screenade. I denna undersökning framkom även att dessa screeningsinstrument inte alltid leder till att förlossningsdepression upptäcks. Detta bekräftas av Austin och Lumleys (2003) studie där resultatet visade att inga av de undersökta screeningsinstrumenten är tillförlitliga.

9 Kritisk granskning

I detta kapitel kommer innehållet i denna studie att granskas kritiskt enligt Larssons (1994) kvalitetskriterier för kvalitativa studier. Kriterierna delas in i tre grupper: kvaliteter hos framställningen i sin helhet, kvaliteter hos resultatet samt validitetskriterier.

9.1 Kvaliteter hos framställningen i sin helhet

Kvaliteter hos framställningen i sin helhet innefattar perspektivmedvetenhet, intern logik samt etiskt värde. *Perspektivmedvetenhet* innebär att man är införstådd med att fakta alltid är perspektivberoende, man har alltid en förförståelse för ämnet man forskar i redan innan man börjar tolka resultaten man har fått fram i sin studie. Under tolkningsprocessen förändras förförståelsen ständigt. *Intern logik* betyder att det finns harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik. Det är forskningsfrågorna som styr valet av datainsamlingsmetod och analysteknik. *Etiskt värde* i en studie innebär att man tillämpar god etik. Till god etik hör att man säkrar informanternas anonymitet, är omsorgsfull när man drar sina slutsatser av studien, inte lägger till osanningar i resultatet eller hittar på egna resultat samt att man undviker att fuska. (Larsson, 1994, 163-172).

Vi inledde denna studie med att noggrant läsa in oss på ämnet varvid vi upplevde att vi fick en god förförståelse. Vi förstod att förlossningsdepression är vanligt förekommande och att det kan vara en besvärlig sjukdom. Dessutom förstod vi vikten av mödrarådgivningens förebyggande arbete. Tyvärr bör det påpekas att antalet tidigare forskningar som behandlar förlossningsdepression ur den synvinkel som vi har valt att tillämpa i denna forskning är mycket fåtalig. Därför var vår kunskap om kvinnornas upplevelser av mödrarådgivningens sätt att hantera förlossningsdepression knapp. Vi kunde också redan i ett tidigt skede konstatera att vi hade en del förutfattade meningar. Dessa antaganden handlade om att vi trodde att kvinnorna var missnöjda med mödrarådgivningens sätt att beakta den psykiska biten samt att personalen på mödrarådgivningen hanterar dessa problem på ett negativt sätt. Eftersom vi har varit medvetna om att dessa förutfattade meningar existerar har vi genom studien kunnat sätta dessa åt sidan.

Vi kan också konstatera att det finns harmoni mellan forskningsfrågorna och resultatet. Resultatet i denna studie svarar på forskningsfrågorna och vi upplever att vi har fått ett relativt brett resultat.

I denna studie valde vi att sända ut en postenkät till informanterna. Man kan ifrågasätta om kvinnorna som svarat på enkäterna har svarat helt sanningsenligt samt om de har lämnat bort väsentlig information som kanske på ett annat sätt hade kommit fram i en intervju. Som analysmetod tillämpades kvalitativ innehållsanalys. Denna metod kan snabbt bli subjektiv, men vi har försökt att hålla våra förutfattade meningar utanför och istället försöka sätta oss in i informanternas upplevelser och på så vis sammanställa ett tillförlitligt resultat.

Vad gäller studiens etiska värde kan vi i efterhand påstå att vi lyckats bevara informanternas anonymitet. Vi har informerat informanterna om anonymiteten samt bevarat enkäterna och annat känsligt material på ett säkert ställe. I slutskedet av studien förstördes allt material som kunnat avslöja informanternas identitet.

9.2 Kvaliteter hos resultatet

När man granskar kvaliteter hos resultatet bör man ta i beaktande innebördsrikedom, struktur och teoritillskott. *Innebördsrikedom* innebär att beskrivningen av resultaten är rik och ”fyllig”. Beskrivningen ska förklara det väsentliga, men ändå behålla nyanserna i resultatet, det specifika för det undersökta fenomenet ska lyftas fram. När man framställer sina resultat skriftligt bör man ha en god *struktur*, resultatet ska vara överskådligt, klart och tydligt. Det ska finnas en röd tråd i resonemangen kring resultatet och dessutom bör man använda sig av god retorik. *Teoritillskott* handlar om hur väl man kan relatera sina resultat till tidigare forskning och i vilken mån resultaten kan förändra teorin. Det finns flera olika typer av teoritillskott, man kan bygga en helt ny teori utifrån sina resultat eller så kan man bygga på en redan grundad teori. Grunden för att man genom en studie ska kunna komma med teoritillskott är att formulera forskningsfrågorna på ett sådant sätt att de kan bidra med ny kunskap om ämnet som studeras. Dessutom bör man med sina forskningsfrågor sikta så pass högt att det är möjligt att få fram ny kunskap inom forskningsområdet. (Larsson, 1994, 172-177).

Innehållet i resultatredovisningen i denna studie beskriver insamlad data väl, citaten belyser det centrala i resultatet. Redovisningen är strukturerad i kategorier, vilket gör att den är överskådlig och tydlig. Resultatet av denna studie kan på ett flertal punkter relateras till tidigare forskning, men på grund av att antalet tidigare forskningar med liknade vinkling är få, kan resultatet ej helt kopplas till tidigare forskning. Dock gör bristen på

tidigare forskning i ämnet att resultatet i denna studie bidrar med ny kunskap och därmed ett visst teoritillskott. Som ny kunskap kan till exempel vikten av en god och tillräcklig information samt den viktiga frågan ”Hur mår du?” lyftas fram, liksom vitsen med att undvika klicheér.

9.3 Validitetskriterier

Granskning av resultatens validitet innebär att man granskar om man i studien har fått resultat om det man från början ville studera. Till validitetskriterierna hör diskurskriteriet, heuristiskt värde, empirisk förankring, konsistens och det pragmatiska värdet. *Diskurskriteriet* innebär att studien kan granskas av andra forskare utan att de finner avgörande svagheter i studien och resultaten. Om studien ger kunskapstillskott och gör att man kan se en viss aspekt av verkligheten på ett nytt sätt så har studien ett *heuristiskt värde*. En studie har *empirisk förankring* om dess tolkning stämmer överens med verkligheten. Teori, resultat och tolkning i studien ska alltså vara förankrad i empiriskt material och insamlad data. *Konsistens* betyder att tolkningen av studien byggs upp av flera bitar som hör ihop. Om varje del av det insamlade data, varje bit, analyseras på ett sådant sätt att det uppstår så få motsägelser som möjligt mellan helheten, tolkningen, och bitarna, data, uppfyller man konsistenskriteriet. Om man märker att flera av bitarna, data, inte stämmer överens med helheten, tolkningen, så bör man fundera om det finns något annat sätt att tolka för att få ett bättre sammanhang mellan flera bitar. *Det pragmatiska kriteriet* innebär att man kan tillämpa och har nytta av studiens resultat i olika praktiska sammanhang. (Larsson, 1994, 177-186).

Denna undersökning syftade till att ta reda på hur kvinnor som har haft förlossningsdepression har upplevt att mödrarådgivningen uppmärksammade detta problem. Vi anser att vi till stor del har fått svar på våra forskningsfrågor och att syftet har besvarats. Arbetet är skrivet enligt reglerna för hur vetenskapliga arbeten ska skrivas. Detta innebär att det är möjligt för andra forskare att granska studien. Vi kan också konstatera att resultatet av studien ger ett visst kunskapstillskott eftersom antalet tidigare forskning är mycket knapp. Det pragmatiska värdet kan även anses som gott i och med att studien har resulterat i konkreta tips för hur man som barnmorska/hälsovårdare på en mödrarådgivning bör bemöta kvinnor med förlossningsdepression samt göra förebyggande arbete.

Slutligen kan djupet i informanternas svar ifrågasättas. En del av informanterna hade skrivit långa och beskrivande svar, medan en del svar var korta och inte gav desto mer information. Svarens djup varierade också mellan de olika frågorna i enkäten. Dock kan det konstateras ett tydligt samband mellan informanternas upplevelser trots att kvinnorna kommer från olika håll i Svenskfinland.

10 Diskussion

Denna studie har gett oss en bredare kunskap om ämnet förlossningsdepression samt praktiska råd om hur man bör bemöta en kvinna med denna sjukdom. Det har varit mycket intressant och utmanande att framställa detta arbete. Vi har också förvånats över en del aspekter som framkom i resultatet. Vi kan bland annat lyfta fram vår oro över hur en del av kvinnorna blivit behandlade av vårdpersonalen. Enligt oss är det helt oacceptabelt att som barnmorska/hälsovårdare byta samtalsämne om en kvinna börjar berätta om sina psykiska problem eller som läkare uppmana en kvinna att ta ny kontakt först ifall hon vill döda sig själv. En kvinna som mår psykiskt dåligt ska inte behöva kämpa för att få vård. Eftersom vi vet att kvinnor med psykiska problem gärna försöker dölja dessa och ofta undviker in i det sista att söka hjälp bör man som vårdpersonal ta minsta lilla tecken eller rop på hjälp på stort allvar.

Genom denna studie har vi också fått upp ögonen för hur viktig den lilla frågan ”Hur mår du?” är. Detta är en fråga som man som vårdpersonal bör komma ihåg samt klara av att ställa. Men det räcker inte med det, man måste också kunna lyssna på svaret och reagera vid tecken på att något är fel.

Vi hade inte heller tidigare tänkt på att användandet av vissa klichéer kan orsaka att en kvinna med förlossningsdepression börjar må ännu sämre. Vi kan konstatera att förlossningsdepression gör att kvinnan blir extra känslig och att det är viktigt att vårdpersonalen tänker på vad de säger. Naturligtvis måste man ändå förstå att det inte alltid är lätt att avgöra vad man inte borde säga.

Förslag till förändringar och vidare forskning

Enligt resultatet borde de föreskrifter som finns om hur personalen på mödrarådgivningen ska hantera förlossningsdepression följas mer noggrant. Eftersom det verkar förekomma individuella skillnader mellan barnmorskorna/hälsovårdarna föreslår vi att man utarbetar ett tydligt schema för vad som bör diskuteras samt när personalen skall screena för depression. Enligt resultatet i denna studie kan man också diskutera huruvida en screening för depression borde genomföras redan under graviditeten. Just nu håller man på att utarbeta nya riksomfattande anvisningar för hur arbetet på mödrarådgivningarna i Finland ska gå till, detta för att mödrarådgivningarna ska fungera på samma sätt och erbjuda samma service var man än bor i landet (Institutet för hälsa och välfärd, 2012).

För att rådgivningspersonalen ska kunna ge bättre information och stöd bör de få skolning i ämnet. En skolning skulle också bidra till att personalen lättare kan upptäcka riskfaktorer och tecken på förlossningsdepression. Det skulle också vara skäl att på varje rådgivning utarbeta en plan för hur personalen skal gå till väga om de misstänker att en kvinna lider av förlossningsdepression.

Flera av kvinnorna i denna studie upplevde att deras partner inte gav tillräckligt stöd. Detta kunde man åtgärda genom att på mödrarådgivningen ta med partnern mera. Detta skulle i praktiken innebära att även partnern skulle få mer information samt att även han skulle få möjlighet att diskutera kring förlossningsdepression och psykisk hälsa överlag i samband med barnafödande.

Vidare föreslår vi att man kunde göra en mer omfattande undersökning om kvinnors upplevelser av mödrarådgivningens sätt att hantera förlossningsdepression eller psykisk ohälsa överlag. Det skulle också vara skäl att forska i hur mödrarådgivningspersonalen i Finland upplever sina kunskaper om förlossningsdepression samt möjligheter att upptäcka sjukdomen och ingripa i dessa situationer.

Källförteckning

- Austin, M.P. & Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 10–17.
- Beck, C.T. (1993). Teetering on the Edge: A Substantive Theory Of Postpartum Depression. *Nursing Research*, 42(1), 42–48.
- Beck, C.T. (2002). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31(4), 394–402.
- Beck, C. T. & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and Psychometric Testing. *Nursing Research*, 49(5), 272–282.
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Benoit, C., Westfall, R., Treloar, A. E. B., Phillips, R. & Jansson, S. M. (2007). Social factors linked to postpartum depression: A mixed-methods longitudinal study. *Journal of Mental Health*, 16(6), 719–730.
- Bergström, B. (2010). *Synnytyksen jälkeinen masennus*. Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02668&p_haku=synnytyksmasennus (hämtat 28.3.2011).
- Buultjens, M. & Liamputtong, P. (2007). When giving life starts to take the life out of you: women's experiences of depression after childbirth. *Midwifery*, 23, 77–91.
- Dennis, C-L. & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. *Birth*, 33(4), 323-331.
- Dennis, C-L. & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588–599.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Eerola, K. (2000). *Synnytyksen jälkeinen psykoosi*. Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo91651&p_haku=lapsivuodepsykoosi (hämtat 28.3.2011).
- Edhborg, M., Seimyr, L., Lundh, W. & Widström, A-M. (2000). Fussy child – difficult parenthood? Comparisons between families with a 'depressed' mother and non-depressed mother 2 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(3), 225–238.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L. & Widström, A-M. (2001). The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(1), 61–71.

- Ejvegård, R. (2009). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Eljertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber.
- Forskningsetiska delegationen. (2002). *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*. Helsingfors: Edita.
- Forskningsetiska delegationen. (2009). *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Helsingfors: Forskningsetiska delegationen.
- Goldsmith, M. E. (2007). Postpartum depression screening by family nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 321-327.
- Goodman, J. H. & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, Treatment, and Referral of Perinatal Depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health*, 19(3), 477–490.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Grote, N.K. & Bledsoe, S.E. (2007). Predicting Postpartum Depressive Symptoms in New Mothers: The Role of Optimism and Stress Frequency during Pregnancy. *Health & Social Work*, 32(2), 107–118.
- Hildingsson, I. & Rådestad, I. (2005). Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 239–249.
- Hiltunen, P. (2003). *Maternal postnatal depression, causes and consequences*. Department of Paediatrics, University of Oulu: Oulu.
- Institutet för hälsa och välfärd (2012). *Äitiyshuollon ohjeistusta uusitaan*.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/lait/neuvolatyo/oppaat_henkilostolle
(hämtat 1.4.2012).
- Jacobsen, D.I. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Lund: Studentlitteratur.
- Jones, C.J., Creedy, D.K. & Gamble, J.A. (2012). Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. *Women and Birth*, 25(1), 23–28.
- Kendall-Tackett, K.A. (2007). Violence Against Women and the Perinatal Period. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(3), 344–353.

- Kirpinar, I., Gozum, S. & Pasinlioglu, T. (2010). Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates prenatal anxiety and early awareness. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3–4), 422–431.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: B. Starrin & P-G. Svensson. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Ingår i: Lund: Studentlitteratur.
- Leigh, B. & Milgrom, J. (2007). Acceptability of antenatal screening for depression in routine antenatal care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 14–18.
- Lindström, U.Å., Lindholm, L. & Zetterlund, J.E. (2010). Theory of Caritative Caring. Ingår i: M. R. Alligood & A. Marriner Tomey (red). *Nursing Theorists and Their Work*. Maryland Heights: Mosby Elsevier.
- Ludermir, A.B., Lewis, G., Valongueiro, S.A., de Araújo, T.V. & Araya, R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*, 376(9744), 903–910.
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J. & Gemmill, A.W. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 385–394
- Okano, T., Nagata, S., Hasegawa, M., Nomura, J. & Kumar, R. (1998). Effectiveness of antenatal education about postnatal depression: a comparison of two groups of Japanese mothers. *Journal of Mental Health*, 7(2), 191–198.
- Perheentupa, A. (2011). *Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt*. Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00842&p_haku=baby%20blues (hämtat 28.3.2011).
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research*. Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarkkinen, M. & Juutilainen, K. (2007). Vauvaperheen masentunut äiti neuvolassa. Ingår i: A. Armanto & P. Koistinen (red.) *Neurolatyon käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M. & Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27(1), 122–127.
- Social- och hälsovårdsministeriet (2004). *Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille*. Helsinki: Social- och hälsovårdsministeriet.
- Stakes. (1999). *Screeningundersökningar och samarbete inom mödravården*. Helsingfors: Stakes handböcker.
- Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Tuohy, A. & Mcvey, C. (2008). Experience of pregnancy and delivery as predictors of postpartum depression. *Psychology, Health & Medicine*, 13(1), 43–47.

Ugarriza, D.N., Brown, D. S. E. & Chang-Martinez, C. (2007). Anglo-American mothers and the prevention of postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 781–798.

Wickberg, B. (2005). Psykologiska insatser under graviditet och postpartumtid – en metod för mödrahälsovården. Ingår i: B. Sjögren (red.) *Psykosocial obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

Wickberg, B. & Hwang, P. (2003). *Postpartum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.



Hej!

Vi är två barnmorskestuderande vid YrkesHögskolan Novia i Vasa. Vi håller just nu på att skriva vårt examensarbete, som handlar om förlossningsdepression.

Syftet med vårt examensarbete är att beskriva hur kvinnor som har haft förlossningsdepression upplevde att man inom mödrarådgivningen uppmärksammade denna sjukdom samt om de anser att mödrarådgivningen borde förändras, för att ta reda på om det finns brister inom mödrarådgivningen när det gäller att informera om och uppmärksamma förlossningsdepression

I höstas läste vi artikeln (...) där Du var med. Nu undrar vi om Du kunde tänka dig att delta i vår undersökning genom att svara på vårt frågeformulär. Frågeformuläret handlar huvudsakligen om hur kvinnor som har haft förlossningsdepression upplevde att man informerade om och uppmärksammade depression efter förlossningen.

Vi kommer att ringa upp dig ungefär en vecka efter att Du har fått det här brevet, för att höra om du vill ställa upp i vår undersökning. Det är frivilligt att delta och Du har också rätt att avbryta om Du känner att Du inte vill svara på frågorna. Du svarar på frågorna anonymt och vi behandlar dina personuppgifter och eventuella svar konfidentiellt. Frågeformuläret kommer att bestå av sådana frågor där du får formulera dina svar fritt.

För att vår undersökning skall bli så bra som möjligt behöver vi flera kvinnor som varit i samma situation och som kan tänka sig att svara på vårt frågeformulär. Om Du känner andra kvinnor som kan och vill delta önskar vi att Du ger oss deras kontaktuppgifter i samband med att vi ringer upp dig.

Vi hoppas att Du vill vara med. Dina svar är viktiga för att vi ska kunna upptäcka eventuella brister inom mödrarådgivningen som skulle kunna åtgärdas.

Med vänlig hälsning,

Emma With-Hällund & Frida Österåker

HVM Anita Wikberg, handledare

Ta gärna kontakt om du funderar över något!

emma.hallund@novia.fi 050-3609397, frida.osteraker@novia.fi 050-3482596

anita.wikberg@novia.fi



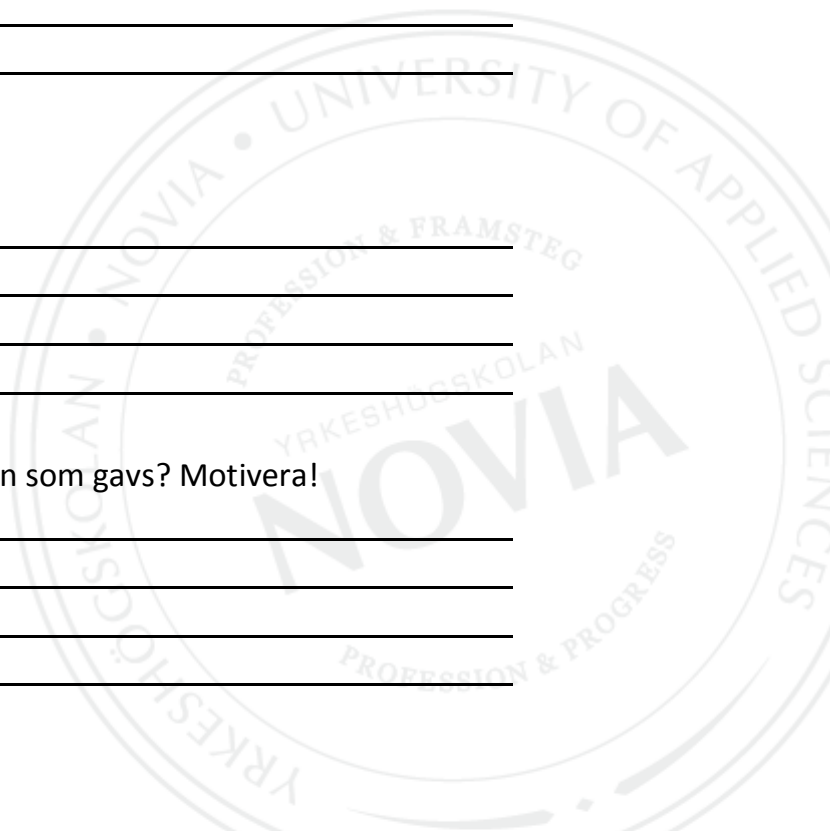
Nedan följer frågor om Dina erfarenheter av hälsovårdarens/barnmorskans sätt att hantera förlossningsdepression vid mödrarådgivningen, samt frågor om Dina upplevelser kring förlossningsdepression.

1. a) Vad gav man Dig för information om förlossningsdepression på mödrarådgivningen?

b) Hur gav man informationen?

c) När gav man informationen?

d) Vad anser du om den information som gavs? Motivera!



2. Diskuterade personalen på mödrarådgivningen eventuella riskfaktorer för förlossningsdepression med Dig? Berätta!

3. Hur uppmärksammade personalen på mödrarådgivningen tecken på förlossnings-depression hos Dig?

4. a) Använde personalen på mödrarådgivningen någon särskild blankett för att upptäcka förlossningsdepression? I så fall, vilken?

b) Hur gick man igenom resultatet?

5. a) Tror du att man på mödrarådgivningen hade kunnat förhindra eller lindra ditt insjuknande i förlossningsdepression? Om ja, på vilket sätt?

b) Anser Du att man på mödrarådgivningen borde ha agerat annorlunda? Om ja, på vilket sätt?

6. Om Du har något att tillägga om din erfarenhet av mödrarådgivningens sätt att hantera förlossningsdepression, skriv gärna dina åsikter här.

7. a) Hur fick Du diagnosen förlossningsdepression?

b) Hur upp levde Du din förlossningsdepression?

Tack för Dina svar!



Hej!

Vi är två barnmorskestuderande vid YrkesHögskolan Novia i Vasa. Vi håller just nu på att skriva vårt examensarbete, som handlar om förlossningsdepression.

Syftet med vårt examensarbete är att beskriva hur kvinnor som har haft förlossningsdepression upplevde att man inom mödrarådgivningen uppmärksammade denna sjukdom samt om de anser att mödrarådgivningen borde förändras, för att ta reda på om det finns brister inom mödrarådgivningen när det gäller att informera om och uppmärksamma förlossningsdepression.

Undersökningen består av ett frågeformulär och nu **söker vi personer som skulle kunna tänka sig att fylla i vårt frågeformulär**. Formuläret handlar huvudsakligen om hur kvinnor som har haft förlossningsdepression upplevde att man informerade om och uppmärksammade depression efter förlossningen.

Frågeformuläret kommer att bestå av sådana frågor där Du får formulera dina svar fritt. Du svarar på frågorna anonymt och vi behandlar både dina personuppgifter och svar konfidentiellt. Om Du väljer att delta har Du också rätt att avbryta ifall Du märker att Du inte vill svara på frågorna.

Skicka din adress till någon av oss ifall Du vill vara med i vår undersökning, så skickar vi frågeformuläret på posten.

Tack!

Emma With-Hällund, emma.hallund@novia.fi

Frida Österåker, frida.osteraker@novia.fi

HVM Anita Wikberg, handledare, anita.wikberg@novia.fi

