



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

UPPLEVELSEN AV ATT LEVA MED EN FÖRLOSSNINGSDEPRESSION VÄLKOMMEN HEM LILLA BEBIS, VÄLKOMNA HEM DEMONER

Ann-Sofie Berlevik
Susanne Gunnarsson

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp
Kursbeteckning: VO1309
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Januari 2010

Examinator Cecilia Fagerström
Handledare Ewa Andersson
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

UPPLEVELSEN AV ATT LEVA MED EN FÖRLOSSNINGSDPRESSION

VÄLKOMMEN HEM LILLA BEBIS, VÄLKOMNA HEM
DEMONER

Ann-Sofie Berlevik
Susanne Gunnarsson

Berlevik, A-S & Gunnarsson, S Upplevelsen av att leva med en förlossningsdepression.
Välkommen hem lilla bebis, välkomna hem demoner. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp.*
Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2010.

Bakgrund: Att genomgå en förlossning är en fysisk och psykisk påfrestning. 10-20 % av de nyförlösta mammorna drabbas av förlossningsdepression, PPD, som visar sig någon gång under det första året efter förlossningen. En PPD innebär en stor negativ förändring i mammans livsvärld vilket kan få konsekvenser för hela familjen genom att det bland annat kan leda till självmord. **Syfte:** Syftet med studien är att belysa den nyblivna mammans livsvärld i samband med PPD. **Metod:** En kvalitativ litteraturstudie där självbiografiska böcker har granskats. **Resultat:** Studien visade att hela tillvaron förändrades för den nyblivna mamman. Negativa känslor och tankar genomsyrar hela hennes vakna tid. Rutiner som tidigare varit självklara blir till en omöjlighet. Det är inte bara mamman som lider av sin PPD utan det är något som drabbar hela familjen. **Slutsats:** Sjuksköterskan måste ha kunskap om sjukdomens omfattning och våga fråga hur mamman mår och informera båda föräldrarna om problematiken som sjukdomen innebär och de konsekvenser som kan uppstå.

Nyckelord: Förlossningsdepression, Livsvärld, Postpartumdepression, Självbiografi, Upplevelser

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Introduktion	2
Bakgrund	2
<i>Depression</i>	2
<i>Postpartumdepression, PPD</i>	2
<i>Teoretisk referensram</i>	3
- <i>Livsvärld</i>	4
- <i>Den subjektiva kroppen</i>	4
- <i>Lidande</i>	4
- <i>Välbefinnande och Trygghet</i>	4
Syfte	5
Metod	5
<i>Urval</i>	5
<i>Analysmetod</i>	5
Bokpresentation	6
Resultat	7
<i>Mitt inre kaos</i>	7
<i>Mitt allt, mitt ingenting</i>	9
<i>Oförmögen att integrera</i>	9
Diskussion	10
<i>Metoddiskussion</i>	10
<i>Resultatdiskussion</i>	11
Slutsats	14
Referenslista	15
Bilagor	17
<i>Bilaga 1 – Litteratursökning</i>	
<i>Bilaga 2 – Analysförfarande</i>	

INTRODUKTION

Att drabbas av en postpartumdepression, förlossningsdepression, (PPD) är inte helt ovanligt. Postpartumdepression omnämns som en lyckotjuv, som stjälar mammans förväntade lycka och kärlek gentemot sitt nyfödda barn. Mammor med PPD lider ofta i tysthet och upplever en myriad av omvälvande känslor så som ilska, skuld, ångest, ensamhet och trötthet. Skuld och dålig självkänsla över att inte kunna ta hand om sitt barn och dess hälsa, gör att mammorna känner misslyckande gentemot barnet och den nya föräldrarollen. Detta kan få konsekvenser för hela familjen (Tatano Beck, 2002).

Sannolikheten är stor att kliniskt verksamma sjuksköterskor kommer att möta dessa mammor som lider av PPD inom sjukvårdens olika verksamheter. Kunskap om denna sjukdom kan hjälpa den kliniskt verksamma sjuksköterskan i att omhänderta och bemöta mammor med PPD och hennes familj. Fortsättningsvis kommer förkortningen PPD att användas i detta arbete.

BAKGRUND

Depression

Depression tillhör den grupp störningar som kallas affektiva syndrom som kännetecknas av ändrad sinnesstämning. Ett första intryck av en deprimerad person är att de upplevs sorgsna, förtvivlade och uppgivna. Det utmärkande för depression är att den drabbade nedvärderar sig själv, har skuld-känslor, samt upplever meningslöshet och hopplöshet. Det kan även finnas inslag av irritation och olust (Ottosson, 2007).

Postpartumdepression, PPD

Wasserman (2003) förklarar att hormoner bidrar bland annat till kvinnans välbefinnande. Under graviditeten ökar nivåerna av progesteron och östrogen. Efter förlossningen sjunker östrogennivån hundrafalt och progesteronnivån tusenfalt. Detta kan orsaka emotionell instabilitet och en kortvarig depressiv reaktion så kallad babyblues. Tillståndet kännetecknas av nära till gråt, trötthet, svårt att somna, koncentrationssvårigheter och att vara ytterst känslig. Babyblues når sitt maximum fem dagar efter förlossningen och upphör efter en vecka till tio dagar. Hos en del kvinnor fördjupas symtomen och en regelrätt depression så kallad postpartum depression utvecklas. Gjerdingen och Yawn (2007) visar att under de tre första månaderna efter förlossningen drabbades 14,5 % av kvinnorna av en period med lätt eller svår depression, och 10-20 % av mammorna led av depression under hela postpartumperioden. Detta gör PPD till den vanligaste och allvarligaste förlossningskomplikationen. Postpartumperioden är enligt O'Hara och Swain (1996) den tiden från förlossningen upp till ett år.

För att ställa diagnosen PPD används det världen över olika skattningsskalor. Den vanligaste är Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, som har visat sig vara ett värdefullt instrument för att identifiera mammor i riskzonen (Wisner, Parry & Piontek, 2002).

Enligt Wasserman (2003) är den deprimerade mamman väldigt labil med skratt och gråt om vartannat, är irriterad, rastlös, har dåligt självförtroende, ångest och rädsla för att skada sig själv eller sitt barn. Risken att drabbas av PPD ökar betydligt om mamman tidigare drabbats av depression, PPD eller om anlagen finns i släkten. Uppföljning med psykologisk och medicinskt stöd under graviditet och efter förlossning är därför viktigt.

Leung, Arthur och Martinsson (2005) resultat visar på att krav och förväntningar som mammorna hade innan förlossningen stämde oftast inte överens med verkligheten. Där ses att ett stort antal av mammorna med PPD kände sig frustrerade och led av låg självkänsla eftersom de såg sig själva som misslyckade. Misslyckandet kunde vara att inte kunna amma, att inte ha möjlighet att vara hemma på grund av ekonomiska skäl och därför måste lämna bort sitt barn till någon utanför familjen. Mammorna upplevde även ett misslyckande över att inte orka med barnet på grund av sömnbrist samt att ständigt oroa sig för barnets hälsa. Mammor med lugna och trygga barn mådde bättre medan de med barn som var skrikiga och mer vakna på nätterna mådde sämre (a.a.).

Om inte mamman får stöd eller uppmärksammas i sin PPD kan den i värsta fall utvecklas till en postpartumpsykos. Cullberg (2005) hävdar att förlossningen och den första amningsperioden är en belastningssituation för kvinnan och kan vara en utlösande faktor. Verklighetsuppfattningen är då bruten och det finns inte längre ett spår av vanligt tänkande. Drömmar om sitt barn motsvarar inte verkligheten och mammorna känner besvikelse, otillräcklighet och omedvetet starka förbjudna aggressioner mot barnet. Steget från känslan att vara den sämsta modern i hela världen till tanken att döden är den rimligaste utvägen är här inte så stort. Att ta med barnet in i döden kan då bli en logisk handling, det skall inte behöva leva moderlöst med ett sådant arv och i en sådan ond värld. Problemen fanns redan under antiken då med teorin att mjölken steg till hjärnan och förgiftade mamman (a.a.).

Tio mammor som led av PPD deltog i Kauppi, Kumpulainen, Vanamo, Merikanto och Karkola (2008) studie där alla dödat ett eller flera av sina barn inom en tolv månadersperiod efter förlossningen. Det yngsta barnet var åtta dagar och det äldsta åtta månader. Alla mödrar visade klara symtom på depression som irritation, allvarlig nedstämdhet, gråt, trötthet, sömnlöshet, ångest, oro över barnets välbefinnande och sin egen förmåga att ta hand om barnet, självmordstankar och även psykotiska tankar. En stark ångestkänsla framkallades när mammorna lämnades ensamma med barnen. Mammorna påstod att de kunde se tecken på psykisk ohälsa i barnens ögon. De tyckte även synd om barnen som skulle behöva växa upp i den här hemska världen eller med sin mamma som på grund av dålig självkänsla inte trodde att hon skulle klara av det (a.a.).

Att hjälpa och stödja en deprimerad person är en psykiskt tung och svår uppgift. Ofta innebär det enligt Wasserman (2003) att ensam ta hand om hem, barn och ekonomi, eftersom den deprimerade partnern inte orkar. Genom att försöka förstå hur den drabbade mår kan stöttning ges genom att lyssna, ingjuta hopp och motverka isoleringstendenser. Att ha släktingar, vänner och bekanta som bryr sig om är en av de viktigaste hälsofrämjande faktorerna. Nyblivna mammor som drabbas av PPD lider ofta i tysthet med en inre kamp av förnuft och motstridiga känslor. Att visa hur de här kvinnorna mår och känner vill vi öka förståelsen och visa bredden av problemet (a.a.).

Teoretisk referensram

Den teoretiska referensram som används i detta arbete är livsvärldsteorin och genom den fås en djupare förståelse för människors livsvärld (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

Livsvärld

Med livsvärlden som ansats menar Dahlberg m.fl. (2003) är målet att utforska och förstå världen utan att förminska, förringa eller våldföra sig på den. Livsvärlden är den verklighet som vi dagligen lever i och ständigt, om än omedvetet, tar för given. Livsvärlden är den levda världen, direkt given i erfarenhet och handling och det är genom livsvärlden vi älskar, hatar, arbetar, leker, tycker och tänker. Det är i livsvärlden vi söker livsinnehåll och en mening. Människan har alltid försökt förklara den värld hon lever i, det hon inte kan förklara eller förstå tillskriver hon en yttre makt, tro eller ödet. Alltså finns vi till i världen via vår livsvärld och så länge vi lever kan vi aldrig komma ur eller ifrån den. Livsvärldsperspektivet innebär att se, förstå och beskriva så som den erfars av människor (a.a.).

Den subjektiva kroppen

Dahlberg m.fl. (2003) förklarar att som människa har vi tillgång till livet och världen genom vår kropp. Det betyder att om en förändring sker i kroppen sker också en förändring i vår tillgång till livet. En förändring behöver inte vara så dramatisk och omvälvande för att människan ska uppfatta livet annorlunda. Det kan handla om en kronisk sjukdom, ångest eller depression men det kan också vara enklare besvär som huvudvärk eller skoskav som gör att livet förändras för en dag eller en kortare period. Genom kroppen lever vi och den är inte ett ting som kan ställas åt sidan, kroppen är därför inget som människan har, den är något hon lever i. Så länge människan mår bra fysiskt och psykiskt reflekterar hon inte över sin kropp och delar inte på jaget och kroppen utan ser det som en helhet. Kroppen är något som människor använder dagligen för att göra olika saker eller att ta sig till olika platser och helt enkelt leva (a.a.).

Lidande

Dahlberg m.fl. (2003) och Eriksson (1994) menar att människor kan uppleva olika former av lidande; livslidande och sjukdomslidande. Beroende på livets innehåll uppkommer livslidande under livets naturliga gång. Det inbegriper svårigheter av olika slag medan sjukdomslidande kommer i samband med sjukdom. Det finns även lidande som människan bär inom sig som uppkommit på grund av känslan av otillräcklighet, självfördömelse och oförmåga. Varje förändring på hälsan medför en förändrad syn på livsvärlden och en förlorad tillgång till livet, en känsla av att fortfarande vilja men inte kunna. Lidandet är en kamp mellan det onda och det goda. Lidandet uppfattas i allmänhet som någonting ont och innebär alltid en kamp (a.a.).

Eriksson (1994) menar att alla uttrycker sitt lidande på olika sätt och oftast finns inget språk för hur vi egentligen känner. Vi blir tvungna att omvandla lidandet till en form som kan uttryckas. Vårt lidande förvandlas till smärta, ångest eller ett fysiskt uttryck som kan observeras. En djupt olycklig människa känner skuld och skam över sina känslor. Hon lider på grund av sin skam men vill samtidigt lida för att genom lidandet göra sig fri från skuld. Denna skuld kan föra med sig ångslan och oro som för människan djupare ner i det onda. Ju mer ångslig människan blir desto mer får de onda tankarna makt över henne. Ingen kan i djupaste mening dela någon annans lidande (a.a.).

Välbefinnande och Trygghet

Dahlberg m.fl. (2003) förklarar att när patienten når välbefinnande och förstår sin situation kan hon även känna trygghet. Ett viktigt fenomen menar i den levda världen i relation till lidande och välbefinnande är känslan av trygghet. Trygghet kan vara kopplad till yttre faktorer som goda materiella förhållanden, god miljö, förtroendefulla relationer,

kunskap/vetskap och kontroll – en känsla som kan beskrivas som yttre trygghet. Genom kontroll över sjukdomen ges ökad trygghet. Sjukdom kan vara ett hot mot individens vardag och därmed skapa otrygghet men genom kunskap eller bot kan tryggheten återställas. Välbefinnande kan uppnås trots sjukdom och ohälsa beroende på vilket stöd som finns att tillgå (a.a.).

SYFTE

Syftet med studien är att belysa mammans livsvärld i samband med PPD.

METOD

Studien är en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Forsberg och Wengström (2008) menar att den kvalitativa forskningen betonar förståelsen av människans upplevelser av t.ex. ett fenomen i sitt sammanhang. Ansatsen fokuserar på att tolka och att skapa mening och förståelse i människans subjektiva upplevelse av omvärlden (a.a.).

Urval

Studien är baserad på tre självbiografiska böcker. Inklusionskriterier var att böckerna skulle vara skrivna på svenska eller engelska och av mammorna själva. Valet att använda självbiografiska böcker var att få upplevelsen av PPD från primärkällor. Enligt Friberg (2007) är en biografi en berättelse om en viss persons livshistoria antingen skriven av personen själv eller av någon annan. Genom böckerna vi valt fås en mer breddad och detaljerad beskrivning av de enskilda mammornas liv i samband med PPD. På så sätt blev det lättare att få en förståelse och kunna jämföra likheter och olikheter i deras livsvärld under PPD.

Sökorden vi använde oss av vid samtliga sökningar var postpartum depression, förlossningsdepression och självbiografi (bilaga 1). Litteratur söktes först på Gräsviks bibliotek genom databasen Libris men utan relevanta träffar. Första sökningen på Gräsvik resulterade i 45 träffar men alla valdes bort eftersom de endast var faktaböcker. Sökning nummer två resulterade i 20 träffar men även dessa valdes bort på grund av att självbiografierna inte handlade om PPD. Litteratur söktes därefter på Stadsbiblioteket i Karlskrona vilket resulterade i tre träffar, en kom att användas i arbetet och två valdes bort på grund av att den ena var en ljudbok och den andra inte var självbiografisk. Vidare gjordes sökning på internetsajten Adlibris vilket resulterade i 41 träffar, varav 36 stycken var skrivna på engelska. 25 böcker var inte självbiografiska, fem böcker valdes bort då de var skrivna på tyska, fyra av träffarna var den boken vi redan hade hittat på svenska, två var skrivna ur makens perspektiv, två beskrev tiden efter PPD och en bok hade religiös åskådning. Kvar återstod två böcker som var relevanta för vårt syfte och kunde användas i arbetet.

Analysmetod

Böckerna lästes först var för sig. Författarna hade därefter en diskussion för att se om innehållet överrensstämde med studiens syfte. Böckerna lästes åter igen enskilt. Till analysen tillämpades en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans (2004) (bilaga 2). Denna analysmodell valdes eftersom den innebär att en tolkning görs av innehållet, i detta fall de tre självbiografiska böckerna. I denna studie har den manifesta innehållsanalysen gjorts med latent inslag. En manifest innehållsanalys beskriver det som direkt uttrycks i texten,

alltså det synliga och tydliga, medan den latenta innehållsanalysen tolkar den underliggande innebörden, det som ”står mellan raderna”. Både latent och manifest innehållsanalys innebär enligt Graneheim och Lundman (2004) att en tolkning av texten görs men att abstraktionsnivån och djupet skiljer sig.

Meningsbärande enheter plockades ut ur texten och skrevs ner av författarna var för sig. Härfter gjordes analysförfarandet tillsammans. De meningsbärande enheterna som tagits fram diskuterades för att se enheternas relevans för arbetets syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan vilket innebar att det viktigaste innehållet plockades ut till en mindre text utan att det väsentliga innehållet försvann. Den kondenserade texten kodades och blev då lättare att se i sitt sammanhang. Koderna jämfördes och beroende på hur nära textens kärna de stämde överrens placerades de i subkategorier och kategorier. Kategorierna fick olika färger och namn för att kunna hållas isär under analysprocessen. Viktigt att koderna inte hamnade mellan två kategorier. De latenta inslagen i innehållsanalysen bestod i att vi som författare till studien strävade efter att uppnå en djupare förståelse genom att lyfta det konkreta innehållet till en mer abstrakt nivå.

Presentation av böckerna

The Stork's Revenge – My struggles and triumphs over postpartum Depression, Geraldine O'Keeffe (2008)

Den här boken skrevs fyra år efter att författaren drabbats av PPD. Omgivningen runt henne vid förlossningen på sjukhuset var väldigt känslomässigt kaotisk. Hon beskriver sin rädsla inför sin förlossning som var helt okänd för henne, mötet med den otrevliga personalen samt en sjukhusförsäkring som inte täckte hennes behov. Denna kaotiska start gav upphov till den kommande PPD och det självdestruktiva beteende hon kom att genomlida.

När regnet faller, Brooke Shields (2006)

I denna bok berättar författaren hur hennes vardag förändrades efter att ha fött sitt första barn. Från att ha levt ett socialt liv med att alltid haft människor omkring sig och engagerat sig i olika tillställningar till att inte ha motivation att ens kliva ur sängen. Hennes förväntningar och drömmar inför rollen som mamma vändes snabbt till en livsvärld fylld av sorg och likgiltighet.

Why I jumped, Tina Zahn (2006)

Den första boken är skriven av en kvinna i 30 årsåldern som efter förlossningen av sitt andra barn försökte ta sitt liv genom att hoppa från the Tower Drive Bridge i Green Bay, Wisconsin. Hon hade under sin uppväxt utsatts för sexuella övergrepp av sin styvfar. Övergreppen som pågått under flera år upptäcktes av modern som reagerade med att förskjuta sin dotter och inte alls ville kännas vid hennes. Tina hade redan efter sin första förlossning drabbats av förlossningsdepression och inte helt återhämtat sig när hon åter igen drabbades.

RESULTAT

Författarnas analys resulterade i tre kategorier. *Mitt inre kaos, Mitt allt, mitt ingenting* samt *Oförmögen att integrera*.

Mitt inre kaos

Denna kategori beskriver hur kaotiskt mammornas inre ter sig i en PPD.

Känslomässig berg- och dalbana

Att bli mamma är en känslomässigt stor upplevelse. Mammorna (O'Keeffe, 2008, Shields, 2006 & Zahn, 2006) fick alla höra att vara känslös och gråtmild hör till det normala. Men att drabbas av PPD gör att känslorna får en helt annan dimension, en stor kvävande sorg som aldrig tycks vilja försvinna. Mammorna hade alltid önskat sig ett barn och hade förväntningar på en total lycka. Istället inträffade det motsatta, en PPD med värsta tänkbara känslor. Känslorna gick upp och ner skiftande mellan förvirring, lugn behärskning, melankoli och chock, allt praktiskt taget på en gång. Dessa känslor försökte bortförklaras av fysisk trötthet. Det fanns stunder av lycka men det var sällan och de var få.

"Här var jag, äntligen mamma till en underbar babyflicka som jag hade slitit så hårt för att få, och kände det som om mitt liv var över. Var fanns lyckan? Var fanns glädjen som jag väntat mig att känna genom att bli mor?" (Shields, 2006, s. 74).

Medvetna om det O'Keeffe (2008) och Shields (2006) gjorde, såg, tänkte och hörde inte alltid överensstämde med verkligheten. Kämpandet med inre konflikter, nedstämdhet, påtryckningar från andra och dessutom en frustration över att inte bli frisk. När mammorna fått insikt om sin sjukdom så hade PPD redan blivit ett sätt att leva. De visste att fokus måste vara inställt på dem själva för att kunna bli friska, men hade svårigheter att genomföra det, då de inte såg någon väg ut och kände skuld över att sätta sig själva främst. Det kändes även som ett misslyckande och en svaghet att som mamma behöva ta humörhöjande medicin. Den enormt påfrestande trötthet som mammorna (O'Keeffe 2008 & Zahn 2006) upplevde var inte en trötthet de kan sova sig ur. Det som är självklart för friska personer är en stor påfrestning för kvinnor med PPD, till exempel att orka kliva upp ur sängen. Tröttheten påverkar humöret och det vanliga positiva jaget försvinner. Omotiverade försök att sköta barn och hem gjordes, men endast för att det förväntades av dem.

"I was constantly sick to my stomach, tired, unable to sleep, and barely able to find the strength to feed Sarah. I just wanted to curl up in bed, pull the comforter over my face, and not to come out until the house was all set up, everything unpacked and put away, and dinner ready." (Zahn, 2006, s. 109).

Destruktiva tankar och handlingar

Mammorna (O'Keeffe 2008, Shields 2006, & Zahn 2006) hade inte blivit diagnostiserade och inte fått den hjälp som behövdes. Detta ledde till en djupare förtvivlan och desperation med tankar och handlingar att vilja skada sig själv, sitt barn och att försvinna för gott. En av mammorna var efter tre år med PPD fortfarande odiagnostiserad och hade känslan av att aldrig bli bra. Under hennes sjukdom skrev hon många dikter om det kaos hon upplevde inombords. Ett sätt för henne att hantera sina tankar.

<i>"Hang on tight</i>	<i>"Is this real?</i>
<i>To the rope</i>	<i>Am I imagining?</i>
<i>Friction, heat</i>	<i>I smile-the smile of madness</i>
<i>My hands are burnt"</i>	<i>A psychotic bitch"</i>
<i>"Burning flesh</i>	<i>"My mind</i>
<i>Blood and death</i>	<i>Is worse than my bite"</i>
<i>These are the demons</i>	
<i>In my mind"</i>	(O'Keeffe, 2008, s. 48)

Under O'Keeffe (2008), Shields (2006) och Zahn (2006) mörkaste stunder väcktes desperata utvägar. Många gånger handlade lösningarna om att skada sig själv eller att ta sitt liv. Genom att stoppa munnen full av piller för att sedan spotta ut dem var ett sätt för en av mammorna att leka med döden. Hon hade egentligen inte för avsikt att skada sig själv men hon gillade spänningen kring handlingen. Det mest destruktiva enligt henne själv, var när hon skar sig, ett sätt att tillfälligt lätta på ångesten. Mammorna beskriver tydligt hur de nått den punkt i sin PPD där de vill få ett slut på allt sitt lidande. Ett lidande av smärta, förvirring, utmattning, icke fungerande medicinering, aptitlöshet och sömnlösa nätter. Lidandet som blivit en börda, inte bara för mammorna själva, utan även för andra i deras närhet. Ingenting de gjorde verkade hjälpa och de visste inte längre hur de skulle gå tillväga. De berättar om sin ångest och rädsla. En av mammorna berättade att om hon låg ensam vaken väcktes känslan av att vilja förverkliga sina tankar om att rymma och svälja tableter. Hon välkomnade till och med tanken på att bli kidnappad. En annan gick steget längre, hon gick från ord till handling. Mamman ville ge sin omgivning friheten att kunna fortsätta med sina liv då hon kände att hon själv var utom hopp. Hon gjorde då ett försök att få slut på sitt lidande genom att hoppa från the Tower Drive Bridge i Green Bay, Wisconsin.

"Putting the car into drive, I raced up the street and around the corner. I had to make it to the bridge. If I could make it to the bridge, the pain would stop. I just had to make it to the bridge, and the hopelessness would end" /.../"I pulled over and stopped the car. I was so calm, so sure. I knew this was the right thing to do, and I felt peace as I opened the door, stepped out, and walked around my car toward the guardrail." (Zahn, 2006, s. 152, 154).

Mitt allt, mitt ingenting

Denna kategori beskriver mammornas relation till sina barn.

Motstridiga känslor

Under mammornas (O'Keeffe, 2008, Shields, 2006 & Zahn, 2006) PPD fanns det både mörka och ljusa stunder. Tanken på att överhuvudtaget ha fött ett barn blev mer och mer överklig ju längre ner i depressionen de sjönk. Olustkänslor om att inte vilja hålla och vara nära sitt barn trots att de älskade och ville dem väl, kom ibland som en chock för mammorna. Under de

mörkaste ögonblicken kom tvångstankar och fantasier där de upplevde hur de skadade sina barn, genom att till exempel se framför sig hur barnet slungades in i väggen. De ifrågasatte sina känslors äkthet när de hellre tog ett extra pass på gymmet eller längtade efter att åka bort i stället för att ta hand om sina barn. När mammorna väl hade rest bort kom en stark längtan efter barnen och de ville inget hellre än att vara tillsammans med dem. Denna längtan fick mammorna att känna hopp om att de kanske var bra mammor trots allt och att dessa skiftande känslor var en naturlig del i att vara mamma.

Att inte kunna knyta an

Längtan O'Keeffe, (2008), Shields, (2006) och Zahn, (2006) hade efter att få träffa sina barn och föreställningen om att det skulle uppstå ett ögonblickligt band och samhörighet dem emellan uteblev. Detta ledde till en känsla av misslyckande och hemska skuld-känslor över att inte känna närhet. En av mammorna kände det som om hon gjort ett ohyggligt misstag att skaffa barn. Barnets hjälplöshet gjorde henne skräckslagen och hon ville hellre fly och glömma än att ta hand om sitt barn och var svartsjuk på de mammor som hade förmåga att njuta av sina barn. Men hon bevarade hoppet om att kunna knyta an till barnet genom att envist fortsätta att amma. Hon beskriver det som den enda verkliga kopplingen till dottern.

”Jag kände ingen samhörighet med min dotter och ville dö på grund av det. Hon hade ju för guds skull vuxit inuti min kropp, och jag kände mig inte ens besläktad med henne” (Shields, 2006, s. 75).

Oförmögen att integrera

Denna kategori förklarar hur mammorna upplever världen omkring sig. Den innefattar familj, vänner, hemmiljö samt övriga miljöer de befinner sig i.

Förändrad självuppfattning

Att leva i en PPD innebar för de här mammorna (O'Keeffe, 2008, Shields, 2006 & Zahn, 2006) att leva i en bubbla. De slöt sig mer och mer inom sig själva gentemot sina familjer. De uppfattade livet och människorna runt omkring sig, men förstod inte att det kunde ha något med dem själva att göra och var inte medvetna om familjens existens om de inte stod direkt framför dem.

”They were talking about me as if I couldn't hear them and some level I really couldn't. I would hear the words, but I couldn't understand what anyone was actually saying.” (Zahn, 2006, s. 144).

Tillfälliga miljöombyten gav mammorna en chans att komma bort från vardagens alla krav. O'Keeffe, (2008), Shields, (2006) och Zahn, (2006) trodde att familjerna skulle få det bättre utan dem. Tankar på att försvinna för gott var därför en återkommande fantasi men som i verkligheten var en omöjlighet. Besök hos gamla vänner eller kollegor blev ett sätt för mammorna att hålla kvar vid sitt gamla liv och sitt gamla jag. Men dessa möten väckte även avundsjuka och bitterhet över att ha förlorat en del av sig själv, känslor de skämdes över och inte ville att någon skulle få reda på. En mamma flydde sin verklighet genom att duscha många gånger per dag och *länge*.

Att känna sig handlingsförlamad

O'Keeffe, (2008), Shields, (2006) och Zahn, (2006) behövde hjälp då de fortfarande var känslomässigt instabila och mentalt oförmögna att själva ta initiativ och fatta beslut. Det

största ansvaret för hem och barn fick papporna ta, vilket ledde till att även deras ork tröt och sinnesstämning förändrades, hela relationen sattes i gungning. Förutom papporna tog de emot hjälp av andra släktingar och barnflickor. En av mammorna ringde i ren desperation till sin mamma och bad om hjälp då hon var oförmögen att laga mat, städa och ta hand om barnet. När hon kom och såg hur det stod till blev hon irriterad och sa åt sin dotter att sluta upp med sitt beteende och rycka upp sig. Mamman gjorde ändå allt för att få upp sin sjuka dotter ur sängen, få på henne kläder och ut på en kort promenad i grannskapet för att komma ut och träffa folk. När de väl träffade folk och dessa pratade med henne och ställde frågor fick hon använda all kraft och koncentration, men kände ändå att hon inte hade något att säga. Orden ville helt enkelt inte komma ur hennes mun. Under tiden mammorna fick avlastning hade de möjlighet att återhämta sig till viss del genom att i sin egen takt och ork ta hand om barnet. Förtvivlan uppstod när hjälpen försvann och de åter igen blev lämnade ensamma. De små framsteg mammorna lyckats utveckla gick tillbaka.

"I stood in the kitchen for over an hour, staring blindly at the refrigerator. I was supposed to be making dinner but I couldn't focus enough to decide what to make, much less how to make it." (Zahn, 2006, s. 140).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien är att belysa livsvärlden hos mammorna. Utifrån syftet valdes att göra en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Polit och Hungler (1999) menar att använda sig av en kvalitativ metod fås en holistisk helhetssyn, där förståelsen av ett specifikt fenomen sätts i fokus. Alternativet var att göra en intervjustudie men denna typ av studie kräver lång och noggrann förberedelse samt ett etiskt godkännande. Polit och Hungler (1999) förklarar att enbart inhämta information kan ta många månader beroende på vad som ska undersökas, dessutom krävs tid för förberedelser av det ekonomiska. Alternativet valdes därför bort på grund av vår tidsbegränsning.

Studiens resultat bygger på självbiografiska böcker. Ett av inklusionskriterierna var följande: mammorna skulle ha skrivit böckerna själva, vilket ökar trovärdigheten. Mammorna ger oss sin personliga subjektiva upplevelse och en större insyn av deras livssituation. Det kan alltid diskuteras om författaren har skrivit boken själv och om upplevelserna är helt korrekta eftersom tiden kan förvränga minnet. Friberg (2007) menar att biografier kan vara viktiga källor till upplevelser och erfarenheter bedömda på sina egna meriter och att det i biografier används sin egen tolkning av världen utan att det minskar trovärdigheten.

Det systematiska urvalsförfarandet var lätt att genomföra och litteraturen var skriven både på svenska och engelska. Anledningen till att det blev både svensk och engelsk litteratur var att det är dessa språk som behärskas av oss som författare till studien. Risken med att använda sig av böcker är att det är mycket text att gå igenom och att det därför lätt kan missas något väsentligt innehåll. Under analysen var det många gånger lättare att tolka de engelska böckerna eftersom det engelska språket tycks ha en mer specificerad betydelse för sina ord. Studien baseras på tre böcker vilket ger en variation. Mammornas upplevelser var övervägande lika, vilket ger en styrka till vår studie. Efter att ha läst igenom de tre böckerna diskuterades det bland annat om endast två böcker skulle användas eftersom det var mycket material att analysera i förhållande till den tid som fanns för att färdigställa arbetet. Efter att ha läst igenom böckerna en gång till enskilt togs beslut om att använda alla tre, eftersom innehållet i de olika böckerna hade så många likheter trots mammornas skilda miljöer och

bakgrunder. Efter analysen blev det inte så många kategorier i slutändan och materialet var hanterbart.

Graneheim och Lundmans (2004) analysmodell användes. Det var inte svårt att plocka ut meningsbärande enheter men eftersom materialet under analysens gång blev mer tydligt till vilken kategori den kom att tillhöra, så var det ibland svårt att använda sig av det steget som innebar att sätta subkategorier. Detta löstes genom att ta den meningsbärande enheten och sätta in den i sitt sammanhang i boken igen för att se om den fortfarande tolkades på samma sätt genom att se den i sin helhet, samt att utgå från koderna. Vid något enstaka tillfälle gjordes avsteg från analysen genom att göra förfarandet i motsatt håll, alltså börja med kategorin först. En annan svårighet, var när meningsbärande enheter hamnade mellan två kategorier och det kunde vara lite svårt att bestämma vilken kategori de skulle tillhöra. Problemet löstes genom att dela upp dem i ytterligare meningsbärande enheter och analysera dem var för sig. För att hålla isär de meningsbärande enheterna och veta vilka böcker de kom ifrån markerades de med A, B eller C. Efter analysen markerades enheterna med olika färger beroende på vilken kategori de tillhörde. Vissa kategorier var snarlika varandra och kom därför att bli en kategori.

När böcker översätts finns alltid risk för feltolkning eller att egna värderingar nyanserar texten. För att minska risken för feltolkning diskuterades texten sinsemellan hur vi enskilt tolkat texten. Vid oklarheter om ords betydelse användes Norstedts engelsk/svenska ordbok (2000). Ibland direktöversattes meningar för att därefter eventuellt omformuleras till rätt grammatisk form. Mammornas upplevelser kan även förstås annorlunda av oss som författare till studien och hade kanske tolkats på ett annat sätt av andra.

Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie visar att mammor som drabbas av PPD upplever sin livsvärld dramatiskt förändrad. Den enorma glädje och lycka de känner under graviditeten samt de förväntningar på sig själv i rollen som mamma och det kommande barnet uteblir och känslor som hopplöshet, förtvivlan och frustration får mammorna att känna som om livet är över. Till en början förklaras humörsvängningarna med den förändrade livssituationen men ju längre tiden går och inget blir bättre väcks en medvetenhet om att något är fel men att mammorna inte vet hur situationen ska hanteras. Detta förklarar Dahlberg m.fl. (2003) med att när en förändring sker i kroppen så sker också en förändring i vår tillgång till livet. Förändringen kan vara både fysisk, psykisk, existentiell och andlig. En förändring i sinnet speglar sig i det vardagliga livet.

Vidare bekräftar Edhborg, Friberg, Lundh och Widström (2005) hur överväldigade mammor med PPD är av negativa tankar och ouppfyllda förväntningar. Den oförberedda verkligheten som moderskapet innebär är fylld med känslor av ensamhet, förvirring, utmattning och ett kämpande att komma på fötter. De såg sitt onaturliga moderskap som en personlig svaghet än som ett resultat av sin PPD. Den konstanta tröttheten gör att mammorna inte orkar med sig själva eller andra. De vardagliga sysslorna som tidigare varit självklara att göra och orka med, hänger nu över dem som ett stort betungande krav. Men tröttheten är så enorm att det är svårt att hitta motivation eller lust för att överhuvudtaget ta sig för något, till och med den personliga hygien blir åsidosatt (a.a.). Den enorma trötthet som upplevs efter en förlossning behöver enligt Corwin, Brownstead, Barton, Heckard och Morin (2005) inte tyda på depression, utan är kroppens sätt att återhämta sig efter den fysiska och psykiska påfrestning som en förlossning innebär. Även Runquist (2007) resultat hävdar att om den

extrema tröttheten får fortgå är det lättare att en PPD utvecklas och få fäste samt att tröttheten styr omfattningen av den.

Vår studie visar att alla tankar om att vilja vara den bästa mamman i världen för sitt barn ger en psykisk stress som är svår att hantera. För friska mammor är denna stress hanterbar och de klarar av att sänka sin prestationsnivå efter ork och förmåga, utan att för den delen känna sig misslyckade och värdelösa. Det som däremot kännetecknar den depressiva mamman är att hon inte har kraften och det logiska resonemanget i sin nya situation. Alla stressfaktorer leder till känslor av hopplöshet, som i sin tur leder till tankar om att vara den sämsta mamman i världen. Fås inte hjälp i detta läge är risken för ödesdigra konsekvenser enorm. En människa som lider enligt Dahlberg m.fl. (2003) bär på en ängslan och oro som drar henne allt djupare och djupare ner i det onda. De negativa tankarna får makt över henne och hon fylls med skam och skuld. De negativa konsekvenserna bekräftas av Paris, Rendelle, Bolton och Weinberg (2008). Mammorna med PPD ser sig själva som värdelösa och tror även att andra gör det. Denna skam och förnedring de känner, triggar igång tankar om att skada barnet eller sig själva. De tror att andra får det bättre utan dem (a.a.).

I reslutatet framkom det att mammorna tyckte det var en märklig situation att inte vilja beröra och vara med sina barn. Det var ju precis det som de längtat efter så länge och de hade föreställt sig hur det skulle vara när barnet väl kom och vilken lycka de då skulle uppleva. Men de uteblivna moderskänslorna och att inte känna samhörighet med sitt barn kom som en chock för mammorna. Att bli lämnade med det stora ansvaret för de små hjälplösa barnen fick mammorna att ångra att de överhuvudtaget skaffat barn och det fanns stunder då de även ifrågasatte om de hade fött barn och ville inget hellre än fly. Den förväntade lyckan som uteblev ersattes istället av fantasier om hur de ville skada sina barn. När de var ute och såg hur andra mammor var så stolta och gladdes åt sina barn blev de avundsjuka. De upplevde dock små strimmor av ljus, de negativa tankar och uteblivna känslor de kände var borta när de var ifrån sina barn och mammorna kom på att de saknade sitt barn. Dahlberg m.fl. (2003) menar att när en individs vardagsrutiner kommer i obalans, genom till exempel sjukdom, skapas en otrygghet. Om rutinerna inte kan återställas kan ändå en viss trygghet uppnås genom kontroll över den nya situationen. Detta påvisar Tatano Beck (1996) som förklarar att mammor som tidigare varit självständiga och haft ett bra självförtroende nu var osäkra. Mammorna tyckte att ansvaret för barnet var överväldigande och de var rädda att inte klara av uppgiften, de bönade och bad sina män att inte gå till jobbet. I samma studie bekräftas även att mammor som drabbas av PPD påtvingar sig själva tankar om hur de är de sämsta mammorna i världen och är fyllda med skuld på grund av att de inte kan älska sina barn som de hade förväntat sig att göra. Ett sätt för dessa mammor att hantera de negativa tankarna och lätta sitt samvete var att ändå försöka sätta barnens behov först. De såg till att barnen inte for illa, de blev badade, matade och hölls torra. Mammorna gjorde även försök till att interagera med barnen genom leende och andra ansiktsuttryck, detta för att mammorna då trodde att barnen inte skulle känna av deras negativa känslor (a.a.).

Även Barr (2008) bekräftar att mammor som lever med PPD har svårt att knyta an till sina barn och att dessa mammor kämpar med sig själva för att hitta en anledning till att älska sitt nyfödda barn. Sättet som de tar hand om sina barn på är rent instinktivt och utan att egentligen ha några känslor, de önskade ofta att de var någon annanstans och var fria att göra vad de ville. Dessa mammor beskriver den nya föräldrarollen som att komma till ett nytt jobb där de måste lära sig nya saker som de inte var tränade för. De jämförde sig med andra mammor såg hur de var med sina barn och tänkte hela tiden att de aldrig skulle bli lika bra som dem (a.a.). Vidare bekräftar Edhborg (2004) att deprimerade mammor spenderar mindre tid med sina

barn. De varken pratar, tittar eller rör vid sina barn i samma utsträckning som friska mammor gör. Barnen till dessa mödrar visar i sin tur en lägre aktivitetsnivå, mindre uppmärksamhet och använder sin röst mer sällan. För att undvika negativa konsekvenser menar Wasserman (2003) att det är viktigt att mammorna får behandling i ett så tidigt skede som möjligt. Det har visat sig att barn till mödrar som haft depression löper större risk att själva drabbas. Jämförelser av barn till deprimerade mödrar och med barn som inte har deprimerade mödrar visar tydligt att barnen till deprimerade mödrar oftare får psykiska störningar och att de senare i livet har svårare att etablera relationer med skolkompisar och med det motsatta könet. Dessa barn presterar även sämre i skolan (a.a.).

Studiens resultat visar att den känslomässiga instabiliteten och det mentala tillbakadragandet leder till allt större isolering från både barnet och övrig omgivning. Svårigheter att fokusera gör att vanlig daglig kommunikation uteblir. Oförstående om vad som egentligen pågår med mammorna själva och livet runt omkring, sluts dem mer och mer inom sig. Det blir allt svårare att företa sig något överhuvudtaget. Enligt Dahlberg m.fl. (2003) används vår kropp till att integrera med vår omgivning. Lidande och ohälsa handlar om en förlorad förmåga, en förlorad tillgång till livet och skapar obalans i tillvaron. Tillvaron blir lika skör som den subjektiva kroppen. Clark Aamankwaa (2003) bekräftar hur nyblivna mammor med PPD känner att de tappar kontrollen över alla eller vissa förmågor i livet. Förmågan att kunna ta hand om sig själv, sitt barn och familjen. När denna oförmåga infann sig hade mammorna nått det djupaste stadiet i sin PPD. I detta tillstånd kunde inte mammorna längre ha kontroll av vad som hände runt omkring dem, klara av sina dagliga aktiviteter eller hantera sina negativa skadliga tankar. Det är i detta stadium som de flesta självmordsförsök görs. Den här upplevelsen förtydligas genom en av mammorna berättelse i ovanstående studie där hon beskriver hur hon gjorde allt för att fokusera på en sådan annars enkel sak som att tvätta ansiktet. Hon stirrade på tvålen och försökte komma ihåg den rutinen, men klarade helt enkelt inte av de olika momenten som krävdes för att göra det (a.a.).

Skam och skuld över sina känslor gör att mammorna i studien inte vill delge sina närmaste de tankar de har. Anhöriga ser att något är fel men kan inte förstå vad. Brist på kommunikation gör att mammorna känner sig ensamma, rädda och otrygga med det ansvar de får. Med tiden blir papporna och övriga anhöriga mer trötta och irriterade på mammorna och vill att de ska rycka upp sig eller söka hjälp. Eftersom papporna får ta större ansvar hemma både dag och natt utöver sina ordinarie jobb och känner hur situationen blir mer och mer ohållbar, växer en frustration över att mammorna inte blir bättre. Detta leder till stora slitningar i äktenskapet.

Blume och Sigling (2008) menar att säga åt en deprimerad person att rycka upp sig är för henne lika omöjligt att klara av som att be henne lyfta sig själv i håret. Edhborg et al. (2005) poängterar att mycket av glädjen och lyckan som mammorna med PPD förväntades ha försvinner. Mammorna tycker att papporna jobbar för mycket och har det lyxigt som får åka till jobbet, att de inte är tillräckligt engagerade i varken dem eller i barnet och uttrycker att ingen hjälp fås med barnet. Pappornas beteende väcker mycket ilska, irritation och besvikelse. På grund av detta känner mammorna att äktenskapet är i fara. Letourneau, Duffett-Leger, Stewart, Hegadoren, Dennis, Rinaldi & Stoppard (2007) menar att 95 % av deltagarna ser sin familj som den främsta resursen och tryggheten efter att de drabbats av PPD. Främst är det mannen som får den rollen. Genom att avlasta i hemmet, försöka få grepp om situationen och ge utrymme för den nyblivna mamman att visa sin oro och ångest. Hjälpa mamman att själv försöka vara ansvarig för det nyfödda barnet medan han inte finns tillgänglig. Men även kvinnliga relationer så som mamman, svärmor, goda vänner och sjukvården är väldigt viktiga för den fortsatta tryggheten. Dahlberg m.fl. (2003) poängterar att en god vårdrelation som ger

välbefinnande och lindrar lidande kräver ett fungerande livsvärldsperspektiv och en fungerande relation mellan vårdare och patient.

Resultatet visar att mammorna ofta tänker tillbaka på tiden innan barnet kom där de var mer självständiga och kunde koncentrera sig mer på sig själva och sina karriärer. De minns ofta den tiden som lycklig, kravlös och att de hade en egen identitet och inte var bunden till någon annan. Genom att vara hemma har de så många andra roller, som att vara mamma, fru och hushållerska och att deras egen personlighet därför har kommit i skymundan. Edhborg, et al., (2005) påvisar hur mammor med PPD kämpar för att återta sin identitet och återgå till sina karriärer. När de är hemma förknippas de bara med barnet och är en något osynlig person som alla tar för given. På jobbet får de en bekräftelse som inte fås hemma och mammorna känner därför att för mycket tid tas från jobbet.

SLUTSATS

I denna studie har det framkommit att upplevelserna som finns i en PPD styr hela tillvaron för mammorna. Mammorna beskriver detta som något ont och mörkt inom sig, något som känns hopplöst, en slags besatthet av demoner som aldrig tycks vilja lämna dem. Uppmärksammas inte problemen i ett tidigt skede kan det få förödande konsekvenser för hela familjen. Sjuksköterskan har en viktig roll i att upptäcka och informera gravida och nyblivna föräldrar. Det är viktigt att även pappan får ta del av informationen vad gäller PPD eftersom han då fungerar som ett par extra ögon till mamman och kan stötta och få mamman att inse att hjälp behövs när hon inte själv är medveten om behovet. Mamman skäms ofta över känslorna hon har och vill varken prata om det än mindre söka hjälp för det. Kommer information från mödravård och övrig sjukvård redan under graviditeten om sjukdomens symtom och hur vanligt det egentligen är med PPD, kan mammorna bli mer medvetna och förberedda. Ges även allmänheten information kan de drabbade mammorna upptäckas av fler i sin närhet och problemet blir mer öppet och inte så tabubelagt. Skamkänslor kan minskas och mammorna söker förhoppningsvis hjälp. Sjuksköterskor som möter nyblivna mammor bör ha kunskap om problemets omfattning och konsekvenser. Det är viktigt att sjuksköterskorna vågar fråga och ta upp ämnet eftersom mammorna själva oftast inte inser att de ligger i riskzonen för att drabbas av PPD.

Det finns idag mycket forskning kring PPD och hur mammorna mår. Färre studier har gjorts av hur barnet och pappan påverkas av PPD:s konsekvenser. Det vore därför intressant att göra fortsatta studier kring hela familjens upplevelser, eventuellt i form av en empirisk studie.

REFERENSLISTA

Barr, J.A. (2008). Postpartum depression, delayed maternal adaptation, and mechanical infant caring: A phenomenological hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 45, 362–369.

Bengtsson, J. (red.) (2005). *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.

Blume, B., & Sigling, I.-L. (2008). *Psykiatrins ABC*. Stockholm: Liber AB.

Corwin, J. E., Brownstead, J., Barton, N., Heckard, S., & Morin, K. (2005). The Impact of Fatigue on the Development of Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. Vol. 34:5, 577-586.

Cullberg, J. (2005). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Edhborg, M. (2004). *Postpartum depressive symptoms in family perspective: some indicators experiences and consequences*. Diss. Karolinska Institutet. Stockholm: Karolinska University Press.

Edhborg, M., Friberg M., Lundh W., & Widström, A.-M. (2005). Struggling with life: Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 33, ss 261-267.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (red.) (2007). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studenlitteratur.

Gjerdingen, D. K., & Yawn, B. P. (2007). Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. Vol. 20:3, 280.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, Vol. 24:2, 105-112.

Kauppi, A., Kumpulainen, K., Vanamo, T., Merikanto, J., & Karkola, K. (2008). Maternal depression and filicide—case study of ten mothers. *Archives of Women's Mental Health*. Vol. 11:3, 201–206.

- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C-L, Rinaldi, C., & Stoppard, J. (2007). Canadian Mothers ' Perceived Support Needs During Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Vol. 36: 5, 441,444.
- Leung, S., Arthur, D., & Martinsson, I. (2005). Stress in women with postpartum depression: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 51:4, 353–360.
- Norstedts Stora Engelsk – Svenska Ordbok (2000). Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag AB.
- O'Hara, M.W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. Vol 8, 37-54.
- O'Keeffe, Geraldine (2008). *The Stork's Revenge: My Struggles and Triumphs over Postpartum Depression*. Oregon: Wyatt – MacKenzie Publishing, Inc.
- Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Paris R., Rendelle E., Bolton M., & Weinberg K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Womens Mental Health*, Vol. 12, 309–321.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Runquist, J. J. (2007). A depressive symptoms responsiveness model for differentiating fatigue from depression in the postpartum period. *Archives of Womens Ment Health*. Vol. 10, 267–275.
- Shields, B. (2006). *När regnet faller: Min väg ur förlossningsdepression*. Stockholm: Prisma.
- Tatano Beck, C. (2002). Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research*. Vol. 12: 4, 453-472.
- Tatano Beck, C. (1996). Postpartum Depressed Mothers' Experiences Interacting With Their Children. *Journal of Nursing Research* vol. 45:2, 98-104.
- Wasserman, D. (2003). *Depression en vanlig sjukdom, symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Finland: Natur & Kultur.
- Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Postpartum Depression. *New England Journal of Medicin* vol. 347:3, 194-199.
- Zahn, T. (2006). *Why I Jumped: My True Story of Postpartum Depression, Dramatic Rescue & Return to Hope*. Michigan: Revell Grand Rapids.

BILAGOR

Bilaga 1 – Litteratursökning.

Sökkälla	Datum	Sökord	Kriterier	Träffar	Läst handling	Utvalda
Biblioteket Gräsvik	2009-05-07	Postpartum-depression Förlossnings-depression Självbiografi	Egenförfattad självbiografi, Svensk eller engelsk text.	65 st.	20 st.	0 st.
Stadsbiblioteket Karlskrona	2009-05-07	Postpartum-depression Förlossnings-depression Självbiografi	Egenförfattad självbiografi, Svensk eller engelsk text.	3 st.	2 st.	1 st.
Internetsajt Adlibris	2009-06-04	Postpartum-depression Förlossnings-depression Självbiografi	Egenförfattad självbiografi, Svensk eller engelsk text.	41 st.	32 st.	2 st.

Bilaga 2 – Analysförfarande.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<i>Jag var inte bara känslös och gråtmild, som man sagt mig att jag kanske skulle vara. (...) Det kändes som om den aldrig skulle försvinna.</i> (Shields, 2006, s. 69)	Känslan av tårar och sorg som inte vill försvinna.	Oändlig nedstämdhet.	Känslomässig berg- och dalbana.	Mitt inre kaos.
<i>Jag hade alltid föreställt mig att det skulle uppstå ett ögonblickligt band mellan oss, men hur mycket jag än stirrade tyckte jag mig inte uppleva något sådant.</i> (Shields, 2006, s. 61)	Uteblivna moders känslor.	Att inte känna samhörighet.	Att inte knyta an.	Mitt allt, mitt ingenting.
<i>..., staring blindly at the refrigerator. I was suppose to be making dinner but I couldn't focus enough to decide what to make, much less how to make it.</i> (Zahn, 2006, s. 140).	Att inte kunna genomföra det jag tänkt mig.	Obeslutsamhet.	Att känna sig handlingsförlamad.	Oförmögen att integrera.
<i>I am suicidal and thinking about ending my life during christmas.</i> (O'Keefe, 2008, s.71).	Jag överväger att ta mitt liv.	Själv mordstankar	Destruktiva tankar och handlingar.	Mitt inre kaos.

