

”Jag kände mig ensamast i världen”

En kvalitativ dokumentstudie om mödrars upplevelser av
förlossningsdepression

Wilma Hammarberg

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

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Wilma Hammarberg
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa
Handledare: Anita Wikberg

Titel: "Jag kände mig ensamast i världen" – En kvalitativ dokumentstudie om mödrars upplevelser av förlossningsdepression

Datum: 5.11.2023

Sidantal: 45

Bilagor: 2

Abstrakt

I Finland uppskattas det att 9–16 procent av föderskorna insjuknar i en förlossningsdepression. Syftet med denna studie är att få en ökad kunskap om vilka upplevelser mammorna har av tiden med förlossningsdepression, samt vilket stöd de upplever har hjälpt dem komma ur förlossningsdepressionen.

Detta är en kvalitativ studie där en kvalitativ innehållsanalys har använts. Berättelser från sex olika bloggar samt tre olika podcasts, där mödrar har skrivit eller berättat om tiden med förlossningsdepression har analyserats. Som teoretisk utgångspunkt i denna studie har Erikssons teori om lidandet (2015) använts.

Resultatet i studien visar att det finns många likheter men även vissa olikheter mellan mammornas upplevelser och erfarenheter. Många av mammorna upplevde ångest och rädsla samt andra negativa känslor under förlossningsdepressionen, men under vissa små tillfällen fanns det ändå känslor av moderslycka. En stor del av mammorna upplevde sig ha fått nytta av professionellt stöd för att komma ur förlossningsdepressionen, men även stöd av partner och familj var viktigt.

Som slutsats i denna studie kan man se att mammorna upplever förlossningsdepression olika, men att det även finns vissa likheter med känslor de upplevt. Även stödet och hjälpen mammorna fått för att komma ur förlossningsdepressionen har likheter.

Språk: Svenska

Nyckelord: Förlossningsdepression, stöd, upplevelser, kvalitativ studie

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Wilma Hammarberg
Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa
Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: ”Olin maailman yksinäisin” - Laadullinen dokumenttitutkimus äitien kokemuksista synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.

Päivämäärä: 5.11.2023 Sivumäärä: 45 Liitteet: 2

Tiivistelmä

Suomessa arvioidaan, että 9–16 prosenttia kaikista synnyttäjistä sairastuu synnytysmasennukseen. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on havainnollistaa synnytysmasennuksesta kärsivien äitien kokemuksia, sekä tiedonantaminen, minkälaisia menetelmiä ovat auttaneet äidit pääsemään eroon omasta synnytyksenjälkeisestä masennuksesta.

Tämä on laadullinen tutkimus, jossa on käytetty laadullista sisältöanalyysia. Tietoa tutkimukseen on kerätty kuudesta eri blogista, kuudesta ja kolmesta eri podcastista, joissa äidit ovat kirjoittaneet tai kertoneet synnytysmasennukseen ajasta. Tämän tutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on käytetty Erikssonin kärsimysteoriaa (2015).

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että äitien kokemuksissa on paljon yhtäläisyyksiä mutta myös eroja. Monet äidit kokivat synnytysmasennuksen aikana ahdistusta ja pelkoa sekä muita kielteisiä tunteita, mutta muutamina pieninä hetkinä he silti tunsivat onnen äitiydestä. Suurin osa äideistä kokivat, että ammattituki oli tärkeässä osassa heidän selviytyäkseen masennuksesta, myös puolison ja perheen tuki oli tärkeä.

Tämän tutkimuksen lopputuloksesta voidaan nähdä, että kaikki äidit kokevat synnytyksen masennuksen eri tavalla, mutta että he myös kokevat yhtäläisyyksiä tunteiden, avun ja tuen kanssa, jota he tarvinneet päästäkseen masennuksesta eroon.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Synnytyksen jälkien masennus, tuki, elämykset, laadullinen tutkimus

BACHELOR'S THESIS

Author: Wilma Hammarberg
Degree Programme: Nurse, Vaasa
Supervisor: Anita Wikberg

Title: "I felt the loneliest in the world" – A qualitative document study of maternal experiences of postpartum depression.

Date: 5.11.2023 Number of pages: 45 Appendices: 2

Abstract

In Finland, it is estimated that between 9 and 16 percent of women who have giving birth suffer from postpartum depression. The purpose of this study is to gain an increased knowledge about the experiences mothers have of the time with postpartum depression, as well as what support they experience has helped them get out of the postpartum depression.

This is a qualitative study in which a qualitative content analysis has been used. Stories from six different blogs as well as three different podcasts, where mothers have written or talked about the time with postpartum depression have been analyzed. As a theoretical framework for this study, Eriksson's theory of suffering (2015) has been used.

The results of the study show that there are many similarities but also some differences between the mothers' experiences. Many of the mothers experienced anxiety and fear as well as other negative emotions during postpartum depression, but during some short moments here were nevertheless feelings of maternal happiness. A big part of the mothers had the benefit of professional support to get out of postpartum depression, but support from partners and family was also important.

As conclusions of this study, all the mothers experience postpartum depression differently, but that there were also some similarities with the feelings they experience, as well as the help or support they needed to get out of the depression.

Language: Swedish

Key words: Postpartum depression, support, experiences, qualitative study

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	2
2.1	Depression	2
2.2	Graviditet och förlossning.....	3
2.2.1	Vården efter en förlossning.....	5
2.3	Baby blues	5
2.4	Förlossningsdepression.....	5
2.4.1	Symtombilden vid förlossningsdepression.....	6
2.4.2	Riskfaktorer för förlossningsdepression.....	6
2.4.3	Förlossningsdepressionens påverkan på relationen med barnet	7
2.4.4	Identifiering av förlossningsdepression.....	8
2.4.5	Behandling samt förebyggande av förlossningsdepression	9
2.5	Kvinnors upplevelser av förlossningsdepression.....	10
2.6	Förlossningspsykos	10
2.7	Postpartum panikångestsyndrom	11
2.8	Postpartum tvångssyndrom.....	12
3	Erikssons teori om lidandet	13
3.1	Vårdlidande	13
3.2	Sjukdomslidande	14
3.3	Livslidande.....	15
3.4	Lidandets drama.....	15
4	Syfte och frågeställningar	16
5	Metod.....	16
5.1	Datainsamlingsmetod.....	17
5.2	Val av studiens informanter.....	17
5.3	Kvalitativ innehållsanalys	19
5.4	Etiska övervägningar	21
5.5	Källornas bakgrund	22
6	Resultatredovisning.....	23
6.1	Känslor	25
6.2	Önsknings, tankar och funderingar.....	31
6.3	Stöd och Hjälp.....	33
7	Resultatdiskussion.....	35
8	Metoddiskussion.....	39
9	Slutsats	41
	Referenser	42
	Bilagor	

Bilaga 1: EPDS-formulär	
Bilaga 2: Exempel på analysprocessen	

1 Inledning

I Finland föddes det 44 951 barn år 2022, vilket är en minskning sedan år 2021 när 49 592 barn föddes (Tilastokeskus, 2023). Efter en förlossning upplever många mödrar mycket olika känslor. Många föderskor upplever baby blues vilket medför trötthet, nedstämdhet, att föderskorna har lätt att börja gråta samt att de har snabba humörsvängningar efter förlossningen. Dessa känslor uppkommer relativt snabbt efter en förlossning och är vanligtvis ganska lindriga och försvinner av sig själv. En grupp av föderskorna vilket utgör ca. 10–20 % insjuknar dock i en depression. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 281)

Förlossningsdepression är ett stort mödrahälsoproblem (Liu, o.a., 2021). I Finland uppskattas det att cirka 9–16 procent av föderskorna insjuknar i en depression efter förlossningen. Olika typer av depressionssymtom kan uppkomma redan under graviditeten eller först efter förlossningen och även pappan kan få depressionssymtom kopplade till förlossningen (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 281).

Orsakerna som gör att kvinnor kan drabbas av en förlossningsdepression är olika. Under graviditeten och förlossningen går oftast tankarna tillbaka till kvinnans egna olösta trauman från barndomen. De sociologiska och psykologiska faktorerna påverkar även, kvinnorna som insjuknat i förlossningsdepression upplever att de ofta är trötta och att de känner sig ofullkomliga. De biologiska faktorerna har även en stor betydelse. Olika hormonförändringar som uppkommer under graviditeten eller efter förlossningen kan bidra till att signalsubstanserna i hjärnan förändras. Om man drabbas av en förlossningsdepression behöver man få hjälp snabbt. Annars kan depressionen bli svårare och förhållandet mellan föräldern och barnet kan lida av det. (Fellman, 2016)

Detta arbete är en kvalitativ studie om hur mödrar upplevt förlossningsdepression och om vad som har hjälpt dem komma ur depressionen. Jag har valt att skriva om detta ämne, eftersom det är ett relativt vanligt problem som ofta är ganska tabubelagt. Även för att studerande och annan vårdpersonal ska få en inblick i vad förlossningsdepression är och för att få verktyg för vad som har hjälpt kvinnor att komma ur en förlossningsdepression, för att de själva senare ska kunna använda dessa verktyg och hjälpa kvinnor som de själva stöter på som lider av en förlossningsdepression.

2 Bakgrund

I bakgrunden kommer jag att beskriva depression allmänt, samt graviditetens och förlossningens förlopp, för att läsaren senare ska ha en större inblick i vad förlossningsdepression är. Efter det tas symtomen och riskfaktorerna, hur förlossningsdepression påverkar familjen och andra relationer, mammors tidigare upplevelser av förlossningsdepression samt hur man kan förebygga, vårda och behandla förlossningsdepression. I slutet tar jag även upp andra psykiska sjukdomar som kan inträffa efter eller under graviditeten.

För att få en inblick i och kunna förstå vad psykisk ohälsa innebär behöver vi även förstå vad psykisk hälsa är. Psykisk hälsa kan beskrivas som en resurs som gör det möjligt för en individ att må bra och uppnå sin fulla potential. Den psykiska hälsan kan påverkas av många olika saker som till exempel en sårbarhet individen har ärvt, vad hen gör nu, hur hen valt att leva, vad hen är med om i livet, men även av möjligheter, rättigheter och begränsningar som vårt samhälle eller vår omgivning har gett oss. (Folkhälsomyndigheten, 2022)

WHO beskriver psykisk hälsa som ”ett tillstånd av psykiskt välbefinnande som gör det möjligt för människor att hantera livets alla påfrestningar, se vilka förmågor de har, arbeta bra och produktivt samt att bidra till samhället de lever i”. (WHO, 2022)

2.1 Depression

Depression är en av de vanligaste sjukdomarna runtom i världen, uppskattningsvis är det cirka 3,8% av all befolkning som drabbas. Enligt WHO:s beskrivning av depression skiljer sig depression från vanliga humörsvängningar samt korta känslomässiga svar på olika svårigheter man ställs inför i vardagen. Depression karakteriseras av att den drabbade har ett nedstämt humör, eller en förlust av intresse för aktiviteter samt nöje under större delen av dagen, nästan varje dag, i minst två veckors tid. (WHO, 2021)

Vid en depression kan man uppleva många olika sorters symtom, där koncentrationssvårigheter och sömnsvårigheter är vanliga. Ibland kan symtomen som man känner mest vara oklara fysiska smärtor och illamående och då kan det vara svårt att förstå att det är en depression man kan ha drabbats av. (Mieli, 2022)

Depression kan kategoriseras som lindrig, medelsvår eller svår. Det är utifrån symtomen som en läkare kan klassificera depressionen. Hur svår depressionen är och hur mycket

funktionsförmågan påverkas brukar ofta ha ett samband. Om man har en lindrig depression så mår man dåligt men man klarar även av vardagen, skola och jobb. Vid en svår depression kan det däremot vara svårt att ens ta sig ur sängen på morgonen. Vid en medelsvår eller svår depression kan man behöva sjukskrivning. Om en person drabbas av en depression så är hen inte ensam, i Finland upplever cirka 10% av finländarna depression, det är även cirka hundratusentals finländare som har lidit av en depression och sen kommit ut ur den. (Mieli, 2022)

2.2 Gravitet och förlossning

Två veckor efter menstruationens första dag, när kvinnan har ägglossning får ett barn sin början. Inom cirka 24 timmar efter ägglossningen måste en äggcell befruktas. När mannens spermie når kvinnans äggcell befruktas den. Mannens spermie kan överleva cirka två till fyra dagar i en kvinnas kropp. Det är även mannens spermie som avgör om barnet blir en flicka eller pojke. (Hakulinen, Pelkonen, Salo, & Kuronen, 2016, s. 6)

En normal graviditet varar mellan 37–42 graviditetsveckor. Dessa räknas från sista menstruationens första dag. Den beräknade tiden, det vill säga barnets beräknade födelsedag, får man genom att ta menstruationens första dag och addera till 40 veckor. Största delen av alla barn föds i graviditetsvecka 39 eller 40. (Hakulinen, Pelkonen, Salo, & Kuronen, 2016, s. 6)

Under graviditetens sista veckor börjar det komma sammandragningar. Dessa kallas förvärkar och gör så att det känns som om magen stelnar till. De första sammandragningarna håller endast i sig i några sekunder, medan de mot slutet av graviditeten kan pågå cirka en halv minut. Sammandragningarna gör så att livmoderhalsen ska förbereda sig för förlossningen. (Hakulinen, Pelkonen, Salo, & Kuronen, 2016, s. 7) Dessa sammandragningar är oregelbundna och de påverkar inte modermunnen eller modertappens öppningsgrad (Fogelström, 2022).

Förlossningar sätter vanligen i gång i graviditetsvecka 38–42, genom att fostervattnet går eller med sammandragningar (Hakulinen, Pelkonen, Salo, & Kuronen, 2016, s. 38). Dessa sammandragningar som även kallas förvärkar uppstår på grund av att livmodern drar ihop sig (Fogelström, 2022).

Förlossningen anses börja när sammandragningarna kommer med mindre än tio minuters mellanrum och pågår i cirka 45–60 sekunder, samt att de är betydligt smärtsammare.

(Hakulinen, Pelkonen, Salo, & Kuronen, 2016, s. 38) När styrkan på sammandragningarna ökar börjar livmodertappen även påverkas. Den förkortas, mjuknar och riktas framåt. (Fogelström, 2022)

En förlossning kan delas in i tre skeden. Den första delen kallas öppningsskedet. Detta skede kan indelas i latent, aktiv och övergångsfas. Latensfasen påbörjas när kvinnan känner att förlossningen har dragit i gång. Oavsett om värkarna kommer regelbundet eller inte (Thies-Lagergren & Wiklund, 2016, 2022, s. 584). Latensfasen kan pågå i flera dygn och börjar med att sammandragningarna som tidigare inte gett någon smärta numera blir smärtsamma. Sammandragningarna börjar även nu kallas för värkar. Till en början kan dessa värkar kännas som mensvärk som kommer med pauser som är smärtfria. Värkarna i latensfasen kommer med 5 till 30 minuters mellanrum och håller i sig mellan 20–45 sekunder. Dessa värkar kan komma oregelbundet eller regelbundet. (Ekdötter, 2023)

Efter latensfasen börjar den aktiva fasen. Under denna fas kommer värkarna regelbundet och håller i sig längre. Ofta brukar det komma tre värkar per tio minuter samt att dessa värkar även håller på i cirka en minut. Den aktiva fasen håller på tills modernmunnen har blivit tio centimeter öppen och förvinner helt bakom barnets huvud. När modernmunnen är helt öppen påbörjas utdrivnings- och nedträngningsfasen. (Fogelström, 2022)

I övergångsfasen kan värkarna bli oregelbundna, intensiteten samt durationen varierar också. Under denna fas kan kvinnan bli illamående, skaka samt att hon ibland kan känna ett behov av att krysta. Det är även under denna fas som kvinnan ofta börjar misstro sin duglighet att klara av förlossningen (Thies-Lagergren & Wiklund, 2016, 2022, s. 586).

Det andra skedet kallas utdrivningsskedet och kan delas in i nedträngningsfasen och utdrivningsfas. Nedträngningsfasen påbörjas när livmodermunnen har öppnats helt och pågår tills det att barnets huvud har sjunkit ner i bäckenet och huvudet står mot bäckenbotten. Hur länge denna fas håller på, varierar från individ till individ. Reflexen av att krysta blir även mer ofrivillig och överväldigande i denna fas och kvinnorna upplever ofta ett tryck mot ändtarmen. Utdrivningsfasen börjar när fostrets huvud står färdigt roterat i mittvidd mot bäckenbotten, samt när kvinnan reflexmässigt vill krysta. Denna fas tar slut när barnet är fött (Thies-Lagergren & Wiklund, 2016, 2022, s. 587).

Det tredje skedet kallas efterbördsskedet. Under denna fas kan sammandragningarna ännu fortsätta fastän barnet är fött, men de är inte lika kraftiga. Dessa sammandragningar gör att moderkakan vanligen lossnar inom 30 minuter och på samma gång kommer fosterhinnorna

ut. Efter det syr barnmorskan vanligen ihop eventuella bristningar eller snitt som eventuellt uppkommit i mellangården under födseln (Hakulinen, Pelkonen, Salo, & Kuronen, 2016).

2.2.1 Vården efter en förlossning

Vid utskrivningen efter en förlossning är det viktigt att se efter ifall det föreligger en risk att insjukna i psykisk sjukdom eller ohälsa. Hos kvinnor eller familj där en allvarlig psykisk sjukdom förekommer, behövs en vård- och ansvarsplanering göras. Denna görs redan under eftervården tillsammans med psykiatrin, mödrahälsovården, barnhälsovården och socialtjänsten. Kvinnan och hennes partner bör i så stor utsträckning som möjligt delta i vårdplaneringen. Under slutet av graviditeten, bör kvinnor som lider av någon form av psykisk sjukdom få kontakt med en sjukskötare från barnhälsovården. Detta görs för att upprätta en relation och möjliggöra en tidig kontakt med familjen ifall det behövs. (Sydsjö & Skoog Svanberg, 2022)

2.3 Baby blues

Efter en förlossning kan de flesta mödrar känna en lätt nedstämdhet kallat baby blues. Detta är ett vanligt fenomen som mer än hälften av mammorna drabbas av under några dagar efter förlossningen. Även den andra partnern kan känna nedstämdhet som är kopplat med förlossningen. Baby blues varar vanligtvis upp till två veckor och försvinner av sig själv. (Boijesen Linde, 2022)

2.4 Förlossningsdepression

Tiden efter en förlossning är en tid då många kvinnor är sårbara för många olika sorters känslomässiga symtom. Det vanligaste känslomässiga eller mentala problemet i samband med en förlossning är förlossningsdepression. (Abdollahi, Luy, & Zarghami, 2016)

Förlossningsdepression är ett stort mödrahälsoproblem (Liu, o.a., 2021). I Finland uppges det att cirka 9–16 procent drabbas av en förlossningsdepression. Förlossningsdepression kan uppkomma under graviditeten eller efter förlossningen och även pappan kan få depressionssymtom som är kopplade med förlossningen. Svårighetsgraden vid förlossningsdepressionen kan variera. Vissa får lindriga symtom medan andra kan få psykotisk förlossningsdepression. (Se kap. 2.5.) (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 280)

Snabba förändringar i hormonnivåerna, till exempel minskar nivåerna av kvinnans progesteron och östrogen betydligt efter födseln, vilket kan trigga i gång en förlossningsdepression (Carberg, 2023).

Återhämtningen från en förlossningsdepression tar vanligtvis några månader och sannolikheten är hög att kvinnorna blir helt återställda. Depression efter en förlossning kan dock ibland leda till långvarig ångest och depression, samt att nya perioder av depression kan uppkomma senare i livet. Risken för återfall i samband med senare förlossningar är 50–60 procent. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 280)

2.4.1 Symtombilden vid förlossningsdepression

Symtom vid en depression kopplat med förlossningen är individuella och varierar. Men de vanligaste symtomen är; nedstämdhet, sömnsvårigheter, svårt att känna välbehag, kvinnan gråter lätt och är lättirriterad, förändringar i aptiten, kvinnan kan känna sig värdelös och hjälplös, har svårt att ta initiativ till att göra saker och ting, självförebåelse, försämrad funktionsförmåga, misströstan samt att eventuella självdestruktiva tankar mot en själv eller barnet kan förekomma. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 280)

Dessa symtom har visat sig bli en del av familjen, vilket betyder att hela familjen, inklusive barnen påverkas av depressionssymtomen ifall den ena föräldern lider av det. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 280)

2.4.2 Riskfaktorer för förlossningsdepression

Orsakerna till att drabbas av förlossningsdepression är inte helt kända, men risken att insjukna ökar om den nyblivna mamman är under 20 år gammal, om graviditeten är oplanerad, om det förekommit komplikationer med graviditeten, mamman har någon form av depressionssymtom under graviditeten eller har en allmän tendens att drabbas av depression. Orsaker som problem inom parförhållande till exempel våld inom familjen/parförhållandet eller problem som uppkommer av sociala faktorer. De sociala faktorerna kan ha att göra med isolering eller ett svagt socialt nätverk, ekonomiska svårigheter, samt överansträngdhet i familjen eller brist av stöd från partner och andra nära och kära kan även påverka uppkomsten av förlossningsdepression. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, ss. 280-281)

Mammor med invandrarbakgrunder löper även större risk att insjukna i depression både under graviditeten och efter. Detta kan eventuellt bero på att de tidigare har varit med om något traumatiskt, samt att de saknar ett eget nätverk av närstående. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, ss. 280-281)

När det gäller pappor kan depression kopplat med en förlossning bero på den belastning föräldraskapet för med sig. Även de förändringar i parförhållandet och livsstilen som händer när ett barn föds och den förändrade ekonomiska situationen när familjen fått tillökning. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 281)

Baserat på aktuell forskning är de största riskfaktorerna, depression och/ eller ångest under själva graviditeten, babyblues, stressiga livshändelser, lite socialt stöd, tidigare psykopatologi och att kvinnan tidigare haft liknande historia med psykisk ohälsa. (Ferrari, Mesiano, Benacchio, Donolato, & Riolo, 2019)

2.4.3 Förlossningsdepressionens påverkan på relationen med barnet

Barn som växer upp i en miljö som präglas av en depression hos mamman påverkas negativt av den. Barn som lever med en mamma som lider av en förlossningsdepression lider av förseningar i utvecklingen, samt att de visar mindre interaktion i sociala sammanhang. Depressionen hos mamman är associerad med sociala-emotionella samt andra kognitiva aspekter. Olika beteenden kopplade med utvecklingen inträffar mindre sannolikt om modern lider av en depression. Dessa är till exempel att läsa för barnet, prata med barnet och gosa med barnet. (Bass III & Bauer, 2018)

Spädbarn som har en mamma som är deprimerad kan titta mindre på mamman och visar mindre engagemang och detta kan börja så tidigt som vid 2 månaders ålder. På grund av den minskade interaktionen mellan mamman och barnet kan det leda till att modern misslyckas med att tolka barnets olika signaler, vilket kan leda till att barnet blir tillbakadraget, kinkigt, samt att barnet sannolikt utvecklar mat- eller sömnproblem. Detta anknytningsproblem kan i sin tur öka risken för olyckor på grund av ouppmärksamhet, oförutsett trauma samt ökade sjukhusvistelser. (Bass III & Bauer, 2018)

Deprimerade mammor är mindre benägna att utföra de råd som barnläkaren ger. De är även mindre benägna att placera spädbarnet på ryggen och mera benägna att sätta barnet till sängs med en flaska, i stället för att engagera sig i förebyggande hälsovård. Långsiktig förlossningsdepression hos mamman kan öka risken för att spädbarnet ska utveckla

humörstörningar och beteendeproblem i tonåren eller som vuxen. (Bass III & Bauer, 2018) På grund av att barnet utsätts för störningar i den känslomässiga relationen, kan det i senare ålder även öka risken för att barnet själv ska drabbas av psykisk ohälsa (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 281).

2.4.4 Identifiering av förlossningsdepression

Att identifiera förlossningsdepression är inte lätt, det är endast cirka 20–40 procent av alla fall som identifieras och behandlas. Identifieringen av förlossningsdepression försvåras när vårdpersonalen har bråttom och mycket att göra, samt att det inte är lätt att ta upp och prata om förlossningsdepression eftersom det kan vara ett känsligt ämne för vissa. Mammorna vill inte heller alltid berätta om hur de egentligen mår och vilka svårigheter de upplever, eftersom de är rädda att bli dömda som olämpliga föräldrar och att de har misslyckats som mamma, samt att många skäms över de psykiska problem de har drabbats av. Många föräldrar tror även att stress och depression är normalt och hör till föräldraskapet. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, ss. 281-282)

Vid identifiering av förlossningsdepression används en EPDS-blankett (Edinburgh Postnatal Depression Scale). EPDS-blanketten används för att identifiera de problem som är kopplade till sinnesstämningen samt det psykiska välbefinnandet och för att rikta in en diskussion på frågor om den psykiska hälsan. EPDS-blanketten lämpar sig inte för en direkt diagnostisering utan är bara ett hjälpmedel. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, ss. 281-282) EPDS-blanketten består av tio frågor om hur humöret varit, samt om olika känslor som eventuellt har förekommit (Region Örebro län, 2015).

Dessa frågor ger en poäng och dessa poäng bildar i slutet en poängsumma mellan 0–30 poäng. Dessa poäng beskriver sedan i sin tur hur allvarlig depressionen är. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 282) Kvinnan väljer mellan fyra svar (0–3 poäng) beroende på vilket av dessa poäng som motsvarar hur hennes humör har varit under de senaste sju dagarna. Summan av dessa poäng räknas sedan ihop i slutet och det är det som är den totala poängen. (Boere-Boonekamp, van der Zee-van den Berg, Groothuis-Oudshoorn, & Reijneveld, 2019)

Ett sammanlagt poängtal på 10 eller mera ska betraktas som en gräns på eventuell depression (Hakulinen, Pakarinen, & Uotila-Laine, 2021). Om poängsumman är mellan 10–12 poäng är det bra att göra om bedömningen av välbefinnandet om cirka 2–4 veckor för att se ifall förändring har skett. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 282)

Desto högre poäng på EPDS-blanketten, desto mer sannolikt är det att föräldern lider av depression (Hakulinen, Pakarinen, & Uotila-Laine, 2021). Om poängen på EPDS-blanketten är 13 poäng eller högre, så finns det goda skäl att remittera den gravida kvinnan eller partnern vidare till en läkare för att genomgå en noggrannare bedömning. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, s. 282)

Om kvinnan har svarat på påstående nummer 10 (se bilaga 1) att hon har haft självmordstankar, måste hon omedelbart få hjälp, oberoende om antalet poäng för depressionssymtom understiger. (Hakulinen, Pakarinen, & Uotila-Laine, 2021)

Kvinnor som har symtom på en depression men inte uppfyller de formella kriterier för en depression kan fortfarande ha besvär som har en stor inverkan på deras funktionsförmåga. Berle skriver att även en subklinisk depression kan påverka interaktionsförmågan mellan mödrar och deras nyfödda barn. (Berle, 2014)

2.4.5 Behandling samt förebyggande av förlossningsdepression

För att så tidigt som möjligt kunna identifiera och behandla depression efter en förlossning gäller det att hälso- och sjukvårdspersonalen har en bra interaktionsförmåga, multiprofessionellt samarbete samt specialkompetens i mentalvårdsarbete. Information om depression efter förlossning samt handledning i hälsosamma levnadsvanor har visat sig vara åtgärder som förebygger depression efter en förlossning. (Klementti & Hakulinen-Viitanen, 2015, ss. 282-283)

Det är viktigt att förstå att man inte frivilligt insjuknar i en depression och att depressionen alltid orsakar lidande för den som insjuknar. Eftersom en depression utvecklas långsamt under en längre tid kan det vara svårt för en person att förstå, samt att acceptera att det är en sjukdom som kräver behandling. Om man lider av en förlossningsdepression är det även viktigt att få stöd från partnern och andra nära och kära. Kvinnan behöver även ofta praktisk hjälp med att ta hand om barnet ifall om hon insjuknat i en förlossningsdepression. (Hertzberg, 2022)

Vid en förlossningsdepression är behandlingen samma som vid en depression allmänt. Vid lindriga fall av förlossningsdepression är den vanligaste behandlingen samtalsterapi. Vid måttlig eller svår depression kan även medicinering användas, så kallade antidepressiva läkemedel. (Hertzberg, 2022)

Egenvården är även viktig vid behandling av förlossningsdepression. Att vila samt att få en chans att sova är även viktigt, eftersom sömnbrist påverkar humöret. Att gå med i olika kamratstöd kan även hjälpa under depressionen. Det är även viktigt att undvika social isolering, samt att man ska försöka hålla i gång vardagsrutinerna, babyvården och träningen samt andra aktiviteter man tycker om, inom gränserna för vad man orkar och kan. (Hertzberg, 2022)

2.5 Kvinnors upplevelser av förlossningsdepression

Holopainen och Hakulinen (2019) har i sin artikel om förlossningsdepression utvecklat fyra syntetiserade fynd utgående från vad kvinnor känt under förlossningsdepressionen. Det framkom att kvinnor som är deprimerade har svårigheter att kontrollera sina egna liv på grund av de att de har en låg motståndskraft. Känslorna som de deprimerade kvinnorna känner gentemot sin partner, sina barn och svärföräldrar orsakar lidande och ångest. Det framkom även att mammorna upplevt förtvivlan och ilska ifall om de känt en obalans mellan deras stödbehov och det stöd som vårdgivare och andra nära och kära gett. Deprimerade mödrar har även upplevt en känsla av hopplöshet och hjälplöshet till följd av det nya moderskapet och de ekonomiska bekymmer det kan medha. (Holopainen & Hakulinen , 2019)

2.6 Förlossningspsykos

Riskerna är förhöjda att insjukna i en psykos efter en förlossning. Man beräknar att risken att insjukna är 23 gånger större efter en förlossning, än för alla andra stadier i en kvinnas liv (Herzberg, 2022). Förlossningspsykos eller postpartumpsykos som det även kallas, är ett ovanligt tillstånd som drabbar en till två personer per 1000 invånare (Hatters Friedman, Reed, & Ross, 2023). Förlossningspsykos utbryter vanligtvis inom de första dagarna till veckorna efter förlossningen och blir snabbt värre (Carberg, 2022).

Under en förlossningspsykos påverkas hälsan och livet hos familjen, barnen och mammorna själva. Förlossningspsykosen utvecklas snabbt och kan försätta modern och spädbarnet i fara, på grund av symtomen det medför. Symtomen kan innehålla hallucinationer, vanföreställningar, svåra humörsvängningar, maniska och depressiva symtom och andra kognitiva symtom. Vanföreställningarna utvecklas snabbare än vid andra psykosor och kretsar oftast kring spädbarnet (Hatters Friedman, Reed, & Ross, 2023).

Risikfaktorer för att insjukna i en förlossningspsykos är olika men 50–80 procent ser ut att ha ett samband med bipolär sjukdom. Om en kvinna tidigare har insjuknat i en förlossningspsykos, så har risken att hon åter insjuknar under nästa graviditet stigit till ungefär 29 procent. Andra riskfaktorer kan vara att modern lider av en allvarlig depression, onormala upplevelser under graviditeten eller vid förlossningen, långvarig sömnlöshet och en brist på socialt stöd. (Herzberg, 2022)

Vid en otillräckligt behandlad förlossningspsykos kan risker som självmord, olyckor, dråp och försummelse ökas. Förlossningspsykos anses vara en psykiatrisk nödsituation på grund av den höga risken för att ett barn ska skadas, dödas eller att modern själv ska begå självmord. (Hatters Friedman, Reed, & Ross, 2023)

De allvarligaste symtomen vid förlossningspsykos pågår vanligtvis cirka två till 12 veckor, men det kan dock ta sex till 12 månader för vissa kvinnor att helt återhämta sig. För andra kan det även ta ännu längre. Men med rätt behandling, så gör de flesta kvinnor en fullständig återhämtning inom en kortare tidsperiod. (Carberg, 2022)

2.7 Postpartum panikångestsyndrom

Ångest är vanligt under den perinatale perioden och ångestsymtom kvarstår ofta efter förlossningen. Tio till trettio procent av perinatale kvinnor diagnostiseras med panikstörning (Matsumoto, Sato, Hamatani, Shirayama, & Shimizu, 2019). Postpartum panikångestsyndrom, eller som på engelska kallas postpartum panic disorder, är ett tillstånd som mödrar kan uppleva under månaderna efter födseln. Till skillnad från förlossningsdepression är postpartum panikstörning ett utlöst tillstånd, som resulterar i att mamman känner överdriven oro, ångest och rädsla i motsats till depression och sorg. (Carberg, 2019)

Postpartum panikstörning kännetecknas både av återkommande och oväntade panikattacker. Dessutom behöver åtminstone en av attackerna följts av en månad, eller mer av oro att en ytterligare attack ska komma, oro över attackens konsekvenser både efter och under attacken, samt att personen i fråga har betydande förändring i beteendet relaterat till attackerna. Konsekvenser under panikattacken kan vara att till exempel förlorar kontrollen. (Matsumoto, Sato, Hamatani, Shirayama, & Shimizu, 2019)

Paniksymtomen blir oftast diagnostiserade tillsammans med agorafobi (= En rädsla för offentliga platser, platser som är förknippade med ångest och platser som det inte finns hjälp

tillhands om ångestsymtom uppkommer (Institutet för hälsa och välfärd, 2022)). En obehandlad ångest kan på långsikt ha negativa konsekvenser för både mamman själv och barnet. Därav är det viktigt att de behandlas i tid, för att så snabbt som möjligt förbättra symtomen. Enligt Healthhand Care Excellence:s riktlinjer är det kognitiv beteendeterapi (KBT) och serotoninåterupptagshämmare (SSRI) som oftast rekommenderas som behandling. SSRI kan däremot orsaka negativa effekter hos foster och spädbarn och därmed kan kvinnor under den perinatale tiden inte ta dessa. SSRI kan under regelbunden exponering orsaka postnatale mentalhälsoproblem och ge en ökad risk för dödlig hjärtsvikt hos barnet. (Matsumoto, Sato, Hamatani, Shirayama, & Shimizu, 2019)

Genom en kombination med terapi och medicinering kan kvinnorna med panikstörning efter en förlossning återhämta sig, genom långsiktiga eller kortsiktiga behandlingsmetoder. (Carberg, 2019)

2.8 Postpartum tvångssyndrom

Tvångssyndrom efter förlossning även kallat postpartum tvångssyndrom, som på engelska är Postpartum Obsessive-Compulsive disorder (OCD), är en typ av postpartum ångestsyndrom som påverkar cirka tre till fem procent av kvinnor efter en förlossning. Det kännetecknas av påträngande och ihållande tankar samt beteenden, som uppkommer när de tror att det finns en fara mot deras barn. Dessa tankar är konstanta och repetitiva och stör kvinnans vardagliga liv. Kvinnor som lider av OCD efter en förlossning är medvetna om sina tankar, men kan inte kontrollera dem. (Carberg, 2019)

Som vid de flesta psykiska tillstånd, finns det inte någon exakt orsak till att man insjuknar i OCD efter en förlossning. Dess början har dock mycket att göra med kvinnans mentala hälsohistoria och andra element hon upplevt i livet. Plötsliga och drastiska minskningar av hormoner efter en förlossning kan leda till att vissa OCD-symtom uppkommer efter förlossningen. Dessa förändringar i kombination med kronisk trötthet och mycket överväldigande känslor när de har hand om det nya barnet, kan leda till att många kvinnor utvecklar svår ångest som sedan utvecklas till OCD. (Carberg, 2019)

Symtomen vid OCD efter en förlossning är påträngda och ihållande tankar. Dessa tankar innebär vanligtvis att skada, eller till och med döda barnet. Dessa tankar slutförs sällan eftersom mödrarna ofta är medvetna och förskräckta av tankarna. Andra beteendemässiga egenskaper inkluderar tvångsmässiga vanor, såsom repetitiv rengöring och byte av blöja och kläder på barnet. Eftersom mödrarna ofta är generade och skäms över dessa beteenden eller

tankar går postpartum OCD ofta orapporterat, odiagnostiserad och obehandlad. (Carberg, 2019)

Behandlingen av postpartum OCD är vanligtvis en kombination mellan medicinering och terapi, för att kunna hantera symtomen fullt ut. Kognitiv beteendeterapi (KBT) och andra former av psykoterapi hjälper många människor att arbeta igenom sina påträngande tankar, i en lugn och trygg miljö. Ofta rekommenderas även antidepressiva- och ångestdämpande läkemedel. (Carberg, 2019)

3 Erikssons teori om lidandet

Som teoretisk utgångspunkt kommer jag använda boken *Den lidande människan* skriven av Katie Eriksson (2015) och använda den teorin i detta arbete. Jag har valt denna utgångspunkt eftersom kvinnor som insjuknar i en förlossningsdepression ofta går igenom mycket lidande.

Eriksson förklarar begreppet lidandet som någonting en människa behöver leva med eller något hon utsätts för som är negativt och som plågar henne. Men lidande kan även vara att försona sig. (Eriksson, 2015, s. 18)

Eriksson tar upp i sin bok att det finns flera olika former av lidande inom vården. Dessa är vårdlidande, sjukdomslidande och livslidande. Dessa former av lidande kan i det verkliga livet vara svåra att särskilja, eftersom de går in i varandra. Men genom att få en inblick och förstå dem var för sig så kan man även lättare känna igen dem i olika vårdsituationer. (Eriksson, 2015, ss. 77-78)

3.1 Vårdlidande

Vårdlidande kan komma i många olika former och varje människa som någon gång utsatts för lidande orsakat av vården, eller av utebliven vård upplever den individuellt. Vårdlidande kan man dela in i följande underkategorier; kränkning av patientens värdighet, maktutövande, fördömelse och straff samt utebliven vård. (Eriksson, 2015, ss. 81-82)

Kränkning av patientens värdighet är den vanligaste formen av vårdlidande och alla andra former av lidande kan kopplas tillbaka till den. Denna form av lidande innebär att beröva en människa hennes möjlighet till att fullt ut vara människa, samt minska hennes möjlighet till att använda hennes egna hälsoresurser. Att kränka en människas värdighet kan ske både genom konkreta och direkta åtgärder som till exempel genom nonchalans, men kan även ske

mera abstrakt genom att inte "se" människan eller att inte ge henne plats. (Eriksson, 2015, s. 82)

Maktutövning innebär att beröva en annan människas frihet, eftersom man tvingar hen att göra något som personen i fråga inte självmant skulle göra. Att inte ta patienten på allvar är ett sätt att utöva makt. Detta gör att personen som inte blir tagen på allvar inte heller räknas med och det ger en känsla av maktlöshet. Att utöva makt inom vården kan vara att man till exempel tvingar patienter att göra sådant som patienten i fråga inte orkar. På samma gång fråntar man patientens rätt att vara patient. Maktutövning kan ske indirekt eller direkt. Att utöva makt indirekt framkommer ofta i vårdarnas attityder, medan att utöva makt direkt framkommer i olika vårdhandlingar som patienten tvingas utföra. (Eriksson, 2015, ss. 86-87)

Fördömelse och straff hör ofta ihop. Fördömelse har sin grund i den uppfattning att det är vårdaren som ska veta vad som är rätt och fel med patienten i fråga. Fördömelse och straff kan uttryckas genom till exempel nonchalans. Ett exempel på detta är att till exempel inte torka patienten om munnen efter att hen ätit, när hen inte kan göra det själv. Detta gör så att patienten även ofta känner sig förnedrad. Eriksson framhäver även att fördömelse och straff kan handla om en känsla som patienten känner, till exempel när personalen inte orkar hålla i gång ett samtal med patienter de tycker är besvärliga eller jobbiga. (Eriksson, 2015, ss. 85-86)

Utebliven vård kan bero på att man som vårdare har en bristande förmåga att bedöma och se vilken sorts vård en patient behöver. Det finns många former av uteliven vård, allt från slarv till medveten vanvård. Eriksson skriver att "utebliven vård innebär alltid att människans värdighet kränks och är även ett sätt att utöva makt över en maktlös." (Eriksson, 2015, ss. 87-88)

3.2 Sjukdomslidande

Kroppslig smärta i samband med en sjukdom medför ofta lidande till individen. Men en sjukdom behöver nödvändigtvis inte alltid orsaka smärta och smärta är inte samma sak som lidande. Eriksson (1994) tar upp i sin teori att det däremot finns en central koppling mellan lidande och smärta. Hon menar att om man minskar och lindrar smärtan som en individ känner så gör man även så att lidandet minskar. (Eriksson, 2015, s. 78)

Begreppet sjukdomslidande kan man dela in i underkategorier. Dessa är; kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Den kroppsliga smärtan är något som är orsakat av själva sjukdomen eller behandlingen en människa går igenom. Smärtan behöver inte enbart vara kroppslig utan den upplevs av hela människan. Det andliga och själsliga lidandet uppkommer av den förnedring, skam och skuld som den drabbade kan känna till sin sjukdom eller behandling. Dessa känslor kan uppkomma av patienten själv, eller om vårdpersonalen eller det sociala sammanhanget har en fördömande attityd. (Eriksson, 2015, ss. 78-79)

3.3 Livslidande

Människans livssituation präglas av många faktorer så som individens sjukdomar, ohälsa och själva upplevelsen av att vara patient. Det liv som en gång känts självklart för en patient kan rubbas och plötsligt tas ifrån en mer eller mindre. Livslidande kan bero på att inte klara av att uppfölja olika sociala uppdrag, men kan även vara att känna hot mot den totala existensen. Livslidandet är det lidandet som har mest samband med vad det innebär att leva och att vara människa i ett samhälle. (Eriksson, 2015, s. 89)

Till livslidandet hör även att ge upp och det är något man ofta möter inom vården. Om en patient inte längre orkar kämpa, kan detta ge upphov till känslan av att vilja ge upp. Den som känner att de vill ge upp kan även känna att de saknar ett värde eller en uppgift i världen. (Eriksson, 2015, s. 89)

Att förintas är även en del av livslidande. Detta kan till exempel vara att man har en känsla av att man kommer dö, men att man inte vet när det kommer ske. Detta kan ge upphov till mycket lidande. Kärlekslösheten är en av de djupaste formerna av livslidande. (Eriksson, 2015, ss. 88-89)

3.4 Lidandets drama

Lidandets drama betyder att det finns ett lidande inom vården, som präglas av de förväntningar som upplevs när man träder in i en vårdssituation eller ett mänskligt möte. Detta är ett drama på grund av att det väcks förhoppningar på nytt, fastän de tidigare kanske om och om igen blivit krossade. Alla människors lidande utspelar sig i lidandets drama. Att försöka lindra en annan människas lidande, betyder att man själv vågar vara medberoende i dramat. Lidandets drama kan delas in i tre delar. Dessa är; Bekräftandet av lidandet, själva lidandet och till sist försoningen. (Eriksson, 2015, ss. 49-50)

Bekräftande av lidande betyder att man förmedlar till andra att ”jag ser”. Att en annan människa ser ens lidande kan innebära en tröst samt hopp om att det finns någon annan att tillmötesgå. Bekräftelsen kan ske på olika sätt, till exempel genom ett ord, en blick eller en beröring. Om lidandet inte blir bekräftat, utan att det i stället överses och bortförklaras, orsakar det ofta ännu mera lidande för människan som redan lider. Att bekräfta en människas lidande innebär att förmedla att man finns till, att inte överge samt att ge tid och rum till personen i fråga. (Eriksson, 2015, s. 50)

Alla människor som lider behöver tid och rum för att kunna lida. Vi kan ta ifrån personen i frågas chans att lida ifall vi snabbt försöker finna orsaker till hens lidande eller bortförklarar lidandet. Att vara i lidandet innebär att personen i fråga pendlar mellan hopp och hopplöshet, samt lidande och lust. En person som lider vill ofta vara ensam, men vill ändå känna att hen hör till en gemenskap. Att känna sig övergiven i ett lidande kan orsaka en känsla av hopplöshet som i sin tur leder till förtvivlan. I tillståndet förtvivlan existerar inte längre hoppet. (Eriksson, 2015, s. 50)

Försoning är lidandets tredje del, ett drama som innebär att försonas och som slutar lyckligt. Att försonas innebär att man tar ”det onda” och bäddar in det i en ny meningsfull helhet. Försoningen kan se olika ut för olika människor. Ibland kan försoningen ske efter en djup förkrosselse eller en förödmjukande kamp, medan det hos andra kan det vara av att komma till en stilla insikt om livets olika realiteter. Oberoende hur man försonas så innebär det en förvandling för personen i fråga. (Eriksson, 2015, s. 51)

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att få en större inblick i mödrars upplevelser under förlossningsdepressionen. För att kunna besvara detta har följande frågeställningar gjorts;

1. Vilka är mödrarnas upplevelser av tiden med förlossningsdepression?
2. Vilken form av stöd upplever mödrarna har hjälpt dem att komma ur sin förlossningsdepression?

5 Metod

I metodavsnittet tas val av metod, datainsamlingen samt hur den gått till, urvalet av informanterna i studien, analysmetoden samt etiska överväganden upp.

Detta är en kvalitativ dokumentstudie. Syftet med en kvalitativ metod är att studera olika personers erfarenheter de fått av ett visst fenomen. Det finns även inget som är fel i en erfarenhet någon upplevt och inte heller någon absolut sanning (Henricson & Billhult, 2017, s. 111). Denna metod passar bra då det just är kvinnornas upplevelser av förlossningsdepression som ska studeras.

5.1 Datainsamlingsmetod

I denna studie har dokument som bloggar och podcasts använts som datainsamlingsmetod. En blogg är en form av hemsida där man kan göra inlägg eller artiklar. Bloggens huvudsakliga uppgift är att komma i kontakt med en viss utsedd målgrupp, oavsett om den är personlig eller kommersiell. De inlägg eller artiklar som publiceras i bloggen listas i en kronologisk ordning från det senaste till det äldsta. En blogg kan handla om vad som helst mellan himmel och jord, men oftast handlar de om ett specifikt ämne, till exempel träning. Det finns både personliga bloggar, samt att företag och andra kommersiella projekt använder bloggning för att marknadsföra och bygga upp sitt varumärke. (Bloggteknik, 2019)

En podcast eller pod som det även kallas är en serie avsnitt där oftast två personer pratar om något ämne, man behöver inte prata om samma ämne under varje avsnitt utan ett avsnitt kan handla om träning medan det andra kan handla om djur och så vidare. Det är även vanligt att man bjuder in gäster som kan gästa och delta i podcasten. En podcast spelas ofta in i hemmet till exempel i soffan och oftast inte i en studio. I dagens läge finns det podcasts om allt mellan himmel och jord. (Podverkstan, u.å.)

Fördelarna med att använda sig av dokument i en studie är att det finns stora mängder information, samt att källorna är relativt enkla att få tag på. Det är även kostnadseffektivt, eftersom det inte kostar mycket att få tillgång till dokumenten, samt att data även är tillgänglig för offentligheten. (Denscombe, 2018, s. 338)

5.2 Val av studiens informanter

Som material för denna studie kommer bloggar och podcasts som har skrivits, eller berättats av mödrar som själva någon gång under sin livstid lidit av en förlossningsdepression att analyseras. Det är dessa informationskällor som kommer att ge mig material och information för mitt arbete om förlossningsdepression.

Informanterna i denna studie är nio kvinnor som drabbats av en förlossningsdepression. Av dessa kvinnor är fem från Sverige, två från Finland och två från USA. Kvinnorna i denna studie är från olika länder för att denna studie ska få en variation på deras bakgrunder, samt för att få en variation i hur kvinnornas egna upplevelser har sett ut. Alla dessa kvinnor har själv skrivit blogg, eller deltagit frivilligt i podcastavsnitt om sina upplevelser av att drabbas av en förlossningsdepression. Kvinnorna i denna studie var mellan 23 och 39 års ålder när de insjuknade, men i vissa av bloggarna och podcastarna framkom det ingen ålder på kvinnorna. Dessa kvinnor har även insjuknat inom de senaste 10 åren, vissa mera nyligen än andra.

Kraven på bloggarna och podcasterna är ett de ska innehålla en kvinnas berättelse om hur hon själv upplevt tiden med förlossningsdepression, samt att hon även berättar vad hon upplevt hjälpt henne komma ur depressionen. De behöver även vara från ett av följande länder; Sverige, Finland eller USA. Kvinnorna i bloggarna och podcasterna ska även ha haft förlossningsdepressionen och skrivit eller berättat om den inom de senaste 10 åren. Det vill säga hon skulle senast drabbats av förlossningsdepression 2013. Berättelserna ska även mammorna ha skrivit eller berättat personligen, vilket betyder att en informant till denna studie inte kan vara någon som berättat sin historia för en tidning och att tidningen sedan publicerat den, eftersom respondenten inte då vet om tidningen ändrat något mamman sagt, eller om de blivit några missförstånd.

För att hitta de bloggar och podcasts som använts som datainsamling i denna studie har respondenten använt sig av sökmotorn Google samt musikappen Spotify. På Google samt Spotify har olika fraser använts för att hitta de bloggar samt podcasts som använts som material. Respondenten granskade och läste vad bloggarna och podcastavsnitten handlar om, för att få en uppfattning ifall de skulle kunna användas som material i denna studie.

För att hitta bloggar från Sverige har sökorden "förlossningsdepression" och "blogg" används. Dessa sökord gav respondenten cirka 26 100 resultat. Av de tio resultat som kom på första sidan, var alla inte bloggar. De resultat som inte var bloggar rensades bort. Av de som var bloggar så uppfyllde inte alla kraven som fanns för denna studie och därför valdes de även bort. Av de bloggar som lämnades kvar på första sidan efter att bloggar som inte uppfyllde kraven rensats bort, valdes in som material för denna studie. Om det inte fanns tillräckligt med bloggar på första sidan togs bloggar från andra sidan. Det vill säga att de första två bloggar som uppfyllde alla krav för denna studie valdes som material.

För att hitta engelskspråkiga bloggar användes sökorden ”postpartum depression” och ”blogg”. Respondenten fick cirka 9 060 000 resultat. Av de tio resultat på första sidan av dessa sökord var inte alla bloggar och därför rensades de bort. Av de bloggar som lämnades kvar på första sidan uppfyllde alla inte kraven för denna studie och därför rensades dessa bloggar bort. De bloggar som efter det lämnade på första sidan valdes. I detta fall lämnades två bloggar på första sidan och dessa valdes in till studien.

För att hitta en finskspråkig blogg från Finland, användes sökorden ”Synnytyksen jälkeinen” ”masennus” och ”blogi”. Dessa sökord gav 8650 resultat. Av de tio resultaten på första sidan var alla inte bloggar, dessa rensades därför bort. Av de bloggar som lämnade uppfyllde alla inte kraven och därför rensades dessa även bort. Av dessa resultat lämnade en blogg på första sidan och valdes därför in till denna studie.

För att hitta en finlandssvensk blogg användes sökorden ”Förlossningsdepression”, ”blogg” och ”Finland”. Respondenten fick cirka 3400 resultat. Av dessa tio resultat på förstasidan var alla inte bloggar och därför valdes dessa bort. Av de bloggar som lämnade uppfyllde alla inte kriterierna för denna studie och valdes därför bort. Av de resultat som lämnade på första sidan valdes en blogg som uppfyllde kraven för denna studie.

För att hitta de podcaster som använts i studien har musikappen spotify använts. För att hitta podcaster har följande sökord använts ”förlossningsdepression”. Respondenten fick cirka 130 resultat. Respondenten började med att läsa beskrivningen av vad poddcastarna handlade om, med start från toppen av listan. Av dessa pocaster hade alla inte med egna berättelser av kvinnors upplevelser och erfarenheter och därför valdes dessa bort. Av de som lämnade valdes de första tre podcasterna som uppfyllde alla krav för denna studie och resterande valdes bort.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

I denna studie kommer en kvalitativ innehållsanalys användas för att analysera studiens data. En studie som använder en kvalitativ innehållsanalys behöver ha ett syfte som innefattar en eller flera frågor, val av analysform samt hur man utfört analysen och till sist även en design för studien och hur man planerar studien, samt metoder för datainsamlingen. Oavsett vilket tolkningsdjup är den kvalitativa innehållsanalysen beskrivande, samt att resultaten man får är lätta att använda i olika sammanhang. (Danielson, 2017, s. 297)

En kvalitativ innehållsanalys kan användas på olika slags texter och tolkningen och abstraktionen kan genomföras på olika nivåer. Detta gör att en kvalitativ innehållsanalys är användbar inom olika forskningsområden. En kvalitativ innehållsanalys har inom vården och forskningen använts för att granska olika slags texter. Dessa texter är till exempel observationsprotokoll, utskrifter av intervjuer, bilder, dagböcker och videoinspelningar. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017, s. 219) På grund av att man kan använda en kvalitativ innehållsanalys i så stor utsträckning så kommer den passa bra i detta arbete om förlossningsdepression, på grund av att det är podcasts och bloggar som kommer analyseras.

En kvalitativ innehållsanalys kan göras induktivt eller deduktivt. Med induktivt menas att man utgår från vad texten innehåller, medan deduktiv betyder att man analyserar utifrån en bestämd modell eller metod. (Danielson, 2017, s. 290) I detta arbete kommer analysen göras induktivt. Detta görs eftersom att analysera induktivt låter texten tala fritt för sig själv (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017, s. 221). Man kan även därefter göra teman eller kategorier som beskriver innehållet som framkommer i texten (Danielson, 2017, ss. 290-291).

I denna studie började forskningsprocessen med att forskaren läste på om ämnet genom att läsa tidigare studier, vetenskapliga artiklar samt faktabaserade böcker och efter det började bakgrunden till studien utformas.

Efter att bakgrunden började bli klar valdes två forskningsfrågor ut som studien ska besvara. Den första frågan var; Vilka är mödrarnas upplevelser av tiden med förlossningsdepressionen? Denna fråga ville ta reda på hur förlossningsdepressionen har påverkat mammorna och vilka känslor som de känt under perioden med förlossningsdepression. Den andra frågan till denna studie var; Vilken form av stöd upplever mödrarna har hjälpt dem att komma ur sin förlossningsdepression? I resultatet kan man se att forskningsfrågorna har blivit besvarade.

I ett tidigt skede bestämdes det att bloggar och podcasts skulle ge material för denna studie. Detta på grund av att det finns många online, samt att de är lätta att få tag på. Då en blogg och podcast hade uppfyllt de krav som fanns för denna studie, lyssnades eller lästes de igenom två eller tre gånger. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) skriver att med en innehållsanalys som är induktiv låter man texten tala fritt för sig själ. Vilket även har gjorts i detta arbete.

Första gången bloggen eller podcasten lyssnades igenom, eller lästes igenom gjordes det enbart för att bekanta sig med materialet av vad mamman berättade, sedan under den andra och tredje gången skrevs även anteckningar och olika meningsenheter ned som var till vikt för studien. Med meningsenheter i denna studie menas citat som mammorna sagt eller skrivit. Efter att alla podcaster och bloggar analyserats, så började analysprocessen av meningsenheterna. Av meningsenheterna togs koder ut och efter det bildades underkategorier samt huvudkategorier och efter det redogjordes resultatet.

5.4 Etiska övervägningar

När man skriver ett examensarbete är det viktigt att göra etiska överväganden för att undvika risken med att kränka, skada eller utnyttja någon. Därför är det viktigt att ta fasta på de etiska principerna. De etiska principerna används för att säkerställa att säkerhet, välbefinnande och rättigheter hos människor garanteras. (Kjellström , 2017, ss. 59,61)

I denna studie om förlossningsdepression kommer bloggar och podcasts användas som informationskällor. Dessa informationskällor som är skrivna eller berättade av personer som själva har lidit eller lider av förlossningsdepression kommer att analyseras. När man läser en blogg eller lyssnar på en podcast kan man uppleva att man gör ett intrång i personens privatliv, fastän bloggarna, och poddarna finns till förfogande för allmänheten på internet, vilket betyder att innehållet redan finns ute bland allmänheten och att det inte gör något hot mot dessa personers integritet. I denna studie om förlossningsdepression har källorna lagts ut till bloggarna och podcasterna. Detta på grund av att arbetet inte ska få plagiat på citaten som använts. Denscombe (2018) skriver att material som är publicerade sekundärkällor, till exempel arkivforskning, biblioteksbaserad forskning, historisk forskning, samt undersökningar med officiell statistik, är undantagsfall där etikprövningen inte behöver utföras. Likadant är det för källor som redan är publicerade på allmänna medier. (Denscombe, 2018, s. 435)

Ett vetenskapligt arbete ska genomföras och dokumenteras ska följa öppen vetenskaps principer i så stor utsträckning som möjligt. Tidigare forskning ska även tas i beaktande i planeringen av arbetet (TENK, 2023).

För att en studie ska kunna kallas etisk så behöver man följa vissa aspekter. Dessa aspekter är till exempel att arbetet ska ha väsentliga frågor, att den har en god vetenskaplig kvalitet och att den genomförs på ett etiskt vis. För att ta reda på ifall frågorna man har gjort har ett väsentligt värde kan man ställa frågor som ger svar på det. Dessa frågor är till exempel "För

vem är forskningen värdefull och på vilket sätt?”. (Kjellström , 2017, ss. 64-65) Jag har valt att göra studien om förlossningsdepression för att själv få en större förståelse för vad mammor kan gå igenom, samt för att jag själv som vårdare och andra vårdare ska ha lättare att hjälpa och förstå den drabbade mamman.

5.5 Källornas bakgrund

I denna studie har sex bloggar och tre podcasts där kvinnor har skrivit eller berättat om sin upplevelse av förlossningsdepression analyserats. Mammorna i bloggarna är mellan 23–39 år gamla. I podcasterna framkom det ingen ålder på kvinnorna. Alla kvinnor har individuella upplevelser och berättelser, men hos vissa av personerna kan man se likheter i det de berättat. Nedan kommer en kort beskrivning av de källor jag har använt mig av i denna studie;

Blogg nummer 1.

23 år. Har två barn. Drabbades av en förlossningsdepression 2020 efter första barnets förlossning. Bloggar om vardagen, känslor, jobb och andra spontana saker hon vill göra eller har gjort. (Fredriksson , 2020)

Blogg nummer 2.

36 år. Har två barn. Drabbades av en förlossningsdepression 2020 efter att andra barnet föddes. Bloggar om sin vardag och om hur det är att drabbas av en förlossningsdepression. (Sara, 2021)

Blogg 3.

29 år. Har två barn. Drabbades av en förlossningsdepression 2020 efter att första barnet föddes. Bloggar om motion, mat och om själva livet. (Elina Ada Sofia, 2022)

Blogg nummer 4.

Det framkom ingen ålder på kvinnan eller om hon har mera än ett barn. Hon drabbades av en förlossningsdepression 2019. (Bullock, 2019)

Blogg nummer 5.

Runt 35 år. Småbarnsförälder. Har lidit av psykisk ohälsa halva livet. Drabbades av en förlossningsdepression när hennes första barn föddes 2021. Bloggar om egna erfarenheter och strategier som hjälpt henne må bättre. (Lundberg, 2022)

Blogg nummer 6.

Drabbades av en förlossningsdepression 2016, efter att hon fött sitt första barn. Bloggat om sin förlossningsdepression och om hur hon kom ur den. Hon önskar att kunna hjälpa andra mammor och pappor som drabbats av förlossningsdepression. (Truong, 2017)

Podcast nummer 1.

Tvåbarnsmamma gästar en podcast och berättar om sina upplevelser om förlossningsdepression. Kvinnan drabbades av förlossningsdepression efter första barnets födelse. Podcastavsnittet kom ut 2020 och då hade det gått något år sedan hon drabbades. Det framkom ingen ålder på kvinnan. Podcastavsnittet utkom 2020. (Dokumentära berättelser, 2020)

Podcast nummer 2.

Fyrabarnsmamma. Som gästar en podcast och berättar om sina upplevelser av förlossningsdepression. Kvinnan drabbades av en förlossningsdepression efter andra förlossningen. Fick även tvillingar vid den tredje förlossningen vilket även resulterade i förlossningsdepression. Podcastavsnittet kom ut 2016. (Förlossningspodden, 2016)

Podcast nummer 3.

Mamma som gästar en podcast och berättar om sina upplevelser av förlossningsdepression. Kvinnan drabbades av en förlossningsdepression 2021 efter att första barnet föddes. Podcastavsnittet kom ut 2023. (Gynpodden, 2023)

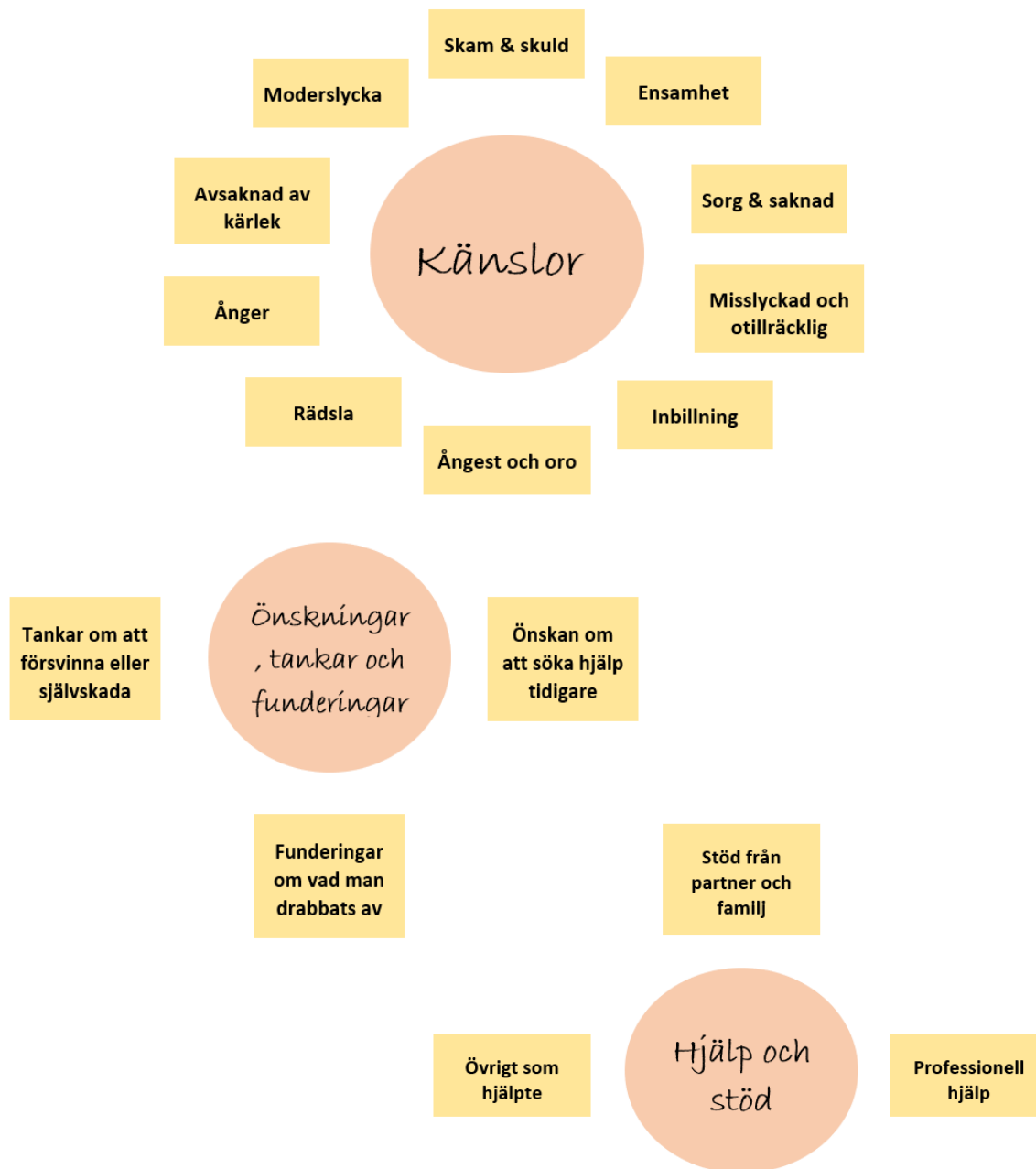
6 Resultatredovisning

I detta kapitel kommer studiens resultat presenteras. Detta sker genom att resultatet blivit indelade i olika kategorier. Detta för att det ska göra resultatet lättare att läsa och förstå. Huvudkategorierna i detta kapitel är markerade med **fet stil**. Dessa huvudkategorier har sedan delats in i underkategorier, vilka är markerade med *fet kursiv stil*. I detta kapitel har citat som mammorna sagt eller skrivit även tagits med för att höja trovärdigheten, citaten är utmärkta med citattecken samt *kursiv stil*.

Tre punkter i början av ett citat betyder att informanten sagt något innan, men att det inte varit av vikt för studien och tagits bort. Tre punkter i mitten av ett citat innebär en paus. För

att inte utelämna några namn har dessa ersatts med [...] samt en förklaring om vem det är informanten pratar om, ett exempel är [barnet].

En bilaga har även bifogats i slutet av denna studie för att visa hur analysprocessen har gott till. (Se bilaga 2)



Figur 1. Huvudkategorier och underkategorier

6.1 Känslor

Känsloerna som framkommit i bloggarna och podcastarna av mammorna som drabbats och lidit av en förlossningsdepression är många. Många av mammorna beskrev liknade känslor och upplevelser i sina berättelser, men det fanns även vissa skillnader i känslorna som mammorna kände. I de olika berättelserna framkommer det mycket negativa känslor som mammorna upplevde, mycket oro, rädsla, samt att känna sig ensamma, eftersom de trodde att ingen skulle förstå sig på de känslor som de kände under denna period. Men trots mycket negativt kom det även fram kärleksfulla känslor gentemot det nyfödda barnet. Utifrån de känslor mammorna beskrev i sina berättelser så har följande underkategorier bildats; *Skam och skuld, ensamhet, sorg och saknad, misslyckad och otillräcklig, inbillning, ångest, oro och rädsla, ånger, avsaknad av kärlek och moderslycka.*

Skam och skuld

Skuld och skam var känslor som framkom i många av mammornas berättelser. Många mammor kände skam på grund av de känslor som de upplevde under förlossningsdepressionen och de ville inte att personer i deras omgivning skulle veta av att de kände så här.

”I was too ashamed to let anyone know all my thoughts and feelings” (Truong, 2017)

”Häpesin sitä, miten voin tuntea pelkoa ja ahdistusta oman vauvani kohdalla?” (Sara, 2021)

”Jag skäms lite över att jag inte var stark nog att leva mitt liv, och därför höll jag det för mig själv” (Sara, 2021)

En mamma kände även i efterhand skuld på grund av de negativa känslor hon kände gentemot barnet under förlossningsdepressionen.

”... kohtaan vaikka edelleen tunnen huonoa-omatunto miksi koin niin negatiivisia tunteita maailman rakkainta lasta kohtaan” (Elina Ada Sofia, 2022)

Ensamhet

En känsla som relativt många av mammorna upplevde någon gång under förlossningsdepressionen var ensamhet. En del av mammorna kände att de var ensamma i att känna de känslor som de hade under förlossningsdepressionen, och de trodde att det inte fanns någon som skulle kunna förstå sig på de känslorna. Känsla av ensamhet framkom även på grund av att mammorna inte ville att personer i deras omgivning skulle veta att de mår dåligt, samt att de inte ville att personerna skulle veta om vilka känslor de kände gentemot barnet, vilket i sin tur gjorde att de avskärmade sig från nära och kära.

”Jag kände mig ensamast i världen” (Fredriksson , 2020)

”Kände att allt var emot mig, kände mig ensamast i världen” (Sara, 2021)

” ... it is lonely to suffer alone” (Truong, 2017)

En mamma upplevde även ensamhet identitetslöshet när världen just då endast kretsade kring det nyfödda barnet.

“Jag kände mig helt identitetslös och ensam” (Gynpodden, 2023)

Sorg och saknad

Många av mammorna kände även saknad och sorg. Saknad över hur tiden var innan barnet föddes, men även sorg att de kände så.

”...Kroppen hade förändrats, psyket hade förändrats, jag ville tillbaka till mitt jag som jag upplevde var förlorat.” (Dokumentära berättelser, 2020)

”Men i min hjärna ville jag bara spola tillbaka tiden till innan [barnet]” (Fredriksson , 2020)

Att mammorna grät under tiden med förlossningsdepression var även vanligt. Vissa av mammorna visste varför de grät, medan andra av mammorna berättade att de inte hade någon aning om varför de började gråta.

“I would get upset and start crying, sometimes for days or for no reason at all. My crying was so bad that I would have to miss work because once I started crying there was no stopping it, no matter how hard I tried” (Bullock, 2019)

“Jag kunde börja gråta mitt i allt, och kunde inte sluta längre. Jag hade ingen aning om varför jag grät, jag var inte direkt ledsen.” (Lundberg, 2022)

“Varje gång [barnet] ville äta började jag i princip storgråta och slutade inte förrän hon ätit klart” (Fredriksson, 2020)

Misslyckad och otillräcklig

Misslyckad eller otillräcklig kände sig många mammor någon gång under tiden de led av förlossningsdepression. Vissa av kvinnorna kände att de inte räckta till eller vara som mamma och att de inte visste hur de skulle kunna ta hand om sitt nyfödda barn.

“I felt so stupid. Here I was, a mom, and I had no idea how to take care of my son.” (Bullock, 2019)

“...jag kände bara att jag verkligen att jag inte var gjord för att vara mamma och att jag skulle misslyckas” (Gynpodden, 2023)

“I felt like a complete failure as a mother” (Truong, 2017)

“Gud vad jag kände mig misslyckad” (Sara, 2021)

En mamma berättade även att hon kände sig misslyckad på grund av att hon inte kände av några kärleks känslor till det nyfödda barnet.

“Jag kände mig onormal och konstig som inte älskade mitt barn” (Fredriksson, 2020)

Inbillning

En känsla av att inbilla sig saker framkom hos en mamma. Hon ville inte vara sjuk så hon inbillade sig att hon var frisk fastän hon inte var det. Att inbilla sig vara frisk fungerade dock inte för mamman, i slutändan kom känslorna i kapp.

“Allt hade samlats på hög, jag försökte verkligen bli frisk, försökte intala mig själv att allt var som vanligt fast jag visste att det inte var det” (Sara, 2021)

Ångest

Hos nästan alla mammor i bloggarna och podcastarna hade känt ångest under förlossningsdepressionen. Det kunde vara olika former av ångest, men ofta handlade ångesten om saker i vardagen,

“Gick med konstant ångest, dygnet runt. Inte ens när jag sov fick jag vara fri.” (Sara, 2021)

“...jag fick ångest över massa saker i vardagen...” (Gynpodden, 2023)

“Ångest dygnet runt, det var så mörkt” (Förlossningspodden, 2016)

“I grew increasingly anxious” (Truong, 2017)

En del av mamma känner ännu idag av ångesten som de kände under tiden med förlossningsdepressionen, men idag är den mera hanterbar än vad den var under själva depressionen.

“Idag tänker jag tillbaka på det och kan fortfarande känna ångesten jag kände när jag satt på den hårda sängen i det vita rummet” (Sara, 2021)

“Jag har ännu ångest, men på en sådan nivå att den är hanterbar” (Lundberg, 2022)

Oro och Rädsla

Känslor av oro och rädsla framkom även. Rädslorna och oron kunde handla om att vara rädd för att bryta ihop mentalt, rädsla för sitt eget barn, till att vara rädd att man inte skulle klara av att vara mamma, samt oro över att inte veta vad de skulle göra ifall om bebisen började skrika.

“En juurikaan uskaltanut olla kaksin vauvani kanssa ja muistan itkeneeni äidilleni sitä kuinka pelottaa” (Elina Ada Sofia, 2022)

“Jag var rädd för att bryta ihop” (Förlossningspodden, 2016)

” I was scared of her. I was scared of her waking up. I was scared that I wouldn’t be able to soothe her. I was scared that she’d want to feed and we couldn’t latch. I was scared that she’d die in my care.” (Truong, 2017)

Hos en mamma var amningen svår och hon oroade sig över att hon inte kunde ge tillräckligt med mat till barnet.

”I was terrified that the baby was going to starve to death” (Truong, 2017)

Hos en annan mamma var oron och rädslan mera diffus. Det var många saker som oroade mamman och inte enbart en sak.

”Jag oroade mig över i princip allt” (Lundberg, 2022)

En mamma hade även svårt att veta vad det riktigt var som gjorde att hon kände sig rädd.

”Ehkä oikein vieläkään tiedä mitä mä niin pelkäsin. Ehkä vauvan itkuna? Sitä että kaikki tuijottaa tai jotain ikävää tapahtuisi? Mitetin myös, että mitä jos vauvani ei tykkää minusta tai tavastani hoitaa häntä” (Elina Ada Sofia, 2022)

Ånger

Ånger var en känsla som framkom hos mammorna. Denna ånger kunde uppkomma av olika anledningar. En mamma började känna ånger när hon höjde rösten mot barnet, eftersom hon inte ville vara en mamma som gör det.

” I would get angry out of nowhere when my child would cry nonstop, which sometimes led me to raise my voice at him. I knew it wasn’t his fault, and he couldn’t help it. I didn’t want to be like that at all!” (Bullock, 2019)

Ångern kunde även framkomma genom att mammorna ville ha tillbaka sitt gamla liv och sitt gamla jag och att de ångrade att de fött barn.

”...Kroppen hade förändrats, psyket hade förändrats, jag ville tillbaka till mitt jag som jag upplevde var förlorat.” (Dokumentära berättelser, 2020)

”Men i min hjärna ville jag bara spola tillbaka tiden till innan [barnet]” (Fredriksson , 2020)

”Jag kände att jag inte ville ha en bebis” (Gynpodden, 2023)

Avsaknad av kärlek

Att känna mycket kärlek gentemot ett nyfött barn uppfattas generellt som det normala, men en del av mammorna i denna studie kände inte dessa känslor gentemot barnet när det föddes.

”Jag kände inte den där pirriga känslan till [barnet], inte heller att jag skulle göra vad som helst för henne, inte ens att jag älskade henne.” (Fredriksson , 2020)

”Jag kände inte för honom i början, jag kände mest här har du kommit och tagit mig från din storebror” (Förlossningspodden, 2016)

En mamma hade även svårt att minnas tiden i början av förlossningsdepressionen på grund av att hon var så ledsen. Men att när hon tänkte tillbaka så hade hon ingen anknytning alls till barnet i början.

”Jag tror inte att jag kände anknytning i början, jag tror att det ändå tog ett par månader ” (Gynpodden, 2023)

En mamma mådde så dåligt under förlossningsdepressionen och på grund av detta tappade hon alla kärlekskänslor till barnet.

”Jag kände inga kärlekskänslor alls till henne utan det kändes som att jag hellre hade varit utan henne” (Fredriksson , 2020)

Moderslycka

Trots att mammorna kände mycket negativa känslor under förlossningsdepressionen, fanns det även vissa få tillfällen som de även kände lycka över att vara mamma. Vissa av mammorna kände det direkt när barnet blev fött, medan det för andra tog en stund innan de började känna dessa känslor gentemot barnet.

“Jag var så underbart lycklig och kunde inte slita blicken från [barnet]” (Lundberg, 2022)

“... jag hade ju sett fram emot det här jättelänge och jag upplevde ju under den här tiden, jag kände ju att jag verkligen älskade [barnet]...” (Dokumentära berättelser, 2020)

”Jag är tacksam för att jag kunde knyta an till [barnet] direkt, trots allt. Känna alla mammakänslor.” (Lundberg, 2022)

En mamma berättade även att hon till en början inte hade några kärlekskänslor gentemot sitt barn, men efter att ha träffat sin väninnas barn, så uppkom kärlekskänslorna till sitt eget barn.

”Sen hade jag en jätte nära vän som var gravid samtidigt som mig ... när jag tittade på hennes dotter då kände jag den kärleken...då kände jag verkligen så här villkorlös kärlek på direkten och när jag kunde titta på henne och känna det, då kunde jag helt plötsligt vända mig och känna det för [barnet] och förstå att så här är det ju hur det känns och då blev jag liksom upp över öronen kär i honom, men så det tog två månader sen kom det i gång som det brukar” (Förlossningspodden, 2016)

En mamma upplevde även att det fanns vissa stunder som hon verkligen kände kärleken till barnet, fastän det inte var hela tiden, utan endast ett fåtal.

”There were still some moments of laughter around my daughter” (Truong, 2017)

6.2 Önsknings, tankar och funderingar

Under förlossningsdepressionen uppstod det många tankar, önsknings och funderingar hos mammorna. Många av dessa tankar var ganska mörka, men det fanns även önsknings om att mamman skulle sökt hjälp tidigare. Utifrån vad mammorna har önskat, tänkt eller funderat på när de led av förlossningsdepression har **önskan om att söka hjälp, tankar om att försvinna eller självskada** och funderingar **om vad man drabbats av** bildats som underkategorier.

Önskan om att söka hjälp

Hos en två av mammorna i denna studie uppkom önskan om att ha sökt hjälp tidigare. Dessa mammor hade antingen inte sökt professionell hjälp och som i efterhand upplevde att de skulle ha behövt söka hjälp. Eller så hade de sökt professionell hjälp men inte tillräckligt snabbt. Detta ångrade de i efterhand. Kvinnorna tänkte under denna tid att alla föräldrar känner så här, de insåg inte att de hade insjuknat i en förlossningsdepression.

”Det är okej att må dåligt och faktiskt söka hjälp, det önskar jag att jag hade gjort” (Fredriksson, 2020)

”Jag önskar jag hade tagit hjälp tidigare” (Gynpodden, 2023)

Tankar om att försvinna och självskada

En ganska stor del av mammorna berättade att det hade tankar om att försvinna eller på något sätt skada sig själva. Den vanligaste tanken de hade var att om hon själv var död, så skulle barnet och alla runtomkring henne få det bättre. Många av mammorna upplevde att de inte egentligen ville dö, men att de inte hade någon kraft eller ork att fortsätta leva på det viset som de gjorde.

” Det gick så långt att jag sa till [sambon] att jag inte ville leva längre. Inte en dag till” (Fredriksson , 2020)

”Men i det verkliga livet kändes allt bara jobbigt och jag ville försvinna” (Fredriksson , 2020)

”Jag ville ju inte dö men jag hade ingen kraft kvar, ingen kraft att ens orka leva... Det är inte värt att leva om allt känns meningslöst och svart” (Sara, 2021)

”[Läkaren] frågade om jag ville ta livet av mig och jag sa nej, men om jag skulle hamna i en bilolycka, om jag skulle dö, skulle jag vara väldigt tacksam för det” (Förlossningspodden, 2016)

”... allt var jättejobbigt, jag såg ingen ljusning.” (Dokumentära berättelser, 2020)

”...jag kände att jag inte ville ta mitt liv, men jag kände att jag inte ville leva” (Gynpodden, 2023)

Det framkom även att en mamma hade tankar om hur hon skulle ta sitt liv.

” I had fantasies about how to end it all” (Truong, 2017)

Funderingar om vad man drabbats av

En mamma började fundera vad hon egentligen led av under förlossningsdepressionen. Vad var det som kunde göra att hon kände de känslor som uppkom.

”Eller var det ens det jag hade? Jag vet inte.” (Fredriksson , 2020)

6.3 Stöd och Hjälp

Nästan alla mammor har behövt stöd och hjälp i någon form för att komma ur förlossningsdepressionen. Störta delen behövde professionell hjälp och det framkom även att stöd från familjen och partnern även var en viktig punkt under tillfrisknandet. I mammornas berättelser fanns det även övriga saker som hjälpt dem med tillfriskningsprocessen. Utifrån kvinnornas upplevelser har följande underkategorier bildats; ***professionellt stöd, stöd av partner och familj*** samt ***övriga saker som hjälpte***.

Professionellt stöd, i mammornas berättelser uppkom det att nästan alla hade behövt professionellt stöd för att komma ur förlossningsdepressionen. Professionellt stöd som uppkom i texterna var medicinering, mödrahälsovården, BUP, psykologer och terapeuter de tidigare gått hos etcetera.

”Jag visste att jag hade [vårdare] och [vårdare] på BUP, så [sambon] körde mig dit. Dom hade inte sett mig så trasig tidigare. Dem ringde psykakuten medans vi var där. Det blev bestämt att jag skulle dit” (Sara, 2021)

”Jag fick sömntabletter och ångestdämpande så att jag skulle kunna sova” (Sara, 2021)

”Jag fick snabbt en remiss till en psykolog som också var specialist på just förlossningsdepressioner, så jag fick väldigt bra hjälp ganska snabbt” (Dokumentära berättelser, 2020)

” Jag kom till den här psykologen och läkaren efter ett halvår och så fick jag fortsätta gå och prata med henne 1 gång i veckan, och jag fick också antidepressiva, så jag fick ju både medicin och samtal” (Dokumentära berättelser, 2020)

”För mig, tror jag att medicinen var väldigt viktig för att kunna släppa på den största ångesten...” (Dokumentära berättelser, 2020)

”Terapiassa oli huojentavaa saada kertoa ajatuksista, joka hävetti” (Elina Ada Sofia, 2022)

” All of the counselor’s suggestions have really helped me!” (Bullock, 2019)

En mamma klarade inte att åka ut bland andra människor under första tiden av förlossningsdepressionen. Därför hade hon kontakt med sin terapeut men inte ansikte mot ansikte under några månader.

” Jag hade regelbunden kontakt med min terapeut, trots att jag inte träffade henne förrän lillen var 3 månader. ” (Lundberg, 2022)

Stöd av partner och familj

Hos bloggarna framkom det att stödet av partner och familjen bidrog till att mamman blev frisk från förlossningsdepressionen. Det framkom dock hos vissa av mammorna att det inte var själva familjen eller partner som drog ur dem ur förlossningsdepressionen, men de var dem som gjorde att de sökte hjälp, samt att de gjorde så att mammorna kunde orka med vardagen som i slutändan tillsammans med den professionella hjälpen gjorde att det kom ur depressionen.

” Thank goodness for the support of my family and friends through this time. ” (Truong, 2017)

“Men han fick mig på något underligt sätt att fortsätta försöka få allt att funka så att jag skulle orka ” (Fredriksson , 2020)

”Så det var faktiskt min man som fick mig övertygad om att det här inte är baby blue, utan att det är något som håller på att gå djupare än så ” (Lundberg, 2022)

Övriga saker som hjälpte

En av mammorna som inte hade sökt professionell hjälp var ammandet en av orsakerna till att förlossningsdepressionen pågick, men genom att sluta med det hjälpte det även henne att komma ur förlossningsdepressionen.

”... med hjälp av mycket googlande kom jag fram till att sluta amma. Det är det bästa beslutet jag någonsin gjort, för redan då började jag må bättre. Efter första flaskan med ersättning kunde jag se lite mer ljus i vardagen ” (Fredriksson , 2020)

En annan mamma berättade att förutom den professionella hjälpen hon fick så var det hennes egna rutiner hon gjorde för sig själv och barnen, bidrog till en stor del av att hon kom ur förlossningsdepressionen.

” Jag införde ganska strikta rutiner för både mig själv och familjen första tiden” (Lundberg, 2022)

7 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att förstå och få en inblick i hur mammor upplevde tiden med en förlossningsdepression och vilken hjälp de upplevde hjälpt dem komma ur förlossningsdepressionen. Frågeställningarna som användes i denna studie var 1. Vilka var mödrarnas upplevelser av tiden under förlossningsdepressionen och 2. Vilken form av stöd upplever mödrarna har hjälpt dem att komma ur sin förlossningsdepression? I detta kapitel kommer mödrarnas upplevelser av förlossningsdepressionen och vad som hjälpte dem att bli fri från depressionen tolkas, till hjälp kommer respondenten att använda Erikssons teori om lidande (2015), bakgrunden och Becks vårdteori (1993) om förlossningsdepression.

Känslor

Känslorna som mammorna kände under tiden med förlossningsdepressionen var mångfacetterade. Många av mammorna berättade om liknande känslor, men det fanns även känslor som skilde sig. Många av mammorna berättade om oro och rädslan de hade. Oro över att de inte skulle klara av att vara mamma, oro och rädsla att inte räcka till som mamma, men även rädsla för det egna barnet, eftersom de inte visste hur de skulle ta hand om det.

Många av mammorna kände även ensamhet under förlossningsdepressionen. Denna ensamhet kunde komma från att de upplevde att de kände sig ensamma i de känslor som de hade, samt att ingen skulle förstå sig på de känslorna. De blev även ensamma när de avskärmade sig från nära och kära eftersom de inte ville att de skulle få se dessa känslor.

Beck (1993) tar upp i sin teori att rädsla kan göra så att mammorna isolerar sig och känner sig ensamma. Denna rädsla kunde uppstå på grund av att de trodde att personer i deras omgivning tycker de är dåliga mammor. (Beck, 1993, s. 45)

I denna studie ser man att mammorna upplevt känslor av skam och skuld. De har skämts över de känslor de har känt, samt skämts för att personer i deras närhet ska få reda på dessa känslor. Eriksson (2015, 78–79, 88) tar upp i sin teori att lidandet kan vara kopplat till sjukdomen. Detta kan vara en kroppslig smärta men det kan även vara ett andligt och själsligt lidande. I det andliga och själsliga lidandet förekommer känslor som skam, skuld och förnedring i koppling till sjukdomen. De känslor mammorna kände i denna studie kan även vara kopplat till livslidande. Eriksson beskriver att livslidande kan orsakas av en plötslig förändring som i detta fall skett i mammas liv.

Önsknings, tankar och funderingar

Många tankar och funderingar kan uppkomma tillsammans med förlossningsdepressionen. Många av mammorna i denna studie hade tankar och funderingar om varför de ens lever eftersom de inte kände att de orkade med livet just då och att de bara ville få slut på allt. Delvis för att själva slippa livet som det var just då, men även eftersom de upplevde att barnet skulle få det bättre utan dem.

Om man ser tillbaka till bakgrunden i denna studie skriver Hakulinen et al. (2021) att om en kvinna som lider av förlossningsdepression har tankar på att ta sitt liv, ska hon omedelbart behöva få hjälp. I denna studie var det många av mammorna som hade känslor av att inte längre vilja leva utan hellre försvinna, eftersom enligt dem själva var vardagen alltför jobbig att ta sig igenom. Man skulle kunna fråga sig att fick dessa kvinnor hjälpen tillräckligt snabbt, eller led de mera än nödvändigt. Man skulle även kunna fråga sig att förutom i denna studie får kvinnor som lider av förlossningsdepression tillräckligt med hjälp, eller är det många av dessa kvinnor som faktiskt gör självmord.

I en rapport från Finland mellan åren 2011–2020 kom det fram att 65 kvinnor dog i samband med graviditeten eller inom ett år efter förlossningen. 17 kvinnor av dessa hade gjort självmord. (Kiuru, Heino, & Gissler, 2022)

I en studie skriver Chin et.al (2022) att inom de första tolv månaderna efter att kvinnan fött barnet, är den ledande orsaken till mödradödlighet självmord. Självmorden utgör 20 % av alla dödsfallen. Trots att mödradödligheten har minskat genom att andra orsaker som sepsis och blödningar har blivit färre, så är självmorden fortfarande många. (Chin, Wendt, Bennett, & Bhat, 2022)

Mammornas önskningar, tankar och funderingar kan även kopplas ihop med livslidandet (Eriksson 2015, 88). En plötslig förändring i livet, som leder till att det liv som mammorna tidigare haft snabbt ändrar, detta kan medföra ett stort lidande för kvinnan. Denna nya tillvaro kan vara fyllt med olika funderingar, önskningar och tankar, som kanske inte tidigare funnits, dessa funderingar och tankar kan även vara svåra att förstå, vilket i sin tur kan medföra ett stort lidande för mammorna.

Det kan även kopplas ihop med det själsliga och andliga lidandet som Eriksson (2015, 78–79) berättar om. Detta lidande uppstår i relation med sjukdomen. Det är själva sjukdomen och den situation mammorna hamnat i som gör att olika tankar och funderingar uppstår. Delvis uppstår dessa tankar och funderingar av mamman själv, men de kan även uppstå av den sociala omgivningen mammorna har. I denna studie uppstod de flesta tankar av vad mammorna själva tänkte och funderade, men andra uppstod till följd av vad mammorna tänkte att personer i deras närhet skulle tycka och tänka om dem och deras tankar som de hade under förlossningsdepressionen.

Stöd

Stödet eller hjälpen som mammorna behövde under förlossningsdepressionen och tillfrisknandet hade mycket likheter. Nästan alla mammor behövde ha professionell hjälp för att komma ur depressionen, men det framkom även att stöd från partner och familj var viktigt. De flesta av mammorna i studien upplevde att de fick den professionella vården som de behövde just under förlossningsdepressionen. Vissa av mammorna upplevde dock att de inte sökt professionell hjälp i tid och detta ångrade de i efterhand. Man kan fundera om detta orsakat ett extra lidande för mamman.

Det är viktigt att stöda mammorna i att söka professionell hjälp vid förlossningsdepression, oberoende om man är vårdare eller utan vårdbakgrund, eftersom mammorna i denna studie upplevde att det var viktigt att få professionell hjälp för att tillfriskna. Den professionella hjälpen är även viktig, för att mammorna ska kunna ventilera sina känslor, samt för att minska att de själva behöver vara ensamma med sina känslor, tankar och funderingar.

I resultatet kom det fram att en mamma behövde googla sig till svar, för att slippa ur förlossningsdepressionen. Ska det behöva vara så att man måste googla sig till svar för att kunna få den hjälp man behöver för att tillfriskna. Inom vården och generellt skulle det behöva komma mera information om vart man kan söka sig om man lider av

förlossningsdepression, inte enbart för mamman men även andra runtomkring, så att de i så fall kan hjälpa mamman att söka den professionella hjälpen ifall om behov finns, och hon själv inte kan göra det.

Eriksson (2015) skriver att en vårdkultur där patienter känner sig respekterade, välkomna och vårdade behövs skapas för att minska lidandet. Det ska vara ett ställe där patienten kan känna sig som en patient, utan att bli dömd eller kränkt. (Eriksson, 2015, s. 90)

Beck (1993) tar upp i sin teori följande tre stadier i kvinnornas kamp om överlevnad; kämpa mot systemet, be om lättnad, söka tröst i postpartum stödgrupper och återfå kontroll över sitt liv. Att kämpa mot systemet innebär att när mammorna bestämt sig för att söka professionell hjälp, men det visar sig då att det inte är lätt att få den hjälp man behöver, eftersom det finns en oförståelse för förlossningsdepressioner även inom vården. När mammorna till slut får hjälp har det visat sig att förstahandshjälpen är medicinering, med depressionsmediciner. Somliga mammor hade även ekonomiska problem som hindrade dem från att söka den hjälp de behövde. (Beck, 1993, s. 46)

Den finansiella delen framkom inte i min studie om förlossningsdepression. I motsats till Becks teori fick mammorna i min studie oftast den professionella hjälp de behövde ganska snabbt.

Beck (1993) beskriver den andra strategin där kvinnorna vänder sig till sin tro, de sökte hjälp från sin kyrka och Gud, genom bön, för att kämpa för sin överlevnad (Beck, 1993, s. 46). Att söka hjälp i sin tro framkom inte i min studie.

Den tredje strategin enligt Beck (1993) var att mammorna deltog i en stödgrupp för förlossningsdepression. Denna stödgrupp hjälpte mammorna från ensamheten och isoleringen på grund av att de träffade andra mammor som kommit igenom sin depression. Att se den positiva prognosen från andra kvinnor gav mammorna en känsla av hopp om att man kan komma ur depressionen och återigen få kontroll över sin situation. (Beck, 1993, s. 47) I min studie var det oklart med vem vissa av mammorna hade pratat med, det kunde ha varit fråga om psykolog, läkare, psykiatrisk sjukskötare eller en stödgrupp.

Den fjärde strategin för mammorna i kampen om överlevnad var att försöka återfå kontrollen över sitt liv. Detta visade sig vara en lång process, som även förde med sig att hjälpen kom sent, vilket ledde till att de förlorade tid till anknytningen med barnet. (Beck, 1993, s. 47) I min studie kommer detta indirekt fram i mammornas beskrivningar angående deras känslor gentemot barnet och anknytningssvårigheterna.

8 Metoddiskussion

I detta kapitel kommer studiens trovärdighet att granskas. Studiens styrkor och svagheter kommer även tas upp och en diskussion kring studiens kvalitet kommer framföras. Respondenten kommer även se ifall studiens syfte och frågeställningar har blivit besvarade.

För att tillförlitligheten ska säkras behöver studien en kvalitetsgranskning, av vad som gjorts (Danielson, 2017, s. 299). Trovärdigheten i denna studie har stärkts genom att forskaren har förklarat vad som gjorts i forskningsprocessen samt att respondenten använt sig av citat från bloggarna och podcasterna som mammorna själva hade berättat.

Styrkorna i denna studie är att materialet som valts ut har medfört mycket information. Det är även ett ganska brett utbud eftersom kvinnorna är från olika länder. De talar olika språk och de var i olika åldrar när de drabbades av förlossningsdepressionen. Språket i arbetet anser jag även är lätt att förstå. Detta har troligen gett denna studie en större mångfald bland informanterna som troligen påverkat studien på ett bra och positivt sätt. Jag anser även att en styrka i detta arbete är att studiens forskningsfrågor har blivit besvarade.

I detta arbete har källorna till bloggarna och podcasterna publicerats. Detta kan vara en positiv sak eftersom chansen för plagiat på vad mammorna har berättat eller skrivit minskar. Däremot kan det vara en nackdel eftersom mammornas integritet inte längre hålls hemlig för allmänheten. Podcasterna och bloggarna är dock redan offentligt publicerat material och därför kan man använda det bara man lägger med referensen. Detta blev ett etiskt dilemma i denna studie, på grund av att man behövde välja mellan att behålla integriteten skyddad hos mammorna, eller riskera plagiat.

Nackdelarna med att använda dokument som datainsamlingsmetod är att man inte vet hur trovärdig källan är. Därför måste man granska källorna innan man använder dem, eftersom vissa källor kan vara föråldrade och innehålla dålig kvalitet. I detta arbete har källorna som använts varit max tio år gamla. Att granska källorna kan dock vara ganska svårt. Datan från källorna kan även vara sekundär, vilket betyder att den egentligen kan vara publicerad för något annat ändamål. En annan nackdel är sociala konstruktioner som betyder att dokumentet kan vara mera byggt på kreatörens egna tolkningar än vad det är på den objektiva verkligheten (Denscombe, 2018, s. 339). På grund av detta behöver forskaren ha ett kritiskt öga när man väljer vilka källor man använder i studien, samt att man behöver granska dem noga innan man använde dem.

En annan nackdel med att ha använt material skrivet av mammor från olika länder, är att citat mamman sagt kan ha missuppfattats eller misstolkats på grund av språkbarriären.

För att denna studie skulle blivit ännu mera tillförlitlig skulle ett större antal bloggar och podcaster kunnat analyserats. Det skulle även kunnat varit mera krav på informanterna till exempel genom att personerna som skrivit eller berättat skulle kunna varit från ytterligare andra länder än de som uppges i denna studie

I stället för att använda bloggar och podcasts skulle man kunnat använda intervjuer. Detta på grund av att frågeställningarna skulle ha blivit bättre besvarade, för att man skulle kunna ställt ytterligare följdfrågor för att få mera detaljerade och ingående svar på frågorna, samt att man skulle kunna ta kroppsspråket i beaktande. Det finns dock även nackdelar med intervjuer vilket kan vara att mammorna kanske inte vågar berätta lika mycket, som när de berättar det i en podcast eller själva skriver om det. Det kan även finnas chans att man missuppfattar saker som sägs.

Vissa av underkategorierna i studien skulle även kunnat ha mera data för att öka trovärdigheten och kvalitén på studien. Man skulle även kunna ifrågasätta hur mycket och detaljrikt varje mamma har berättat, har de lämnat bort saker som varit för privata, har de beskrivit känslorna de kände tillräckligt noga.

Ett förslag till vidare forskning är att intervjua studie är att man skulle även kunnat intervjua pappor för att se deras syn på förlossningsdepression och se hur de påverkats av att den andra partnern lider av förlossningsdepression, eller hur de själva upplevt förlossningsdepression ifall om de själva varit drabbad av det.

9 Slutsats

Utgående från denna studie har man som läsare fått en förståelse i att mammorna känner många olika känslor under förlossningsdepressionens gång. Alla mammor har individuella känslor men ibland kan de även vara lika. En av den vanligaste känslan som uppkom i denna studie var ångesten. Många av mammorna kände någon form av ångest någon gång under förlossningsdepressionen, samt att många fortsättningsvis känner ångesten när de tänker tillbaka på tiden med depressionen.

I studien framkom det även att nästan alla mammor behövde professionell hjälp för att komma ur förlossningsdepressionen, men även stödet från partnern och familjen var viktigt och en bidragande faktor att de kom ur depressionen.

Tack vare detta arbete har man fått en större inblick och förståelse hur mammor upplevt tiden med förlossningsdepression, samt hurudant stöd de upplevt har behövts för att komma ur depressionen, och hur man som vårdare eller annan medmänniska ska tänka, samt agera ifall om man kommer i kontakt med en mamma som lider av en förlossningsdepression.

Denna studie kommer vara till nytta för personer som jobbar inom vården, men även för andra personer utan vårdbakgrund. Detta för att ge dem mera kunskap i vilka symtom förlossningsdepression kan ge, så att de i sin tur kan hjälpa personer de kommer i kontakt med som lider av en förlossningsdepression. Denna studie kan ge en inblick i vilket stöd mammorna själva upplevt har hjälpt dem igenom förlossningsdepressionen, eftersom det i studien kom fram att mammorna ofta känner sig ensamma. Det är viktigt att stöda mammorna i att söka professionell hjälp vid förlossningsdepression, oberoende om man är vårdare eller utan vårdbakgrund, eftersom mammorna i denna studie upplevde att det var viktigt att få professionell hjälp för att tillfriskna. Den professionella hjälpen är även viktig, för att mammorna ska kunna ventilera sina känslor, samt för att minska att de själva behöver vara ensamma med sina känslor, tankar och funderingar.

Referenser

- Berle, J. (2014, 02 11). Den lyckeligaste tiden i livet? *Tidsskriftet DEN NORSKE LEGEFORENING*, 3, s. 262. doi:10.4045/tidsskr.14.0025
- Abdollahi, F., Luy, M.-S., & Zarghami, M. (2016). Perspective of Postpartum Depression Theories: A Narrative Literature Review. *North American Journal of Medical Sciences*, 6, 232-236. doi:10.4103/1947-2714.185027
- Bass III, P., & Bauer, N. (2018). Perental postpartum depression: More than "baby blues". *CLINICAL FEATURE*, 35-38.
- Beck, C. (1993). Teetering on the Edge: A Substantive Theory Of Postpartum Depression. *Nursing research*, 42(1), 42-48.
- Bloggteknik. (2019, 08 02). *Vad är en blogg?* Hämtat 1.11.2022 från: <https://www.bloggteknik.se/blogg>
- Boere-Boonekamp, M., van der Zee-van den Berg, A., Groothuis-Oudshoorn, C., & Reijneveld, S. (2019, 9 9). The Edinburgh Postpartum Depression Scale: Stable structure but subscale of limited value to detect anxiety. *PLOS ONE*, 14(9), e0221894-e0221894. doi:10.1371/journal.pone.0221894
- Boijesen Linde, J. (2022, 04 13). *Nedstämdhet och förlossningsdepression*. Hämtat 9.11.2022 från : https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/for-den-nya-familjen/mamman-efter-forlossningen/nedstamdhet_och_forlossningsdepression/
- Bullock, K. (2019, 11 8). *The sun will shine again: My postpartum depression story* . [Blogginlägg] Hämtat 23.10.2023 från : <https://www.osfhealthcare.org/blog/the-sun-will-shine-again-my-postpartum-depression-story/>
- Carberg, J. (2019, 5 3). *Postpartum Obsessive Compulsive Disorder (OCD)*. (K. Langdon, Redaktør) Hämtat 9.2.2023 från: <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/types/ocd/>
- Carberg, J. (2019, 5 3). *Postpartum Panic Disorder*. (K. Langdon, Redaktør) Hämtat 12.2.2023 från: <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/types/panic-disorder/>
- Carberg, J. (2022, 06 27). *Postpartum Psychosis*. (K. Langdon, Redaktør) Hämtat 15.2.2023 från : <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-psychosis/>
- Carberg, J. (2023, 8 7). *Postpartum Depression* . (K. Langdon, Redaktør) Hämtat 19.9.2023 från : <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/>
- Chin, K., Wendt, A., Bennett, I., & Bhat, A. (2022, 4 2). Suicide and Maternal Mortality. *PubMed Central*, 4(24), 239-275. doi:10.1007/s11920-022-01334-3
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of. *British Journal of Psychiatry*(150), 782-786.

- Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2:5. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken* (4:1. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Dokumentära berättelser. (2020, 4 30). Efter förlossning, in i mörkret [Podcast]. Hämtat från:
https://open.spotify.com/episode/22Fi7hnhjXzacDhjtezapB?si=YqPUTrjjRLK_AZ9xihkFPg
- Ekdotter, M. (2023, 06 02). *Latensfas*. (J. Boijesen Linde, Redaktør) Hämtat 18.10.2023 från: <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/dags-att-foda/latensfas/>
- Elina Ada Sofia. (2022, 10 9). *Synnytyksen jälkeinen masennus [Blogginlägg]*. Hämtat 30.10.2023 från: <https://www.elinaadasofia.fi/synnytyksen-jalkeinen-masennus/>
- Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan* (2:1. utg.). Stockholm: Liber AB.
- Fellman, I. (2016, 05 19). *Förlossningsdepression*. Hämtat 21.11.2023 från: <https://svenska.yle.fi/a/7-887746>
- Ferrari, B., Mesiano, L., Benacchio, L., Donolato, A., & Riolo, R. (2019, 8 07). Prevalence and risk factors of postpartum depression and adjustment disorder during puerperium - a retrospective research. *JOURNAL OF REPRODUCTIVE AND INFANT PSYCHOLOGY*, 39(5), 486-498. doi:10.1080/02646838.2020.1786035
- Fogelström, M. (Red.). (2023, 06 02). *Har förlossningen startat?* Hämtat 4.10.2023 från: <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/dags-att-foda/har-forlossningen-startat/>
- Fogelström, M. (2022, 04 13). *Normal förlossning*. Hämtat 15.2.2023 från: <https://www.karolinska.se/for-patienter/graviditet-och-forlossning/dags-att-foda/normal-forlossning/>
- Folkhälsomyndigheten. (2022, 09 02). *Vad är psykisk hälsa?* Hämtat 1.11.2023 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>
- Fredriksson, S. (2020, 11 2). *Förlossningsdepression [Blogginlägg]*. Hämtat 30.10.2023 från: <https://nouw.com/signefredriksson/forlossningsdepression-37595151>
- Förlossningspodden. (2016, 6 1). Förlossningsdepression. Och liv... [Podcast]. Hämtat från:
<https://open.spotify.com/episode/1AUUiVXtdNAyDmhX6ZnNAh?si=ZPq6RIX YQYSJJub54tDG0g>
- Gynpodden. (2023, 5 23). Förlossningsdepressionen med Sandra Beijar [Podcast]. Hämtat från:
https://open.spotify.com/episode/1phkTKZ2QLPmtQy1JGv02A?si=2Rsn8Cw6RJOA_17cLmgmgQ

- Hakulinen, T., Pakarinen, A., & Uotila-Laine, H. (2021, 8 24). *EPDS-mielialalomake raskausajan ja synnytyksen jälkeisen masennuksen seulonnassa*. Hämtat 16.5.2023 från :
<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00002?toc=1112236>
- Hakulinen, T., Pelkonen, M., Salo, J., & Kuronen, M. (2016). *Vi väntar BARN*. Hämtat 6.9.2023 från: <https://www.folkhalsan.fi/globalassets/barn/gravid/barn.pdf>
- Hatters Friedman, S., Reed, E., & Ross, N. (2023, 1 13). Postpartum Psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 1, 1-8. doi:10.1007/s11920-022-01406-4
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2:5. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hertzberg, T. (2022, 4 5). *Synnytyksen jälkeinen masennus*. Hämtat 17.11.2022 från: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00505>
- Herzberg, T. (2022, 4 5). *Lapsivuodepsykoosi*. Hentet Hämtat 8.2.2023 från: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00381>
- Holopainen, A., & Hakulinen, T. (2019, 09). New parents' experiences of postpartum depression: a systematic review of qualitative evidence. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(9), ss. 1731-1769. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003909
- Institutet för hälsa och välfärd. (2022, 3 14). *Ångestsyndrom*. Hämtat från 15.2.2023 från: <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/angestsyndrom>
- Kiuru, S., Heino, A., & Gissler, M. (2022). *Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2021*. THL. Hämtat 1.11.2023 från: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145615/Perinataaltilasto%202021.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod* (2:1. utg., ss. 59, 61). Lund: Studentlitteratur AB.
- Klementti, R., & Hakulinen-Viitanen, T. (2015). *Handbok för mödrarådgivningen*, Handbok 40/2015. Hämtat från 1.11.2023 och 21.11.2023 från: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126655/2015_THL_OPA040_web.pdf?sequ
- Liu, C., Butwick, A., Sand, A., Wikström, A.-K., M.Snowden, J., & Stephansson, O. (2021, 8 11). The association between postpartum hemorrhage and postpartum depression: A Swedish national register-based study. *PLOS ONE*, 16(8), ss. 1-11.
- Lundberg, P. (2022, 04 22). *Vardagen som fick mig att komma ur post-partum depressionen [Blogginlägg]*. Hämtat 30.10.2023 från: <https://sevendays.vasabladet.fi/bloggar/pamelalundberg/tag/post-partum+depression>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen, & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3:3. utg., s. 219). Lund: Studentlitteratur AB.

- Matsumoto, K., Sato, K., Hamatani, S., Shirayama, Y., & Shimizu, E. (2019). Cognitive behavioral therapy for postpartum panic disorder: a case series. *BMC Psychology*, 7(1), 1-14. doi:10.1186/s40359-019-0330-z
- Mieli. (2022, 1 8). *Depression*. Hämtat 24.10.2022 från: <https://mieli.fi/sv/psykisk-ohalsa/depression/>
- Podverkstan. (u.å.). *Vad är en pod?* Hämtat 7.11.2023 från: <https://www.podverkstan.se/vad-ar-en-pod/>
- Region Örebro län. (2015, 07 03). *EPDS-formulär*. Hämtat 24.20.2023 från: <https://vardgivare.regionorebrolan.se/siteassets/media/barnhalsovarden/dold-sida---lank-hit-fran-regionala-tillagg---barnhalsovarden/svenska/svenska-epds-formular-ny-logga.pdf>
- Sara. (2021, 06 21). *Inte stark nog att leva [Blogginlägg]*. Hämtat 30.10.2023 från: <https://saranoelse.wordpress.com/2021/06/21/inte-stark-nog-att-leva/>
- Sydsjö, G., & Skoog Svanberg, A. (2022). Psykiska komplikationer i samband med förlossningen. I H. Lindgren, K. Christensson, & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - Barnmorskans kompetensområde* (2:1. utg., s. 879). Lund: Studentlitteratur AB.
- TENK. (2023, 3). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtat 29.9.2023 från: https://tenk.fi/sites/default/files/2023-04/Forskningsetiska_delegationens_GVP-anvisning_2023.pdf
- Thies-Lagergren, L., & Wiklund, I. (2016, 2022). Förlossningens förlopp ur ett fysiologiskt perspektiv. I H. Lindgren, K. Christersson, & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa - Barnmorskans kompetensområde* (2:1. utg., ss. 581-588). Lund: Studentlitteratur AB.
- Tilastokeskus. (2023, 04 20). *Levande födda efter moderns civilstånd, 1761-2022*. Hämtat 3.5.2023 från: https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/sv/StatFin/StatFin_synt/statfin_synt_pt_12dk.px/table/tableViewLayout1/
- Truong, T.-A. (2017, 11 02). *A Therapist's Story (Part 2): My Battle with Postpartum Depression & Anxiety [Blogginlägg]*. Hämtat 30.10.2023 från: <https://www.postpartum.net/my-battle-with-postpartum-depression-anxiety/>
- WHO. (2021, 9 13). *Depression*. Hämtat 24.10.2022 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- WHO. (2022, 06 17). *Mental health: strengthening our response*. Hämtat 24.10.2022 från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Bilagor

Bilaga 1: EPDS-formulär

EPDS-formulär

Initialer: Födelseår:

Var snäll och stryk under det svar, som bäst stämmer överens med hur Du känt Dig under de sista 7 dagarna, inte bara hur Du mår idag.

Här är ett exempel, som redan är ifyllt:

Jag har känt mig lycklig:

- ja, hela tiden
- ja, för det mesta
- nej, inte särskilt ofta
- nej, inte alls

Detta betyder; Jag har känt mig lycklig mest hela tiden under veckan som har gått.

Var snäll och fyll i de andra frågorna på samma sätt:

Under de senaste 7 dagarna:

1. Jag har kunnat se tillvaron från den ljusa sidan:
 - lika bra som vanligt
 - nästan lika bra som vanligt
 - mycket mindre än vanligt
 - inte alls
2. Jag har glatt mig åt saker som skall hända:
 - lika mycket som vanligt
 - något mindre än vanligt
 - mycket mindre än vanligt
 - inte alls
3. Jag har lagt skulden på mig själv onödigt mycket när något har gått snett:
 - ja, för det mesta
 - ja, ibland
 - nej, inte så ofta
 - nej, aldrig
4. Jag har känt mig rädd och orolig utan egentlig anledning:
 - nej, inte alls
 - nej, knappast alls
 - ja, ibland
 - ja, mycket ofta

5. Jag har känt mig skrämmd eller panikslagen utan speciell anledning:
 - ja, mycket ofta
 - ja, ibland
 - nej, ganska sällan
 - nej, inte alls
6. Det har kört ihop sig för mig och blivit för mycket:
 - ja, mesta tiden har jag inte kunnat ta itu med något alls
 - ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med något alls
 - nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra
 - nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt
7. Jag har känt mig så ledsen och olycklig att jag har haft svårt att sova:
 - ja, för det mesta
 - ja, ibland
 - nej, sällan
 - nej, aldrig
8. Jag har känt mig ledsen och nere:
 - ja, för det mesta
 - ja, rätt ofta
 - nej, sällan
 - nej, aldrig
9. Jag har känt mig så olycklig att jag har gråtit:
 - ja, nästan jämt
 - ja, ganska ofta
 - bara någon gång
 - nej, aldrig
10. Tankar på att göra mig själv illa har förekommit:
 - ja, rätt så ofta
 - ja, då och då
 - nej, knappast alls
 - nej, aldrig

Källa: Cox JL; Holden JM, Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*; 150:782-786. /Depressionsskala.

(Region Örebro län, 2015) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987)

Bilaga 2: Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
” Jag kände mig ensamast i världen”	Ensamhetskänslor	Ensamhet	Känslor
”Ångest dygnet runt, det var så mörkt”	Ångestkänslor	Ångest	Känslor
”Men i det verkliga livet kändes allt bara jobbigt och jag ville försvinna”	Ville komma bort	Tankar om att försvinna eller självskada	Önskningar, tankar och funderingar
”Eller var det ens det jag hade?”	Fundersamhet	Funderingar om vad man drabbats av	Önskningar, tankar och funderingar
”Jag önskar jag hade tagit hjälp tidigare”	Tagit hjälp tidigare	Önskan om att söka hjälp	Önskningar, tankar och funderingar