



Blekinge tekniska högskola

Sektionen för hälsa

5 december 2008

KVINNANS UPPLEVELSER AV FÖRLOSSNINGS- DEPRESSION

LINNEA SVENSSON

JOSEFIN JENGLÉR

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp

Examensarbete på kandidatnivå, VO1309

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Examinator: Göran Holst

Handledare: Birgitta Fridström

Blekinge Tekniska Högskola

Sektionen för hälsa

371 79 Karlskrona

5/11-2008

KVINNANS UPPLEVELSER AV FÖRLOSSNINGS- DEPRESSION

JOSEFIN JENGLÉR
LINNEA SVENSSON

Jenglér, J & Svensson, L. Kvinnans upplevelser av förlossningsdepression. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola, sektionen för hälsa 2008.

SAMMANFATTNING

Bakgrunden innefattar förklaring av allmän depression och även en fördjupning av förlossningsdepression. Den innehåller även en teoretisk referensram med fyra begrepp som är livsvärld, lidande, välbefinnande och subjektiv kropp enligt Dahlberg, m.fl. (2003). Syftet med studien är att studera kvinnans upplevelse av förlossningsdepression. Metoden utgår från en kvalitativ litteraturstudie av två självbiografiska böcker skrivna av kvinnor drabbade av förlossningsdepression. Analysen som gjorts är enligt Graneheim och Lundman (2004). Resultatet är uppdelat i sju olika kategorier som är; ingen anknytning till barnet, avundsjuka, otillräcklighet, skiftande sinnesstämning, dåligt samvete, störd verklighetsuppfattning och självmordstankar. I diskussionen har vi sammanvävt resultatet från kvinnornas upplevelser med vetenskaplig litteratur. Kvinnor drabbade av förlossningsdepression har symtom och upplever stämningslägen som är mycket lika varandra. Slutsatsen är att fler kvinnor med förlossningsdepression upptäcks nu och kan bli hjälpta bland annat genom användning av EPDS. Det används med framgång i Blekinge och hade varit bra som mål att användas i hela Sverige.

Nyckelord: Förlossningsdepression, kvinnors upplevelser, självbiografi, kvalitativ litteraturstudie.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Depression.....	1
Förlossningsdepression.....	1
Teoretisk referensram.....	2
SYFTE	3
METOD	4
Analys	4
RESULTAT	5
Ingen anknytning till barnet	5
Avundsjuka	6
Otillräcklighet	6
Skiftande sinnesstämning	7
Dåligt samvete.....	8
Störd verklighetsuppfattning.....	9
Själv mordstankar	9
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion.....	10
SLUTSATS	11
REFERENSLISTA	12

BAKGRUND

Depression

Med depressioner menas psykiska sjukdomar där stämningläget ligger väsentligt under vad som är normalt för den aktuella personen. Det är en nedstämdhet som är så djup eller långvarig att tillståndet måste betecknas som psykisk sjukdom. Det är viktigt att alla sjuksköterskor lär sig att identifiera depression i dess många olika former, så att deprimerade människor kan få den hjälp de behöver (Lökenstam, 1997).

Vanliga symtom på depression är: nedstämdhet, minskad glädje, minskat intresse för det man brukar tycka om, minskad matlust, viktnedgång, sömnstörningar, aggressivitet, irritation, koncentrationssvårigheter, svårigheter att känna känslor, nedvärderande självbild, minskad livslust, självmordstankar, värk i kroppen, andnöd och hjärtklappning (Wasserman, 2007).

Av befolkningen drabbas 12-18% någon gång av depression som måste behandlas. Enligt folkhälsoberättelsen 2005 drabbas en högre andel kvinnor än män, av depression (Stefansson, 2005).

Förlossningsdepression

Det finns ett tillstånd som kallas "baby blues" som ca hälften av alla förlösta kvinnor känner efter några dagar, men det är en nedstämdhet som beror på hormonella förändringar. Om känslan av otillräcklighet och nedstämdhet inte försvinner (vanligtvis efter ca två veckor) kan det vara en begynnande förlossningsdepression. Det drabbar ca 1 av 10 av alla kvinnor som fött barn (Silverstolpe, 2006).

Det finns också ett tillstånd som kallas förlossningspsykos som kan förväxlas med förlossningsdepression men förekommer inte lika ofta, det drabbar 0,1-0,2 % av de kvinnor som fött barn. Psykos är ett mer allvarligt tillstånd som ofta innefattas av känslor av att tappa fotfästet, desorientering, hallucinationer, tomhet, katatoniskt uppträdande och en ihållande känsla av vanmakt. Psykosen leder ofta till situationer som kvinnan inte minns efteråt (Tatano Beck, 1992).

Enligt Isaac och Schliffe (2007) kan förlossningsdepression visa sig som oro att inte klara av föräldrarollen, återkommen oro att kunna skada sitt barn, likgiltighet inför barnet och en känsla av att inte kunna hantera den nya situationen. Tillståndet förlossningsdepression kan starta redan under graviditeten, men också efter förlossningen. Förlossningsdepression kan bero på traumatiska eller stressande händelser, konflikter i parrelationen, bristande stöd från partnern, vänner och familj samt sociala och ekonomiska svårigheter. Det är ytterligare en riskfaktor om mamman tidigare varit deprimerad, särskilt om det tillstöter komplikationer vid förlossningen (a.a).

Mammor som känner sig nedstämda kan vända sig till barnvårdscentralen (BVC). Sjuksköterskan på BVC träffar ofta nyblivna mammor och kan märka att mamman är mer orolig än vad nyblivna mammor brukar vara, oftare kommer på kontroll, är mycket trött och

har lättare för att gråta. Sjuksköterskan på BVC kan ge råd om vart mamman ska söka sig vidare, och i vissa fall även erbjuda stödsamtal (Silverstolpe, 2006).

Enligt Broberg (2000) kan ett första steg inom mödrahälsovården vara att ha ett psykologiskt eller psykosocialt basprogram som syftar till att gynna den tidiga anknytningen mellan föräldrar och barn. Basprogrammet gör det möjligt att förbättra föräldrarnas lyhörddhet för spädbarnet, och att brister i det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn kan förebyggas och behandlas.

Enligt Stintzing (2006) görs ett första hembesök ett par dagar efter hemkomsten från BB. Därefter är det bra att föräldrarna under de första två månaderna kommer en gång i veckan till BVC.

Ett problem är att det psykosociala arbetet inom hälsovården ofta är oklart definierat och att det har saknats strukturerade och väl utprovade metoder för tidig upptäckt, stöd och behandling av förlossningsdepression (Sjögren, 2005).

Det har nyligen gjorts en studie bland förlösta kvinnor i Sölvesborg, där man ville kartlägga förekomsten av förlossningsdepression. Studien genomfördes via ett frågeformulär som 147 kvinnor fyllde i. Deltagarna var mycket positiva till formuläret som ringar in deras eventuella problem, och som blir till användning för vidare stöd och hjälp. Formuläret är nu det som används i Blekinge för att upptäcka kvinnor med förlossningsdepression. Man använder formuläret i samband med ett enskilt samtal som erbjuds kvinnorna två månader efter förlossningen. I formuläret används ett poängsystem där maxpoängen är 30. De som får över elva poäng blir erbjudna fem stödsamtal hos distriktssköterska. Om kvinnorna får 15 poäng eller mer, skickas remiss till psykolog. (Everbring, 2005).

Formuläret baseras på John Cox 's självskattningsskala, "the Edinburgh postnatal depression scale", EPDS. Den består av tio påstående där kvinnan ska stryka under det svaret som bäst stämmer med hur hon har känt sig den senaste veckan. Skalan mäter djupet i de depressiva symtomen (Cox, J & Holden, J. 2003)

Teoretisk referensram

Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg (2003) tar upp fem begrepp, som har att göra med hur man förhåller sig till en patient som är viktiga att ha med i detta sammanhang. Det gäller "Livsvärld", "Lidande", "Välbefinnande", "Subjektiv kropp" och "Vårdrelation". I teorin om livsvärlden enligt Dahlberg (2003) har varken fokus på enbart världen eller enbart människan, utan relationen däremellan. Det är i livsvärlden människor söker ett innehåll och en mening. Med livsvärlden som ansats i vårdandet krävs ett förhållningssätt där patientens levda och kanske komplexa verklighet bejakas. Genom livsvärldsteorin betonas människors upplevelser och erfarenheter. Erfarenheterna kan gälla allt från det djupaste existentiella till olika föremåls eller handlingars funktioner och betydelser i vardagen. Varje människa har en unikheter som menar att varje erfarenhet är unik. Det är väsentligt att hela tiden förhålla sig optimalt öppen och följsam inför det sammanhang man står inför. En vårdare delar patientens lidandehistoria. Vårdaren, t.ex. en sjuksköterska kan få tillgång till patientens perspektiv genom att lyssna till patientens berättelser och att därigenom få en ökad förståelse (a.a.)

Genom att djupare sätta sig in i kvinnans upplevelser under förlossningsdepressionen kan man lättare som vårdare och anhörig förstå hur hon upplever sin livsvärld (Tatano Beck, 1992).

Enligt Dahlberg (2003) upplevs ett samtal som meningsfullt först när människan känner sig förstådd. Först därefter finns det mening med att bygga vidare på relationen med patienten och därigenom kunna bearbeta lidandet (a.a).

Vad det gäller lidande och välbefinnande så är vårdandets mål att förhindra lidande samt att skapa förutsättningar för välbefinnande. Att uppleva hälsa och uppleva sig som en hel människa innebär att känna vördnad för sitt eget liv och för sig själv som unik människa. För att denna vördnad och detta ansvarstagande ska vara möjligt måste människan kunna hantera sitt lidande. I en vårdande relation blir vårdaren delaktig i lidandet, vilket exempelvis kan innebära att vårdaren har modet att vara kvar hos den lidande människan. Därmed ökar möjligheten för att patienten upplever en värdighet, liksom att möjligheten till välbefinnande ökar (Dahlberg, m. fl. 2003).

Första steget att skapa förutsättning för välbefinnande är att kvinnan själv måste erkänna sitt lidande och inse att hon behöver hjälp för att komma ur sin förlossningsdepression. Andra steget i processen är att skapa en tro och ett hopp om att hitta välbefinnande. Först då kan hon se ett ljus i slutet av tunneln (Berggren-Clive, 1998).

Gemensamt för kvinnorna i studien gjord av Berggren-Clive (1998) var att de behövde inse att de inte var ensamma i sitt lidande. Tron på detta har hjälpt dem att skapa hopp om tillfrisknande och förutsättningar för välbefinnande i livet.

Begreppet Subjektiv kropp är det som är människans tillgång till livet och är fysisk, psykisk, existentiell och andlig på samma gång. Människan har inte sin kropp utan är sin kropp, den ses som en helhet. Den Subjektiva kroppen är fylld av minnen, erfarenhet, visdom och upplevelser och varje människas upplevelser av hälsa och ohälsa ska ses på ett unikt sätt. Utan kropp finns det ingen värld och varje förändring i kroppen leder till förändring i livet (Dahlberg, m.fl. 2003).

Det är mycket som händer under en graviditet och i samband med förlossning, kroppen har förändrats och hormonerna rusar i kroppen. Plötsligt förväntas kvinnan att kunna allt om sin nya mammaroll, hon ska till exempel kunna amma och ta hand om bebisen trots brutna sömnvanor (Berggren-Clive, 1998).

Ämnet är viktigt att studera för att i omvårdnadsarbetet som sjuksköterska lättare ska kunna se problemen när man möter kvinnorna. Det kan skapa en förståelse och empati. Då blir det också lättare att hjälpa kvinnorna vidare ur krisen.

SYFTE

Syftet var att beskriva kvinnans upplevelser av förlossningsdepression.

METOD

Studien grundas på en kvalitativ litteraturstudie av två självbiografiska böcker. Anledningen vi valde att utgå från skönlitterära böcker berodde på att vi ville ha kvinnans egna ord av upplevelser beskrivna. Enligt Friberg (2006) är fördelen med att använda sig av skönlitteratur med upplevelsebeskrivningar att orden kommer från författaren själv. Böckerna är källor till kunskap som är bedömda på författarens egna ord. En biografi kan skrivas av personen själv eller återberättas av någon annan. Källorna har en trovärdighet även att de bygger på författarnas egna tolkningar (a.a). Sökningen utfördes på internet efter olika boktitlar som skulle svara på syftet. Internetsidor som användes var: www.google.se, www.adlibris.se, www.bokus.se, www.akademibokhandeln.se, www.bibliotek.se, och www.karlskrona.se/bibliotek. Sökorden som användes var "Förlossningsdepression", i sökningen kom synonymerna "Amningsdepression" och "Postnatal depression" och letandet fortsatte på de orden. Fem intressanta boktitlar dök upp. De som valdes ut lånades först på Karlskrona Stadsbibliotek, efter en genomläsning köptes böckerna för att vi skulle kunna anteckna och stryka under i dem med färgpennor. Exklusionskriterierna var böcker som inte baserats på verkliga händelser och böcker som inte var skrivna på svenska. Inklusionskriterierna var att böckerna tydligt skulle beskriva kvinnornas synvinkel tiden under förlossningsdepressionen.

Anledningen till att vi valde att ha böckerna på svenska är att de blir lättare att analysera och förstå. De som blev kvar efter våra exklusions- och inklusionskriterierna var "Jag dödade mitt barn" av författarna Michele G Remington och Dr Carl Burak och "När regnet faller- Min väg ut ur förlossningsdepression", författare Brooke Shields.

"När regnet faller" är skriven av den kända skådespelerskan Brooke Shields, som drabbades av en förlossningsdepression efter en traumatisk förlossning av sin dotter. Hon blev gravid sent i livet och hade genomgått flera fertilitetsbehandlingar, varav hon fick missfall en gång. Det var en mycket efterlängtd graviditet med stora förväntningar, men livet hemma blev inte alls som hon förväntat sig. Hon kunde inte förstå varför hon kände sig så nedstämd, ledsen och ointresserad. Det tog tid för henne att inse att hon led av förlossningsdepression, som hon behövde hjälp med att komma ur.

"Jag dödade mitt barn" är gemensamt skriven av Michele G Remington och hennes psykiatriker Dr Carl Burak efter att Micheles förlossningsdepression gått så långt så det lett till förlossningspsykos. Hon var mycket deprimerad efter en svår förlossning där hon inte fick se sonen då han föddes. Flera dagar senare fick hon träffa sitt barn och kände då att hon inte kunde knyta an till honom. Hon genomgick en djup förlossningsdepression och hade efter sex veckor ihjäl sonen och sköt sig själv, men hon klarade sig. För att bearbeta sorgen och komma vidare i skammen skrev hon boken.

Analys

Analysen av de två utvalda böckerna har delvis genomförts enligt metoden kvalitativ innehållsanalys om beskrivits av Graneheim och Lundman (2004). Analysen startades genom att böckerna lästes igenom en gång. Därefter ströks alla meningar under som beskrev kvinnornas upplevelser. För att få en bättre överblick av de understrukna meningarna samlades de i ordningsföljd på ett dokument med sidnummer framför varje mening. Varje bok

för sig lades på ett eget dokument. Sedan kondenserades meningarna. Det innebar att det mest väsentliga i varje mening plockades ut. Efter det kodades de kondenserade meningarna så det svarade till syftet. De blev som ett slags stödord till meningarna. Utifrån meningarnas innehåll var det lättare att se vilka kategorier av upplevelser det handlade om. När innehållet kunde överblickas valdes sju olika kategorier som tydligt beskrev resultatet. Kategorierna blev; ingen anknytning till barnet, avundsjuka, otillräcklighet, skiftande sinnesstämning, dåligt samvete, störd verklighetsuppfattning och självmordstankar.

När analysen var klar skiftades plats på kategorierna, så det bättre passade ordningsföljden av upplevelserna under en förlossningsdepression. Resultatet startades genom att använda varje kategori som en överskrift, och meningsenheterna skrevs om till sammanhängande texter. Vi valde att inte använda underkategorier eftersom vi ansåg att det var överflödigt, se Tabell 1.

Tabell 1, Exempel på kategorisering

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
Jag hade en stark övertygelse om att hon visste hur jag kände. Jag levde i mitt eget helvete och var svartsjuk på andras förmåga att njuta av sina barn	Var svartsjuk på andras förmåga att njuta av sina barn	Vara svartsjuk	Avundsjuka

Under en del av kategorierna har vi lagt in citat från kvinnorna i böckerna, för att tydligare få en förståelse av hur de verkligen upplevde situationen. I resultatet har vi använt ordet känslor när vi pratat om upplevelser. Detta för att det är svårt att komma ifrån, då orden går in i varandra. Känslor är något man upplever. I varje upplevelse upplever man alltid en form av känsla. I resultatet kallas boken ” När regnet faller”, för bok 1 och ”Jag dödade mitt barn”, för bok 2. I analys och resultat har vi valt att särskilja de två böckerna så att man tydligare ser vilken bok innehållet kommer ifrån. Vi ansåg att det gjorde resultatet tydligare eftersom vi endast baserade studien på två böcker.

RESULTAT

Ingen anknytning till barnet

I böckerna hade båda kvinnorna sett fram emot den första kontakten med barnet och barnen var mycket efterlängtdade. Men på grund av komplikationer vid förlossningen blev inte första kontakten som de hade förväntat sig.

” Hon var mycket livlig, men som en fullständig främling för mig. Där låg hon, på rygg med apparater runt omkring sig, och jag tyckte inte att jag kände igen henne. Jag hade trott att jag skulle ett slags déjà vu när jag såg henne. Istället kom jag inte alls ihåg henne. Jag hade alltid föreställt mig att det skulle uppstå ett ögonblickligt band mellan oss, men hur mkt jag än stirrade tyckte jag mig inte uppleva något sånt. Jag hade varit inställd på att känna henne efter att så länge ha burit omkring på henne. Nu kunde jag inte ens komma tillräckligt nära för att röra vid hennes hud med händerna.”(Bok 1, s. 61)

Brooke kunde inte känna igen sin dotter. Efter att så länge burit på sitt barn förväntade hon sig att känna henne, men upplevde sig inte ens besläktad med sin dotter. Tillsammans med babyn var hon allt utom obesvärad, men antog att de känslorna så småningom skulle förändras. Hon tyckte inte illa om henne, men var inte säker på att hon ville att barnet skulle bo hos henne. (Bok 1)

Efter förlossningen kände Michelle det som hon inte hade träffat sin son på riktigt, som om hon inte kände honom. Michelle blev ofta frustrerad och orolig och grät mycket. (Bok 2)

Avundsjuka

Båda kvinnorna känner avundsjuka gentemot dem som de ser tar bra hand om deras barn.

Brooke kunde ibland studera den fina relationen hennes make och dotter hade, detta fick henne att känna avund, rädsla och vrede. (Bok 1)

”Jag hade en stark övertygelse om att hon visste hur jag kände. Jag levde i mitt eget helvete och var svartsjuk på andras förmåga att njuta av sina barn” (Bok 1, s. 79)

Michelle kunde ibland känna sig oduglig t.ex. i samband med att hennes väninna bytte blöja på babyn. Hon upplevde det då tydligt att andra var bättre med hennes son än hon själv var. (Bok 2)

Otillräcklighet

I båda böckerna beskriver sig kvinnorna som otillräckliga och oförmögna att ta hand om sina barn.

Brooke upplevde det som en chock att hon inte ville hålla i sin egen dotter. Hon kände sig osäker när hon var ensam med sin dotter, och var rädd för att bli lämnad med henne. Brooke var rädd för att vara ensam med sin dotter eftersom hon var osäker på att inte klara av mammarollen. (Bok 1)

”Jag började känna det som om jag gjort ett ohyggligt misstag när jag skaffade detta barnet. Jag kunde titta på hur liten och sårbar hon var och känna att jag inte alls var kapabel att se till hennes behov. Hennes hjälplöshet gjorde mig skräckslagen. Istället för att ta hand om henne ville jag glömma henne och fly.”
(Bok 1, s. 74)

Brooke upplevde sig som en hemsk mamma och upptäckte att hon inte ens kunde registrera barnets skrik. Hon kunde ofta få känslan av att vara som förlamad och kände sig oförmögen att trösta sin dotter trots att hon hörde henne skrika. (Bok 1)

Tanken på att ha barnet hemma för gott kändes överväldigande och okontrollerbart. Hon kände sig förvirrad och nervös och ville ha tid att anpassa sig. När barnet skrek blev hon skrädd eftersom hon inte visste vad hon skulle göra för att få honom att sluta. Hon antog sig vara en olämplig mor. Hon ville inte skada honom eller något, bara inte vara hos honom. Det kändes som om någon försökte tala om för henne att hon inte var ämnad för uppgiften. Hon tänkte att barnet visste att hon var en dålig mor. (Bok 2)

Michelle upplevde sig som en usel mor, hustru och människa. Hon kände sig ensam i sin depression och mer hjälplös än någonsin förr och ville ge upp. Tiden blev meningslös. Michelle hade inget hopp om att någonsin bli bättre och hon kände det som om ingen kunde hjälpa henne. Hon ansåg sig inte ens vara sjuk på normalt sett och tyckte sig göra dumma saker. Hon stod inte ut med sig själv. (Bok 2)

Skiftande sinnesstämning

Brooke upplevde känslor som skiftade mellan förvirring, lugn behärskning, melankoli och chock och att hon även helt hade tappat sitt sinne för humor. Långa stunder gick där hon bara satt och stirrade tomt framför sig, ibland gungande fram och tillbaka med ansiktet vänt upp mot taket och armarna tungt hängande längs med sidorna. Hon tvivlade på att hon någonsin skulle kunna komma ur denna djupa sorg hon kände. Dagar och nätter gick in i varandra och hon kunde inte få bort känslan av undergång och mörker som genomsyrade varje stund. Hon var helt otröstlig, kände det som att livet var över. (Bok 1)

”Jag satt på sängen och stirrade på den tomma väggen framför mig. Först trodde jag att det jag kände bara var utmattning, men med den följde en allt överskuggande panik som jag aldrig upplevt tidigare. Rowan fortsatte att skrika och jag började bäva för det ögonblick då Chris skulle komma tillbaka med henne till mig. Jag började må illa, det var som om bröstet satt i ett skruvstäd. Istället för den nervösa oro som ofta följer med panik kände jag mig helt förkrossad. Jag rörde mig knappt. Sittande på sängen gav jag ifrån mig ett dovt, långsamt, gutturalt kvidande.”(Bok 1, s.69)

När Michelle kom till barnavdelningen för att första gången träffa sin son upplevde hon sig alldeles stel, nervös och konstigt frånvarande. Michelle var glad över att sonen skulle ligga ytterligare en vecka på barnavdelningen innan han skulle komma hem. Det var inget hon ville berätta för någon men Michelle kände att hon behövde den tiden. (Bok2)

”Jag kände mig nästan paralyserad. Mekaniskt, som en robot, höll jag fram armarna. Jag höll Joshua precis som jag hållit många andra barn, men kände ingen glädje. Jag försökte spela den lyckliga modern, men egentligen var jag vettskrämd.” (Bok 2, s.43)

Michelle förberedde sig på att behöva vara tålmodig och ta hand om Joshua, men hennes nerver kändes söndertrasade. Michelle upplevde att allt kändes fel och hade ingen energi alls och varje dag var en kamp. Hon orkade knappt öppna ett paket flingor eller byta sonens blöja. Trots att hon kände det helt outhärdligt att behöva flytta orkade hon inte opponera sig om det utan sänkte bara på huvudet och hängde med. Hon kände sig som en marionett där alla andra drog i trådarna och att hon inte tycktes ha någon egen vilja. (Bok2)

Hon insåg att det var något fel med henne, både fysiskt och psykiskt. Hon kände en enorm svaghet och kunde varken äta eller sova trots att hon var konstant trött. (Bok 2)

Dåligt samvete

Brooke upplevde sig som misslyckad och hade hemska skuldkänslor för att inte känna närhet till barnet och skuld över att inte vara den som tog hand om dottern. Hon kände ingenting för henne och kände hat och sorg över sig själv som hon aldrig tidigare hade upplevt. Hon hade ingen lust att komma för nära dottern eller någon längtan efter att ta upp henne när hon var ledsen. Hon hade heller ingen önskan om att bli starkare och ta hand om baby, vilket fick henne att känna avsky mot sig själv och ett behov av att om och om igen dunka huvudet i väggen. (Bok 1)

”Jag hade dåligt samvete för att jag ville vara utan min baby men såg samtidigt fram emot att inte behöva höra hennes röst på ett tag.” (Bok 1, s.95)

Så fort Michelle kom hem från sjukhuset med sin son insåg hon att hon inte kunde älska honom, hon ville inte ens vara med honom. Ingen skulle kunna acceptera det hon kände och därför kunde hon inte tala med någon om det. Hon kände sig skyldig och trodde att hon straffades eftersom allt var hennes fel. Känsломässigt kände hon att hon inte klarade av situationen. (Bok 2)

Michelle ångrade att hon blivit gravid eftersom det krävde all hennes ork och kände ingen kraft att få tillbaka den. Hon var besviken på att inte klarat av sin förlossning efter all planering och förväntan. Hon kände sig oförmögen att fokusera, koncentrera sig, ibland oförmögen att minnas vad hon gjort bara några ögonblick tidigare. Värdelös. Skuldkänslor över att hon inte orkade bry sig om, att hon inte kunde känna något för sin son som hon väntat så ivrigt på. (Bok 2)

Störd verklighetsuppfattning

Brooke upplevde att hon var sitt barns fånge, att hennes liv inte var hennes eget längre och kände sig fast. Dotterns blick verkade insiktsfull och kritisk, som om hon visste allt om henne. Hon såg sin dotter som en maskin, som hon var tvungen att mata varannan timme. (Bok 1)

”Jag tänkte saker som: mitt liv är slut. Jag kommer aldrig att känna mig nära min dotter. Jag borde inte ha skaffat barn. Jag är en hemsk mamma. Det var ett ohyggligt misstag. Jag klarar inte det här. Jag är så ensam om det jag känner. Jag är den enda människan i hela världen som aldrig kommer att vara lycklig eller förälskad i sitt barn. Jag hatar mig själv och jag hatar livet. Min dotter kommer aldrig att älska mig. Rösterna i mitt huvud fortsatte att skrika och jag kände mig så ledsen.” (Bok1, s.100)

Brooke hade hört om förlossningsdepression men såg det som en galen människas sjukdom, och förknippade det bara med personer som skadade sina barn. Hon tyckte sig inte tillhöra den kategorin. Hon var förstörd av rädsla och mental tortyr och blind för allt som hände utanför hennes huvud. (Bok 1)

”Under ett av de mörkaste ögonblicken i mitt liv satt jag o höll min baby utan att kunna bli kvitt bilden av hur hon flög genom luften och slog i väggen framför mig. (Bok 1, s.76)

Michelle grubblade mycket och övertygade sig själv om att hon och hennes liv var värdelöst och att alla andra skulle ha det bättre utan henne. Hon trodde faktiskt att hon diskuterat det med sin familj, men så var det inte. Alla diskussioner som Michelle mindes fanns bara i hennes förvirrade hjärna. Hon hade heller ingen som helst tidsuppfattning. Hon kände sig oerhört trött och trots att hon inte mindes att hon varit vaken kändes det som hon inte sovit en blund. Tillslut blev allt överväldigande och okontrollerbart. (Bok2)

”Jag sprang tillbaka in i vardagsrummet och tog några kuddar och satte de för öronen, men de gav ingen lindring. Orden förföljde mig, krävande och pockande: ”Hämta pistolen, gör det!” (Bok 2, s.100)

Självordstankar

Brooke ville inte att hennes make skulle somna på kvällen, eftersom hon var rädd för att bli ensam. Hon litade inte på sig själv, tänkte att hon kanske skulle försöka rymma eller svälja en burk med tabletter om det gavs tillfälle. Hon kände det många gånger som ett lockande alternativ att radera sig själv från livet. Eftersom hon alltid var så ledsen och hatade sig själv ville hon bara dö. (Bok 1)

”Min djupa likgiltighet plågade mig outhärdligt, och jag trodde att jag inte hade någonstans att vända mig. Jag minns hur jag stirrade ut ur sovrumsfönstret och föreställde mig hur jag hoppade.” (Bok 1, s.74)

Michelle hatade sig själv så mycket att hon bara ville dö och hon var övertygad om att alla i hennes närhet skulle få det bättre utan henne. Hon kände det som om det skulle vara en lättnad om hon bara kunde somna in. Hon kom till en punkt då hon blev mer övertygad än någonsin om att hon förtjänade att dö. Hon brydde sig inte om någonting alls, inte ens om sitt eget barn.

Michelle upplevde sig höra röster som uppmanade henne att ta livet av sig och som övertygade henne om att det var den enda utvägen. Hon var då totalt hjälplös och olycklig. (Bok 2)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som valts var kvalitativ litteraturstudie av skönlitterära böcker. Vi har använt oss av fyra steg av innehållsanalysen som beskrivits av Graneheim och Lundman (2004). Det var en bra metod att använda som analys eftersom vi kunde ta ut alla meningar som svarade till studiens syfte. Kategoriseringen ledde till en bra översikt över upplevelsorna som kvinnorna i böckerna kände. Det var inte självklart under vilken kategori meningarna skulle placeras. Några av meningarna skulle kunna passa under flera av kategorierna. Vi placerade meningarna under den kategorin som ändå ansågs vara mest lämpad.

Kolumnen med underkategorier enligt Graneheim och Lundmans analys ansågs som överflödigt. Vi kände att det fanns klara kategorier när meningarna kodats.

I en skönlitterär bok kan man lättare sätta sig in i upplevelsorna då man följer lidandet från början, ur kvinnans egen livsvärld. Vi kunde av samma anledning även valt att göra studien genom intervjuer med kvinnorna. Intervjuer hade svarat till vårt syfte och orden hade kommit direkt från kvinnorna. Tyvärr var det för liten tid till att göra intervjustudier. Vi hade inte hunnit med att intervjua och analysera. Eftersom böckerna är översatta från engelska till svenska kan det finnas vissa förändringar i översättningen, men vi tror att budskapet som helhet ändå kommer fram.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer att kvinnorna inte kunde känna någon anknytning till sina barn. Båda kvinnornas förväntningar var höga inför förlossningen och när det inte blev som de hade tänkt sig infann sig aldrig den förväntade kärleken och anknytningen mellan mor och barn. Enligt Isaac och Schlife (2007) kan förlossningsdepression till exempel visa sig som likgiltighet inför barnet.

Eftersom kvinnorna inte kunde uppleva någon anknytning eller uppskattning inför barnet, kände dem avundsjuka när andra tycktes kunna knyta an till och samspela med deras barn. Känslan av otillräcklighet var hela tiden överhängande för mammorna, de kände båda att de inte var kapabla att ta hand om sina barn. De tyckte sig inte veta hur de skulle agera inför barnets behov. Enligt Berggren- Clive (1998) så ville de flesta av mammorna som kände otillräcklighet få hjälp av den närmaste familjen eller vänner, men ingen av dem ville be om hjälp för att det kändes som det skulle underminera deras roll som mamma.

Kvinnornas känslor skiftade kraftigt, men kände sig oftast helt tomma och frånvarande, den ena kvinnan beskrev sig som en känslökall robot. I studien av Tatano Beck (1992) beskriver kvinnorna sig som robotar utan positiva känslor, där många känslor bara kommer utan att

kvinnorna reflekterar över dem. En annan känsla som ofta upplevdes var sorg och ledsamhet. De grät flera gånger om dagen, utan att veta varför. De kände en enorm trötthet och orkeslöshet. Enligt Wasserman (2007) ingår nedstämdhet, minskad glädje och minskat intresse för det man brukar tycka om, i symptomen för depression.

Kvinnorna kände ständigt dåligt samvete för att inte känna de känslor inför barnet som de hade förväntat sig. De kände skuld-känslor för att de inte ville eller kunde ta hand om sitt barn. Enligt Tatano Beck (1992) kände kvinnorna i en förlossningsdepression en börda av rädsla och skuld över att känna som de gjorde.

I resultatet framkom att kvinnorna stundtals inte kunde skilja mellan fantasi och verklighet. De kände förvirring, och deras tankar om sig själv och livsvärlden var orealistiska. De förlorade båda tidsuppfattningen. Jämförelse med Tatano Becks (1992) studie var att kvinnorna ofta kände att de tappade kontrollen utan förvarning, som fick de att känna att de var på gränsen till vansinne och att de verkligen höll på att förlora sitt förstånd.

Själv-mordstankar kom i tankarna som ett enkelt alternativ till att slippa från sitt lidande. De tänkte också att alla skulle få det bättre utan dem, för de insåg att människor i deras närhet var mycket oroliga för dem. Det finns ett klassificeringssystem som heter DSM-IV, som brukar användas för att diagnosticera depressioner, och där ska minst fem kriterier av nio uppsatta karaktäriseras på en kvinna med förlossningsdepression. Bland de kriterierna finns återkommande döds- eller självmordstankar med.

Dahlberg (2003) beskriver vikten av att sätta sig in i en människas livsvärld som är den upplevda världen en person alltid lever i (a.a). Det är uppenbart att kvinnornas upplevda livsvärld har förändrats i samband med depressionen. De har haft en positiv förväntan över hur livet kommer se ut med barn, men helt plötsligt blev livsvärlden helt förvrängd.

Dahlberg (2003) beskriver även lidande. Kvinnorna upplever ett ständigt lidande eftersom de inte har kontroll över sin situation. De vill inget hellre än att känna samhörighet med barnet men känner frustration över att de känner sig ensamma och tror att de aldrig ska ta sig ur de svåra känslorna.

Enligt Dahlberg (2003) är första steget för att kunna skapa välbefinnande att erkänna sitt lidande; här förlossningsdepression (a.a). Kvinnorna längtar efter att känna välbefinnande men har till en början svårt att förstå att lidandet de upplever är ett sjukdomstillstånd.

Kvinnans kropp förändras både fysiskt och psykiskt under graviditet och förlossning och hela världen upplevs genom kroppen. Det Dahlberg (2003) kallar den subjektiva kroppen.

SLUTSATS

Resultatet visar på att kvinnor med förlossningsdepression upplever känslor som att inte känna anknytning till barnet, avundsjuka gentemot de som i dess närhet fick kontakt med barnet, en otillräcklighet att klara av uppgiften som mamma, ständigt skiftande sinnesstämningar, dåligt samvete inför mamm-rollen, störd verklighetsuppfattning och tankar på självmord eftersom de bedömde sig själva som odugliga. Alla dessa upplevelser är svårt för kvinnorna att bära på själva. Det är därför viktigt att förlossningsdepressionen upptäcks tidigt, så att de kan få stöd av vårdpersonal och familj. Det finns väldigt lite forskning i ämnet och eftersom det är så stor del som 10 % som drabbas, så skulle det vara till stor nytta att det forskas ännu mer kring ämnet. Det är därför bra att man nu i Blekinge börjat använda ett formulär (EPDS) som används framgångsrikt, som gör att många av de som lider av förlossningsdepression kan få hjälp. Eftersom formuläret bemötts med så positiv respons anser vi att det är bra att ha som grund att upptäcka förlossningsdepression på flera ställen än Blekinge.

REFERENSLISTA

- Berggren-Clive, K. (1998). Out of the darkness and into the light: women's experiences with depression after childbirth. *Canadian journal of community mental health*, 17(1), 103-120.
- Broberg, A. (2000). Är det möjligt att bli en "bättre" förälder? Brister i det tidiga samspelet förälder- barn tycks kunna förebyggas/behandlas. *Läkartidningen*, 97(25), 3072-73.
- Burak, C., & Remington, M. (1993). *Jag dödade mitt barn*. Malmö: Richters Förlag AB.
- Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health. A guide to the Edinburgh postnatal depression scale*. London: Gaskell.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Everbring, K. (2005). Kartläggning och handläggning av postpartum depression hos en grupp nyblivna mammor i Sölvesborgs kommun. *FOU-centrum, Landstinget Kronoberg, Växjö*.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trust worthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Isaac, C., & Schlife, J. (2007). More than the blues: Perinatal depression. *Nebraska Nurse*, 40(3), 8-15.
- Lökensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- O'Hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression- a meta analysis. *International review of psychiatry*, 8, 37-54.
- Shields, B.(2006). *När regnet faller. Min väg ut ur förlossningsdepression*. Stockholm: Prisma.
- Silverstolpe, N. (2006). *Förlossningsdepression*.
<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=21027&PreView> 2007-12-27
- Sjögren, B. (2005). *Psykosocial obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.
- Stefansson, C-G. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Edita Norstedts förlag.
- Stintzing, G. (2005). *Barnavårdscentral(BVC)*.
<http://www.tryggabarn.nu/barn/Page1188.html> 2007-12-27
- Tatano Beck, C. (1992). The lived experience of postpartum depression: a phenomenological study. *Nursing research*, 41(3), 166-170.

Wasserman, D. (2007). *Depression*.

<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=25933> 2007-12-27