



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa HT-18

Deprimerade mammors upplevelser av anknytning till sitt barn under och efter graviditet

En intervjustudie

Experiences of depressed mothers in relation to mother-child attachment during and after pregnancy

An interview study

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2018

Författare

Fadumo Nor

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Författare

Nathalie Famili

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare

Katarina Kornaros

Socionom

MSc i psykologi,

Doktorand

Examinator

Amani Eltayb

Med Vet. DrPhD. Postdok

SAMMANFATTNING

Introduktion: Depression under och efter graviditet kan leda till flera negativa konsekvenser för både mammor och barn. En obehandlad depression kan påverka anknytningen mellan mamma och barn och slutligen riskera att påverka barnets framtida utveckling i negativ riktning. Enligt studier finns vissa brister i allmän kunskap gällande psykisk ohälsa, och en del barnmorskor upplever svårigheter i att samtala kring ämnet, vilket kan leda till att det är svårare att identifiera depression.

Syfte: Att beskriva hur mammor som varit deprimerade under och efter graviditet upplever anknytning till sitt barn.

Metod: Kvalitativ intervjustudie i vilken sju mammor deltog. En intervjuguide med öppna frågor utformades och det insamlade materialet transkriberades och analyserades med hjälp av tematisk analys.

Resultat: Analysen resulterade i tre övergripande huvudteman, med tillhörande underteman, som beskriver känslorna under graviditeten, första tiden efter förlossningen och idag. De ambivalenta känslorna som upplevdes under graviditeten har sammanfattats under huvudtemat; *motstridiga känslor under graviditeten* där tre underteman framkom; *förväntningar på föräldrarollen, oro och rädsla* samt *hatkärlek till sitt barn*. Mammornas upplevelser och känslor under första tiden efter förlossningen resulterade i huvudtemat; *insikt gällande den bristande relationen till sitt barn* och tre underteman; *icke uppfyllda förväntningar, ensamhet* och *acceptans*. Mammornas upplevelser av anknytningen idag sammanställdes i huvudtemat; *kompensation för den ofullständiga första tiden* som kom till uttryck i ett undertema; *symbios*.

Slutsats: Mammorna upplevde bristande anknytning till sitt barn under och efter graviditet. Idag upplever de dock att de har en god relation. Resultatet visar på att mammornas acceptans för de bristfälliga känslorna till barnet tycks ha en läkande inverkan på relationen. Det är av vikt att barnmorskan pratar öppet med blivande föräldrar om anknytning och realistiska förväntningar på föräldrarollen för att minimera risken för psykisk ohälsa, förhindra anknytningsproblematik och även senare konsekvenser för barnets utveckling.

Nyckelord: Anknytning/bindning, depression, graviditet, postpartum, upplevelser, kvalitativ

ABSTRACT

Introduction: Depression during and after pregnancy can lead to several negative consequences for both mothers and children. An untreated depression can affect mother to child attachment which eventually may impact child's future development in a negative way. According to previous studies, there is a lack of knowledge regarding mental illness, and some midwives experience difficulties talking about the subject, which may lead to more difficulties in identification of depression.

Aim: To describe how mothers who have been depressed during and after pregnancy experience the attachment to their child.

Method: Qualitative interview study design was used in which seven mothers participated. An interview guide with open questions was designed and the collected material was transcribed and analyzed using thematic analysis.

Result: During data analysis three main themes were recognized, with associated sub themes, describing the feelings during pregnancy, after pregnancy and today. The ambivalent feelings experienced during pregnancy have been summarized under the main theme; *contradictory feelings during pregnancy* where three sub themes emerged; *expectations of parenting, concern and fear* and *love-hate for the child*. The mother's experiences and feelings after pregnancy resulted in the main theme; *insight regarding the lack of relationship with the child* and three sub themes; *unfulfilled expectations, loneliness* and *acceptance*. The experiences of the attachment today were expressed in the main theme; *compensation for the incomplete first time* and appeared in one sub theme; *symbiosis*.

Conclusion: The depressed mother's experienced some kind of detachment to their child during and after pregnancy. According to the mothers today, they have developed a good relationship to their child. Mother's acceptance of feeling depressed and detached to their child helped them to develop and improve the relationship. Midwives can explain to parents the potential effects of high expectations regarding parenthood to prevent mental illness and possible attachment problems which can have an impact on child's development.

Keywords: Attachment/bonding, depression, pregnancy, postpartum, experiences, qualitative

CENTRALA BEGREPP

Anknytning: Inom psykologin används vanligen begreppet *anknytning* när det handlar om barnets bindning till föräldrarna eller annan vårdare och begreppet *bindning* då man talar utifrån föräldrarna eller vårdarna. I denna studie används begreppet *anknytning* oavsett perspektiv för att underlätta läsningen.

Postpartumdepression: Även kallat *förlossningsdepression*. Depression som kan drabba nyblivna mödrar efter förlossning. Begreppet *förlossningsdepression* används i denna studie.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
INTRODUKTION	1
Känslomässiga förändringar under graviditet	1
Depression	1
Anknytning	3
Hur barnmorskan uppmärksammar och handlägger psykisk ohälsa	4
Problemformulering	5
SYFTE	6
Frågeställningar	6
METOD	6
Studiedesign	6
Urval	6
Datainsamling	7
Dataanalys	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
Motstridiga känslor under graviditeten	10
<i>Förväntningar på föräldrarollen</i>	10
<i>Oro och rädsla</i>	11
<i>Hatkärlek till sitt barn</i>	12
Insikt av den bristande relationen till sitt barn	12
<i>Icke uppfyllda förväntningar</i>	13
<i>Ensamhet</i>	14
<i>Acceptans</i>	15
Kompensation för den ofullständiga första tiden	16
<i>Symbios</i>	16
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	20
SLUTSATS	23
STUDIENS BETYDELSE	23
FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	24
REFERENSLISTA	25

Bilaga 1: Informationsbrev	32
Bilaga 2: Samtycke	33
Bilaga 3: Intervjuguide	34
Bilaga 4: Bakgrundsfrågor	35

INLEDNING

Under vår tid på barnmorskeutbildningen har vi fått kunskap om att depression under och efter graviditet kan leda till negativa konsekvenser för mamma och barn. Som barnmorskestudenter har vi, under vår verksamhetsförlagda utbildning, upplevt att barnmorskor som arbetar inom mödrahälsovård har god kunskap gällande att identifiera medicinska risker för gravida kvinnor och det väntade barnet samt handlägga och vidta relevanta åtgärder. När det gäller psykisk ohälsa upplever vi däremot motsatsen. Kunskapen för att kunna identifiera depression och anknytningsproblematik finns, men att barnmorskor verkar drabbas av viss osäkerhet i mötet med dessa kvinnor vilket gör att de inte vet hur de bör gå djupare in på ämnet för att skapa en bättre förståelse av problematiken. Under vår barnmorskeutbildning har vi fått kunskap om depression och anknytningsproblematik, och i vår framtida yrkesroll som barnmorskor kommer vi att möta dessa kvinnor. Därför finns ett intresse i att bredda kunskapen avseende deprimerade mammors egna upplevelser av anknytning för att på så sätt förhindra framtida negativ påverkan på barns utveckling.

INTRODUKTION

Känslomässiga förändringar under graviditet

Att få barn är vanligtvis förknippat med glädje och de flesta kvinnor känner sig kluvna och upplever en viss ambivalens inför en graviditet (Buultjens & Liamputtong, 2007; Ryding, 2014). Under en graviditet genomgår kvinnor både psykologiska och fysiologiska förändringar och förväntat beteende är att de blir emotionellt känsligare, mer labila och kan ha svårt att känna igen sig själva (Lilja, Edhborg, & Nissen, 2012; Ryding, 2014). Övergången till föräldraskap ställer krav på kvinnor och deras partner vid anpassning till den nya situationen (Lilja et al., 2012). En graviditet och första tiden efter förlossningen innebär en psykisk påfrestning för kvinnan vilket kan medföra att psykisk ohälsa kan recidivera eller debutera (Socialstyrelsen, 2014b).

Depression

Depression definieras som en episod som varat i minst två veckor med minst fem av följande symtom; ångest, förändrad aptit eller vikt, sömnstörning, psykomotorisk agitation eller hämning, svaghetskänsla eller upplevelse av energiförlust, känslor av att vara värdelös eller inadekvata skuld känslor, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga och/eller återkommande tankar kring döden. Ett symtom, utöver fem av de ovanstående ska antingen vara nedstämdhet, självupplevd eller observerad av andra, minskat intresse för eller minskad glädje av aktiviteter (Josefsson & Lilliecreutz, 2014; Rubertsson, 2016) för att diagnostiseras med depression.

En depression under graviditet skiljer sig inte i symtomen i jämförelse med en allmän depression men kan vara svårdiagnostiserad eftersom symtom som trötthet, sömn- och aptitstörningar kan bero på graviditeten (Josefsson & Lilliecreutz, 2014; Rubertsson, 2016). Prevalensen för kvinnor som är deprimerade under graviditeten är cirka 10-15% (Josefsson & Lilliecreutz, 2014; Rubertsson, 2016; World Health Organization [WHO], 2017). Psykisk ohälsa under graviditet innebär ett stresstillstånd för kvinna och foster, och med obehandlad psykisk sjukdom riskerar man försämrade kapacitet att ta hand om sitt barn. Kvinnor som är deprimerade under graviditet och inte får behandling har en markant ökad risk att utveckla en förlossningsdepression (Josefsson & Lilliecreutz, 2014).

Upp till 15% av alla mammor insjuknar i en förlossningsdepression som kräver behandling men ännu fler drabbas i mildare grad av depressiva symtom (Josefsson & Lilliecreutz, 2014; Socialstyrelsen, 2014b; Vårdgivarguiden, 2017b; WHO, 2017). Sjukdomens debut sker vanligen inom de tre första månaderna efter förlossningen och oftast blir kvinnan frisk från sin depression inom några månader men upp till 25% av kvinnorna är fortfarande deprimerade då barnet är 1 år om inte behandling har påbörjats (Josefsson & Lilliecreutz, 2014; O'Higgins, Roberts, Glover, & Taylor, 2013). Kvinnor som haft någon form psykisk ohälsa eller tidigare har haft en förlossningsdepression har en förhöjd risk att drabbas. Avsaknad av socialt stöd från sin omgivning (Ohara et al., 2017; Socialstyrelsen, 2014b; Socialstyrelsen, 2017), svåra livshändelser eller problem i partnerrelationen kan också innebära en ökad risk (Socialstyrelsen, 2017).

Depression under och efter graviditeten är ett tillstånd som kan leda till bland annat prematuritet (Grigoriadis et al., 2013; Josefsson & Lilliecreutz, 2014; Nonnenmacher, Noe, Ehrenthal, & Reck, 2016) och låg födelsevikt (Josefsson & Lilliecreutz, 2014). Depression under graviditet och under barnets första levnadsår kan få långsiktiga konsekvenser för barnet och studier pekar på ett tydligt samband med anknytningsproblem (Dubber, Reck, Müller, & Gawlik, 2015; Josefsson & Lilliecreutz, 2014; Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, 2006; Socialstyrelsen, 2017; WHO, 2017). En depression kan även påverka barnets utveckling och kan förorsaka framtida beteendeproblem, kognitiva och emotionella problem hos barnet (Gerhardt, 2015; Josefsson & Lilliecreutz, 2014; Moehler et al., 2006; Monk et al., 2016).

Deprimerade kvinnor kan ha svårigheter att hitta en balans mellan sina förväntningar på föräldrarollen och hur verkligheten ser ut (Alhusen, Hayat, & Gross, 2013; Lilja et al., 2012;

Wilkinson & Mulcahy, 2010) och kvinnor med en förlossningsdepression har en signifikant ökad risk för anknytningsproblem jämfört med friska kvinnor (Nonnenmacher et al., 2016).

Flera studier beskriver att deprimerade kvinnor känner skam och uttrycker en stigmatisering relaterat till sin depression. Många kvinnor betraktar sig själva som misslyckade, svaga och ser på sig själva som dåliga mammor för att de drabbats av en förlossningsdepression. Att ses som deprimerad upplevs dock som mer accepterat än att stämplas som en dålig mamma (Bilszta, Ericksen, Buist, & Milgrom, 2010; Hadfield & Wittkowski, 2017).

Anknytning

John Bowlby (1907-1990) var en barnpsykiater från England och la grunden till anknytningsteorin som presenterades i slutet av 1960-talet. Enligt Bowlby har människan en medfödd förmåga att knyta nära känslomässiga band till sina föräldrar (Grina, 2015) eller annan omvårdare som ger skydd, värme, tröst och lugn för att kunna överleva (Myndigheten för familjerätt och föräldrastöd [MFOF], 2013). Utvecklingen av anknytningen kommer att ligga till grund för allt relationsskapande i framtiden. Enligt Bowlby föds man med anknytningsbeteenden vilka gör att anknytningspersonen blir omhändertagande (Grina, 2015; MFOF, 2013). För att en trygg grund ska utvecklas måste anknytningspersonen uppmuntra, finnas nära till hands, vara beredd att reagera då det behövs och glädjas med barnet i dess utforskande av omvärlden (MFOF, 2013). Om en förälder inte har ett bra förhållande till sina egna känslor, kan de uppleva svårigheter att ta hand om sitt barn och uppmärksamma sitt barns signaler och känslor (Gerhardt, 2015; Socialstyrelsen, 2014b). Omvårdnadsbeteenden är ärftliga men formas också av individens egna erfarenheter av att ha fått omvårdnad (MFOF, 2013).

Anknytningen mellan mamma och barn sker successivt och förstärks i både kvalitet och intensitet ju längre graviditeten fortskrider (Busonera, Cataudella, Lampis, Tommasi, & Zavattini, 2016; Rossen et al., 2017). Utvecklingen av anknytningen börjar i första trimestern av graviditeten och brukar benämnas som *fusionsfasen* och kännetecknas av ambivalens hos den gravida kvinnan (Vårdgivarguiden, 2016). Den handlar om att förstå, acceptera och integrera graviditeten och fostret som en del av sig själv (Ryding, 2014). *Differentieringsfasen* (andra trimestern) innebär att förstå att fostret är en egen individ inne i livmodern. Oftast förstår kvinnan detta när hon börjar känna fosterrörelser, vilket innebär en påminnelse om fostrets existens och möjliggör för kvinnan att lättare knyta an till sitt väntade barn (Malm, Hildingsson, Rubertsson, Rådestad, & Lindgren, 2016; Ryding, 2014). Kvinnan kanske börjar fundera på hur hon kommer att bli som mamma, planera

inför nedkomsten, börjar lyssna på och prata med det väntade barnet (Vårdgivarguiden, 2016). *Separationsfasen* (tredje trimestern) är när kvinnor börjar längta efter att barnet ska födas, förbereder sig på förlossningen och förbereder inför första tiden hemma (Vårdgivarguiden, 2016).

Faktorer som kan gynna anknytning är bland annat fosterrörelser, stöd från partner och släkt (Busonera et al., 2016; Georgsson, 2016; Grina, 2015; Ohara et al., 2017) och kan även underlättas av en positiv amningsupplevelse (Grina, 2015; Rossen et al., 2017) och hud-mot-hudkontakt (Altaweli & Roberts, 2010). Depression, oro och våld är några faktorer som tvärtom kan påverka anknytning negativt (Georgsson, 2016). Ju bättre anknytning mammor har till sitt väntade barn redan under graviditeten desto mindre anknytningsproblem har man sett efter förlossningen (Dubber et al., 2015).

Hur barnmorskan uppmärksammar och handlägger psykisk ohälsa

Mödrahälsovården (MHV) arbetar hälsofrämjande och förebyggande för att identifiera risker för ohälsa och för kvinnor och barn under och efter graviditet samt under spädbarnstiden (Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi [SFOG], 2016). Enligt Socialstyrelsen (2017) ska förebyggande arbete ske genom samverkan mellan mödrahälsovården (MHV) och barnhälsovården (BHV) för att förebygga psykisk ohälsa.

Barnmorskan arbetar utefter ett medicinskt och ett psykologiskt basprogram under graviditeten till och med 6-12 veckor efter förlossningen då det utförs en efterkontroll. Det medicinska basprogrammet syftar till att identifiera risker och upptäcka graviditetskomplikationer vilket möjliggör att tidigt vidta åtgärder som förebygger allvarliga följder för mamma och barn (SFOG, 2016; Vårdgivarguiden, 2017b). Det psykologiska basprogrammet syftar till att följa kvinnans psykiska hälsa och den psykologiska omställningen som genomgås under graviditeten. Det ingår också att identifiera eventuella stödbehov samt stödja familjen i den nya situationen och konstellationen för att främja ett gott föräldraskap samt gynna barnets utveckling (Ryding, 2014; SFOG, 2016). Barnmorskan inhämtar en fördjupad anamnes om hereditet för psykisk sjukdom, aktuell eller tidigare psykisk ohälsa, tidigare och pågående vårdkontakter samt behandling. Vid tecken på dålig anknytning till det kommande barnet och nedstämdhet bokas minst ett extra besök in utöver basprogrammet (Vårdgivarguiden, 2017b).

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) är ett, av flera, självskattningsformulär som används som screeninginstrument för att identifiera kvinnor med depressiva symtom (Rubertsson, 2016;

Vårdgivarguiden, 2017a). Formuläret består av tio påståenden om mammas stämningsläge de senaste sju dagarna som poängsätts från 0-3 enligt ett schema (Vårdgivarguiden, 2017a). Höga poäng tyder på risk för depression och ska följas upp i ett stödsamtal av barnmorska eller BHV-sjuksköterska vilket avgör hur vidare handläggning ska ske (Rubertsson, 2016). En del BHV-sjuksköterskor upplever dock att stödsamtalen är svåra att genomföra på grund av bristande ämnes- och terapikunskap. Att remittera föräldrar och barn till andra vårdinsatser upplevs ineffektivt och otillgängligt (Kornaros, Zwedberg, Nissen, & Salomonsson, 2018). Vid behov ska kvinnan följas upp av läkare och psykolog och i de fall där behandling är aktuellt väljs i första hand stödsamtal eller kognitiv beteendeterapi. Det kan även vara nödvändigt med medicinsk behandling (Rubertsson, 2016). EPDS är validerad för användning under graviditet (Rubertsson, 2016) men används idag främst vid ett rutinemässigt besök på BHV eller vid efterkontrollen hos barnmorskan vid samma tidpunkt (Sydsjö & Svanberg, 2016; Socialstyrelsen, 2014a).

Studier tyder på att barnmorskor är eniga om att det är av vikt att tidigt identifiera depression (Bayrampour, Hapsari, & Pavlovic, 2018; Vik, Aass, Willumsen, & Hafting, 2009; Williams, Turner, Burns, Evans, & Bennert, 2016) men att det ibland upplevs som svårt att skilja på graviditetssymtom och symtom för depression (Williams et al., 2016). Barnmorskor i studien påtalar att sättet de ställer frågan om depression på måste anpassas efter den gravida och några barnmorskor menar att raka frågor är att föredra för att den gravida inte ska känna sig stigmatiserad och att nyckeln är att känna sig bekväm med att ställa dessa typer av frågor. Det framkommer att barnmorskor upplever det som lättare att samtala kring ämnet när en relation och ett förtroende har skapats (Williams et al., 2016). Utbildning och god kunskap gällande psykisk ohälsa ökar barnmorskors självförtroende, vilket medför att de blir mer bekväma med att samtala kring och identifiera depression. Detta bidrar till att kunna erbjuda ett optimalt stöd och rätt behandling (Bayrampour et al., 2018; Vik et al., 2009; Williams et al., 2016). Bristande grundläggande kunskap kring psykisk ohälsa kan medföra att barnmorskor finner det oklart när de bör använda EPDS eller andra screeninginstrument som hjälpmedel för att identifiera depression (Bayrampour et al., 2018; Vik et al., 2009).

Problemformulering

En obehandlad depression under och efter graviditet kan leda till anknytningsproblem mellan mamma och barn och kan på lång sikt påverka barnets utveckling. Tidig identifiering och behandling kan förhindra anknytningsproblem. Enligt tidigare studier finns vissa brister i allmän kunskap gällande psykisk ohälsa, och en del barnmorskor upplever svårigheter i att samtala kring

ämnet, vilket kan leda till att det är svårare att identifiera depression och att screeninginstrument som till exempel EPDS inte används. Genom att försöka förstå mammors egna erfarenheter kan det skapa en bättre förståelse för de som drabbas av psykisk ohälsa och kan möjliggöra för barnmorskor inom MHV och BHV-sjuksköterskor att känna sig tryggare med att samtala kring problematiken samt tidigt kunna identifiera symtom och därmed erbjuda rätt stöd och behandling.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva hur mammor som varit deprimerade under och efter graviditet upplever anknytningen till sitt barn.

Frågeställningar

- Hur upplever mamman att anknytningen till sitt barn var under graviditeten?
- Hur upplever mamman att anknytningen till sitt barn var från förlossningen och upp till ett år efter?
- Hur upplever mamman att anknytningen till sitt barn är vid tiden för intervjutillfället?

METOD

Studiedesign

Kvalitativ intervjustudie.

Denna studie syftar till att beskriva mammors upplevelser och därför har kvalitativ metod med intervjuer som datainsamling valts. Intervjuer används för att utforska upplevelser och syftar till att få informanterna till att formulera sina egna erfarenheter i ord och kunna utveckla en djupare reflektion kring erfarenheten (Polit & Beck, 2016).

Urval

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att deltagarna skulle vara mammor över 18 år som har varit deprimerade under och efter sin senaste graviditet oberoende av andra faktorer.

Mammorna skulle kunna kommunicera på svenska i tal och skrift och antal barn var inte relevant men det yngsta barnet skulle vara minst 2 månader gammalt. Ett bekvämlighetsurval gjordes där en allmän förfrågan om intresse om deltagande i en studie om depression och anknytning skickades ut i två forum för föräldrar på facebook med sammanlagt 718 medlemmar. Ytterligare en informant som är bekant till ena författaren tillfrågades om deltagande. De mammor som svarade och visade intresse fick ett mail innehållande bakgrundsfrågor (bilaga 4), som de svarade skriftligt på via mail, för att få reda på om inklusionskriterierna uppfylldes, ett informationsbrev (bilaga 1) och en

blankett om samtycke (bilaga 2). Några av de skriftliga svaren på bakgrundsfrågorna användes i resultatet som komplettering av vissa frågor. Från forumen på facebook visade sex mammor intresse och alla sex uppfyllde inklusionskriterierna. Även ena författarens bekanta uppfyllde inklusionskriterierna.

Datainsamling

Sammanlagt sju informanter rekryterades. Alla var deprimerade både under och efter graviditet. De var mellan 23 år och 32 år gamla och alla hade ett eller två barn. Barnen var 5 månader till 4 år gamla vid intervjutillfället. De som hade två barn hade varit deprimerade både under och efter båda sina graviditeter. De flesta informanterna är idag friska men några av informanterna uppgav att de fortfarande är deprimerade. På grund av att alla informanterna bodde utspritt geografiskt, utom en som bodde i stockholm, valdes telefonintervjuer som insamlingsmetod då det inte var genomförbart att intervjua ansikte mot ansikte. Telefonintervjuer valdes då som metod till alla intervjuer för att erbjuda informanterna så lika förutsättningar som möjligt. Individuella telefonintervjuer med öppna intervjufrågor utfördes i september 2018 och ljudinspelades med smartphone och dator. Inför själva intervjun upprättades en intervjuguide (bilaga 3) enligt Trost (2005) med de frågor som planerats att ställas. Med den första, av sammanlagt sju informanter, spelades en provintervju in, och lyssnades sedan av för att se om intervjufrågorna ledde till tillräckligt noga beskrivningar. Informanten som intervjuades under provintervjun informerades om att svaren eventuellt inte skulle komma att inkluderas i studien om frågorna reviderades efter intervju svaren. Då tillräckligt med data inhämtades användes provintervjun till analysen. Intervjuerna varade mellan 12 och 35 min.

Dataanalys

Det insamlade materialet har genomgått en tematisk analys i sex steg enligt Braun och Clarkes (2006). En tematisk analys är, enligt Braun och Clarke (2006) en metod för att identifiera, analysera och beskriva mönster (teman) från insamlad data där syftet är att få en förståelse för fenomenet i fråga. Efter varje intervju som utfördes transkriberades det ljudinspelade materialet ordagrant av någon av författarna, innan nästa intervju utfördes. På ställen där informanterna exempelvis skrattade eller suckade noterades detta i transkriberingarna. På några ställen i en del av ljudinspelningarna gick det inte att höra vad informanterna sa, då har detta noterats som "ohörbart" i transkriberingarna. Därefter skiftades det ljudinspelade materialet sinsemellan författarna och eventuella fel i transkriberingarna rättades. Detta moment upprepades ytterligare tre gånger för att få en försäkran om att transkriberingarna genomförts korrekt. De intervjuerna som av någon anledning var av sämre ljudkvalitet skiftades ytterligare en till två gånger. Efter transkribering lästes

hela materialet i sin helhet upprepade gånger av båda författarna. Utifrån frågeställningarna kodades materialet i tre olika färger. För att få en överblick av koderna sammanställdes de under respektive frågeställning och kondenserades för att lättare kunna läsa innehållet utan att plocka det ur dess kontext, se tabell 1. Slutligen sammanfördes koder och huvudteman samt underteman kunde formuleras.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Rådata från det transkriberade materialet	Kondenserad kod	Huvudtema	Undertema
<i>“.. jag hade förväntningar på att mina, alla mina drömmar skulle bli uppfyllda och det jag väntat på så länge skulle.. skulle bara.. det skulle bara funka. Ee.. men det blev inte riktigt som jag hade tänkt mig, tror jag.”</i>	Jag hade förväntningar på att alla mina drömmar skulle uppfyllas. Det blev inte som jag hade tänkt mig.	Insikt gällande den bristande relationen till sitt barn	Icke uppfyllda förväntningar

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Enligt Northern Nurses' Federation [NNF] (2003) har denna studie utförts enligt riktlinjer för de fyra grundläggande etiska principerna; *Autonomiprincipen* har beaktats genom att informanternas värdighet, integritet och sårbarhet har respekterats. *Rättvisep principen* har beaktats genom att inte utnyttja någon. *Godhetsprincipen* och *principen om att inte skada* har tagits hänsyn till med avseende att studien ska kunna vara till nytta för den gruppen forskningen inriktar sig på och att avsikt har varit att inte ha en skadlig inverkan på deltagarna.

I enlighet med *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (EPL, SFS 2003:460) och vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) har alla som visat ett intresse för deltagande fått både muntlig och skriftlig information med relevant information som rör studien och deltagande (bilaga 1). Muntligt och skriftligt samtycke till att medverka och tillåtelse att ljudinspela intervjuerna inhämtades (bilaga 2) och utrymme för frågor gavs innan intervjuerna påbörjades. Alla informanter har informerats om att deltagande är frivilligt och att de har rätt att avbryta eventuell

medverkan när som helst utan angiven orsak och att all data inhämtat från den informanten då kommer att raderas. Studien har utförts med syfte att bevara informanternas integritet och alla uppgifter har behandlats konfidentiellt, vilket informanterna informerats om skriftligt och muntligt. Resultatet har avidentifierats och allt inhämtat material kommer att raderas efter att studien har utförts för att ingen informant ska kunna härledas till resultatet. Godkännande från en etisk kommitté är ej av relevans inför denna studie då detta är en magisteruppsats (EPL, SFS 2003:460; Vetenskapsrådet, 2002). Försäkran om att etiskt tillstånd inte behöver inhämtas gjordes innan studien påbörjats. Vid behov av stöd efter intervjun kunde informanterna hänvisas till Katarina Kornaros, handledare till denna magisteruppsats. Ingen av informanterna uttryckte ett behov av stöd.

RESULTAT

Denna studie syftade till att beskriva hur mammor som varit deprimerade under och efter graviditet upplever anknytning till sitt barn. Upplevelserna av anknytningen sammanfattades i tre huvudteman och sju underteman som står för; graviditeten, första tiden och idag, se tabell 2. Under graviditeten upplevde informanterna motstridiga känslor för sin graviditet och inför sitt väntade barn som kantades av oro och rädsla, hatkärlek till sitt barn och förväntningar på föräldrarollen, som många gånger var orealistiska. Den första tiden efter förlossningen sammanfattar informanternas upplevelser när de förstod att förväntningarna de haft på föräldraskapet under graviditeten inte stämde överens med verkligheten, känslor av ensamhet i sin situation och acceptansen de fick när de förstod hur dåligt de mårde och insåg att de hade, eller inte hade, känslor för sitt barn. De beskrev att de idag försöker kompensera för hur de kände för sitt barn under graviditeten och den första tiden vilket i vissa fall utvecklats till en nästintill symbiosliknade relation till sitt barn.

Tabell 2. Huvudteman och underteman.

Huvudtema	Undertema
Motstridiga känslor under graviditeten	- Förväntningar på föräldrarollen - Oro och rädsla - Hatkärlek
Insikt gällande den bristande relationen till sitt barn	- Icke uppfyllda förväntningar - Ensamhet - Acceptans

Kompensation för den ofullständiga första tiden	- Symbios
---	-----------

Motstridiga känslor under graviditeten

De ambivalenta känslorna som upplevdes under graviditeten utkristalliserades till tre underteman där varje enskilt tema beskriver de olika känslorna inför det väntade barnet.

Förväntningar på föräldrarollen

Det framkom att de flesta informanterna hade höga, och många gånger orealistiska, förväntningar på sin blivande mammaroll. En tydlig stereotyp om hur en mamma ska vara målades upp. De pratade om förväntningarna som en livsförändrande händelse, att alla drömmar skulle bli uppfyllda och att de skulle få en mening med livet. De som någon gång hade mått dåligt i livet skulle börja må bra;

“Väldigt positiva förväntningar. Och ee.. tyckte att det kunde hjälpa, eller hoppades på att det skulle kunna hjälpa mig. Mitt välmående och hitta en plats i livet. Jamen, då har man helt plötsligt.. någonting att leva för och en uppgift med vardagen. Någon som behöver en..”

Informant 7

En informant berättade om hur hon förväntade sig att fyllas av en omedelbar kärlek till sitt barn, som hon beskrev som den största kärleken som finns, efter förlossningen och hur hon trodde att den känslan skulle komma att kännas;

“.. jag väntade på det här.. halleluja-momentet som ska komma när du ser ditt barn första gången, när du får hålla henne första gången. Jamen när hon hamnar på bröstet, det här wow-ögonblicket.”

Informant 1

Informanterna uttryckte en tydlig besvikelse när de upptäckte att de inte hade förmågan att känna och må så som “man borde känna” under en graviditet. De tyckte om att vara gravida och känna fosterrörelser men kunde inte känna anknytning till fostret i magen som förväntat. Höga förväntningar fanns på att ständigt känna sig lycklig, då de uppfattade att ingen någonsin talade om att känna motsatsen.

En informant beskrev att hon inte hade särskilt höga förväntningar, i motsats till de andra. Hon berättade att när hon blev gravid med sitt första barn, kände hon en öppenhet inför den nya situationen. Hon beskrev graviditetsbeskedet som en positiv överraskning då graviditeten inte var planerad men kände trots det en omedelbar glädje och stark anknytning till det väntade barnet.

Oro och rädsla

De flesta av informanterna uttryckte en stark oro och rädsla inför hur de skulle räcka till eller hur de skulle bemästra mammarollen;

“Ee (suckar) men.. jag var också väldigt.. nervös.. för att.. ja.. jag visste inte riktigt vad man skulle göra när det väl kom en liten bebis. Det kändes väldigt så främmande och jätte.. ja, som ett jättestort steg. Ee.. i livet (suckar).”

Informant 4

En informant särskilt visade oro över att inte duga inför sitt barn;

“Ee, ja.. Att jag hoppades på att jag skulle duga som mamma, mycket. Där de här tankarna alltid gick att jag hoppas att jag duger, kommer duga, att jag kommer göra mitt bästa. Ee.. att.. ja, att jag hoppas ingen kommer ta han ifrån mig eller.. och såna tankar det var mycket som gick, många tankar.”

Informant 2

Rädslan över att inte få ett friskt barn, att graviditeten inte skulle resultera i ett barn över huvud taget, att de skulle förlora barnet under förlossningen eller en kort tid efter beskrevs som oroväckande. En informant beskrev dels att hon kände oro över huruvida fostret sparkade eller inte och försökte ta till vara på graviditeten på grund av rädsla för att det kanske skulle vara den enda tiden hon skulle få med sitt barn. Hon försökte skjuta undan tankarna på hur det skulle vara att bli mamma då hon tidigare förlorat ett barn i sen graviditet;

“Det var, det var någonting som.. var konstigt under den graviditeten eftersom vi inte förväntade oss att det skulle komma ett barn efter förlossningen.”

Informant 6

Hatkärlek till sitt barn

Känslan av hatkärlek till sitt väntade barn var påfallande och beskrevs som en "berg-och-dalbana" där de ena dagen såg fram emot att få vara med om det bästa man kunde i livet medan de andra dagar ville avbryta graviditeten eller adoptera bort sitt barn när det väl var fött. Känslorna kunde yttra sig i att de ena stunden var överlyckliga och i nästa stund kunde gråta i timmar. De kunde känna att de inte ville bli mamma, trots att de planerat och önskat ett barn;

"Ena stunden så men gud, det klart att jag längtar efter den här lilla ungen. Och nästa stund så kände jag väl att nej.. vill jag ha barn? Vill jag vara mamma? Vill jag släppa alla mina.. ja.. saker jag hade för mig livet?"

Informant 5

Först efter rutinultraljudet, när de fick reda på kön, kunde några fantisera om fostret som ett barn, prata om det, ge det ett namn och en identitet. Vid samma tidpunkt utvecklade de även känslor för, och började längta efter att barnet skulle födas. En informant beskrev att hon först då kände anknytning. I kontrast kände en annan informant redan från att hon fick ett positivt graviditetsbesked att hon älskade sitt väntade barn men att hon mot mitten av graviditeten insåg att hon inte hade några känslor, inte kunde känna kärlek och inte heller längtade tills barnet skulle födas;

"Men sen fram mot mitten av graviditeten började jag känna att jag inte hade några känslor för henne. Och jag kunde inte säga att jag älskade mitt barn. Och jag längtade inte till hon skulle födas. Jag.. jag tyckte om att ha en mage men jag.. jag vet inte.. riktigt det som var inuti.. jag kände inte riktigt någonting."

Informant 3

Det gav henne dåligt samvete att hon inte kunde älska sitt barn i magen. Första barnet var planerat och då kände hon omedelbart en kärlek och anknytning till det väntade barnet och andra barnet som var planerat hade hon inte förmåga att känna samma starka känslor för.

Insikt gällande den bristande relationen till sitt barn

Tre underteman identifierades utifrån informanternas upplevelser och känslor från den första tiden med sitt barn.

Icke uppfyllda förväntningar

De upplevde ett bakslag när barnet väl var fött och de höga förväntningarna som informanterna haft på föräldrarollen under graviditeten grusades;

“..alla brukar liksom prata om det här magiska när man ser sitt barn och allting är.. så fantastiskt och.. man älskar sitt barn från allra första stund.. ee.. det upplevde aldrig jag.”

Informant 5

Ytterligare motgångar möttes när förväntningarna de hade haft på att börja må bra så fort barnet skulle vara fött inte besannades;

“Ee.. alltså jag var glad.. över att blivit mamma. Och liksom jag kände en väldigt stor kärlek till.. mitt barn. Men.. jag var också.. ganska liksom avtrubbad och ledsen.. (suckar)”

Informant 6

Trots att flera av informanterna beskrev att de inte kunde älska sitt barn från start och inte kunde uppleva närheten eller kärleken som omgivningen beskrev den, så kände de ändå att de trots detta tyckte mycket om, och brydde sig om sitt barn.

Känslor av osäkerhet i den nya föräldrarollen uttrycktes som frustration när barnet skrek och de inte kunde trösta eller när de konstant behövde underhålla för att barnet skulle vara tillfredsställt. En betungande känsla av att vara låst när bebisen hela tiden satt fast vid en och dikterade vad och när man skulle göra någonting uttrycktes. En informant beskrev vanmakten hon kände med att det inte skulle göra henne så mycket om barnet hade dött under den tidsperioden och att det inte var så “urgulligt och fantastiskt” som hon hade föreställt sig att det skulle bli med ett barn. En känsla av maktlöshet uttrycktes och en önskan om att tiden skulle gå fortare beskrevs;

“Kan inte bara tiden bara gå fortare så denna per.. alltså denna tiden kan bara poff! bort liksom.”

Informant 2

Skuldkänslor, samvetsqual, känslor av otillräcklighet som mamma och oförmåga till att känna de rätta känslorna för sitt barn var en genomgående känsla. De skuldbelade sig själva och uttryckte en maktlöshet om inte barnet gick att trösta eller blev sjuka;

“Det första jag kände var ju att det var mitt fel att hon blev sjuk. Så jag kände att det var ett sorts straff för att jag inte hade älskat henne.. när jag väntade henne.”

Informant 3

En informant berättade om att hon och hennes man hade en lång relation bakom sig och hade försökt få barn under många år och hade en förhoppning och förväntan om att få barn tillsammans med sin man “som alla andra” men att barnet istället blev till via en äggdonation. Informanten fortsätter dela med sig om att detta gjorde att hon hade svårt att ta till sig sitt barn och såg henne som en främling under en lång tid.

Ensamhet

Informanterna upplevde en ensamhet i sitt mående och i sina känslor. Känslan av ensamhet var genomgående, även hos de som hade ett bra stöd av, och vänner och familj i närheten;

“För som gravid och.. alltså att man mår dåligt under graviditet och efter förlossningen så känner man sig väldigt ensam även fast det är långt ifrån ensam man är.”

Informant 1

“..man hör ju aldrig någonting om det. Och det är väl också förståeligt att ingen vågar prata om det. Och man hade ju.. jag hade ju aldrig hört någon. Alltså alla som jag känner som har fått barn har ju alltid varit så jättelyckliga och det har känts så bra.”

Informant 3

De som inte hade partner eller familj och vänner i närheten beskrev att de hade svårigheter i att klara av första tiden med sitt barn och upplevde det som tungt. En informant skildrade tydligt hur ensamheten hade en negativ effekt på relationen till sitt barn, då hon upplevde att han inte fick den uppmärksamhet han behövde;

“.. i slutet så blev det väldigt mycket att han bara fick sitta med ipaden.. och att jag bara liksom.. satt och grät eller var.. var trött.. eller liksom.. ja.. hade hörlurar i, för att jag orkade inte med verkligheten. Och att jag skulle vilja skicka med den liksom.. ja, känslan av att ee.. ing.. att.. liksom den en.. ensamheten.”

Informant 6

De kände sig stundtals som bättre mammor, både för sig själva och för sina barn, om de tryckte undan och inte pratade om sina känslor då rädslan att inte duga eller vara tillräcklig genomsyrade berättelserna. Vidare framgick det att de inte ens ville erkänna för sin partner eller sina närstående, på grund av rädsla för reaktionerna, även om de upplevde att de stod dem nära. Oron över att bli ifrågasatt, eller betraktad som en dålig förälder om de erkände för sin omgivning eller inför vården hindrade de flesta att berätta och be om hjälp utifrån;

“..för mig var det en ganska hög tröskel.. att sitta inför en barnmorska och säg.. eller ehm.. och berätta att jag.. inte.. för att för mig kändes det som att, att liksom att berätta att jag inte räcker till som förälder. “

Informant 6

En avsaknad av stöd från vården och en önskan om att ha blivit uppmärksammade, eller tillfrågade om sitt mående, från vårdpersonal eller vänner och bekanta uttrycktes. Behovet av att prata och att ha ett socialt samspel med andra vuxna beskrevs som en viktig faktor i att inte känna sig ensam men depressionen bidrog till att det var lättare att stänga in sig i hemmet än att träffa andra människor. En informant önskade att vården erbjöd bättre möjligheter för att lättare kunna komma in i det vuxna samspelet.

Acceptans

Flera av informanterna berättade om avgörande händelser som fick dem att inse att de var deprimerade. Antingen fick händelserna dem att förstå att de inte hade haft några känslor alls eller tvärtom kunde de upptäcka att de faktiskt hade starka känslor för sitt barn;

“Så jag hade ju henne hos mig dygnet runt så det gick ju inte heller att skjuta undan känslorna då, att jag.. alltså att jag verkligen älskade henne. Det blev ju så starkt när man hade henne.. dygnet runt och bara låg där på sjukhuset med henne. Och då kände jag ju också att jag verkligen var orolig.”

Informant 3

Först när de blev gravida med, eller fick sitt andra barn, insåg en del informanter hur dåligt de hade mått i sin föräldraroll;

“Eh... jag upptäckte då när jag födde mitt andra barn, då direkt, nästan direkt när hon föddes så märkte jag den här wow-känslan som alla snackade om att man har.. och ska ha. Då blev det.. som en ögonöppnare att, oj vad dåligt jag har mått senaste året, eller senaste två åren, blev det ju. Så det vart ju verkligen en chock (skrattar lite).”

Informant 1

Händelserna gav dem en insikt och acceptans vilket gjorde att de sökte hjälp hos sin barnmorska på mödrahälsovården eller psykolog för sitt dåliga mående på grund av att situationen blev ohållbar. När de fick prata och reda ut allt så började de få känslor för sitt barn;

“Och då, insåg jag att jag hade varit deprimerad för att, då började jag älska mitt barn..”

Informant 5

Kompensation för den ofullständiga första tiden

Som ett resultat av relationen till sitt barn den första tiden återgavs, vid intervjutillfället, beskrivningar som har sammanställts i ett undertema.

Symbios

Mammorna upplever att de idag har utvecklat en nära och trygg, nästintill symbiosliknande relation till sitt barn. Flera av informanterna beskrev att deras barn idag tyr sig till, och föredrar dem framför barnets pappa, vilket medfört att de nu känner sig som en bra förälder och ser det som en av anledningarna till deras nära och starka anknytning. En informant berättade att hon har uppmärksammat och funderat på om relationen som har utvecklats till och med är av osund karaktär då hon upplever att relationen är så tajt att ingen har en chans att släppas in och att alla hamnar utanför deras samspel. Informanterna känner sig idag bekräftade och upplever att barnet har förlåtit dem för deras otillräckliga känslor under graviditeten och första tiden;

“Ee.. idag har vi en jättebra relation. Ee.. nästan lite för bra. Hon ee.. föredrar mig i nittinio lägen utav hundra, mot sin pappa. Ee.. och vår relation är.. alltså.. vi är väldigt, väldigt lika hon och jag, så det är såhär, hon och jag kan.. busa i flera timmar och sen kan vi vara så arga på varandra. Ee.. också.. Eehm.. men.. jamen hon.. det är mig hon söker sig till när hon är ledsen, det är mig hon söker sig till när hon är glad. Ee.. så hon bekräftar min.. att, att jag har kommit över.. eller alltså att.. att vår relation ändå har klarat.. vår tuffa start.”

Informant 5

En informant berättade att hon ville kompensera den första tiden genom att ständigt vara nära sitt barn och skapa minnen på grund av hennes ringa engagemang och otillräckliga känslor under det första året. Informanterna beskrev den nära relationen som kärleksfull där de delar glädje, intressen och leker mycket tillsammans med sina barn. De upplever att en tillit har skapats och ett starkt förtroende för dem har utvecklats;

“Men jag tycker (suckar) vi har en bra relation, jag känner att dom.. dom känner sig trygga med mig. Och jag känner mig trygg i.. att vara mamma till dom. Jag känner att ee.. jag vet vad jag gör.”

Informant 3

METODDISKUSSION

Metoddiskussionen syftar till att påvisa hur studiens kvalitet säkerställts. Kvaliteten diskuteras genom att använda begreppen; trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet, enligt Henricson (2012).

Trovärdighet: Då syftet med denna studie var att beskriva mammors upplevelser av anknytning till sitt barn gjordes bedömningen att en intervjustudie var en lämplig metod. Syftet och frågeställningarna anses ha besvarats med den valda metoden. För att få ett så stort informationsinnehåll och variationsbredd som möjligt har ett bekvämlighetsurval med få inklusions- och exklusionskriterier gjorts, vilket torde göra att trovärdigheten ökar.

Som datainsamlingsmetod användes telefonintervjuer vilket både kan innebära styrkor och begränsningar. Telefonintervjuer valdes som insamlingsmetod då det inte var genomförbart att intervjua ansikte mot ansikte på grund av geografisk spridning av informanterna. Att intervjua på telefon innebär en styrka i den aspekten att informanterna själva kan välja var de vill befinna sig under intervjun, och därmed välja en trygg miljö, vilket enligt Trost (2005) är en förutsättning för en bra intervjuplats. Det kan även innebära en fördel då det möjliggör för informanterna att vara mer “anonyma” vilket kan underlätta för dem att öppna upp sig. I motsats kan det även begränsa informanternas berättelser då de kan uppleva en osäkerhet i att inte kunna se intervjuaren vilket kan försvåra för dem att känna ett förtroende, trygghet och tillit till intervjuaren och därmed bli mer introverta när det gäller att öppna upp sig. Telefonintervjuer kan försvåra ytterligare för informanterna att öppna upp sig då ämnet kan upplevas som känsligt. Ämnet kan ha rört upp känslor hos informanterna men eftersom de ändå var villiga att öppna upp sig och flera av informanterna uttryckte att det är en välbehövad studie så anser författarna ändå att de kände någon

slags trygghet. Att intervjuerna är relativt korta kan innebära en begränsning och intervjuer ansikte mot ansikte kan förmodligen resultera i ett djupare material.

Enligt Trost (2005) kan det vara lämpligt med två intervjuare om ämnesområdet kan uppfattas som "känsligt", vilket delvis har tillämpats i denna studie. En författare höll huvudsakligen i intervjuerna och den andra ställde ibland följdfrågor men båda var med under alla intervjuerna.

Då intervjuaren regelbundet behövde ge ifrån sig ljud som tyder på bekräftelse av närvaro i telefonen kan det ha inneburit ett störningsmoment för informanterna som kan ha kommit av sig i sin berättelse eller beskrivning, vilket kan ha påverkat resultatet. Störande bakgrundsljud hos informanterna kan också ha påverkat resultatet i studien då viktig information möjligen kan ha gått förlorad när författarna ibland inte kunde höra vad som sades.

En intervjuguide med frågor och förslag på stödfrågor (bilaga 3) utformades för att säkerställa att samma information efterfrågades hos samtliga informanter, och som ett stöd för oss som ovana intervjuare (Holme & Solvang, 1997). På grund av ovanan att intervjua kan det slutliga resultatet ha påverkats då intervjuerna tenderade att bli mer djupgående ju fler som genomfördes då intervjutekniken successivt förbättrades. Det hade varit önskvärt att komplettera enstaka intervjuer för att få viss fördjupning i en del av svaren men på grund av svårigheter för informanterna att avsätta tid till intervjuer var detta ej möjligt.

Författarna anser att informationsinnehållet och trovärdigheten ökade genom att intervjua mammorna själva om sina upplevelser av anknytning och inte utifrån någon utomståendes perspektiv. Detta kan även innebära en minskad trovärdighet då informanterna kan försöka leva upp till de förväntningar de tror att forskarna har och därför ger en annan bild av verkligheten (Holme & Solvang, 1997). För att få fram informanternas egna uppfattningar under intervjuerna har författarna försökt få informanterna att känna tillit genom att agera aktiva lyssnare och försökt förstå hur de upplever sin situation genom att ställa följdfrågor och uppmuntrat till att vidareutveckla sina berättelser, för att försöka få fram informanternas egna uppfattningar (Holme & Solvang, 1997).

Den analysmetoden som använts är tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006) då metoden ansågs lämpa sig för studiens syfte. Metoden är mer flexibel och lättanvänd än andra analysmetoder då tillvägagångssättet är riktlinjer och inte regler, varför den metoden valdes (Braun & Clarke, 2006).

För att underlätta analysprocessen, och undvika felaktiga transkriberingar och därmed risk för felaktig analys, skedde transkribering tidsmässigt nära varje avslutad intervju (Dahlberg, 1997). Ljudinspelningarna delades upp mellan författarna och transkriberades ordagrant på varsitt håll och därefter läste och lyssnade båda på varandras ljudinspelningar och transkriberingar för att justera eventuella fel. Under analysprocessen lästes det transkriberade materialet av båda författarna flera gånger i sin helhet, för att bekanta oss med, och utveckla en förståelse för materialet, och kontrollerade mot ljudinspelningarna. Författarna har även låtit handledare till denna magisteruppsats läsa transkriberingarna och diskuterat tillsammans med henne om de första preliminära skapade temana som datan genererade i, för att försäkras om att analysen är grundad i datan, vilket kan ha bidragit till trovärdighet.

Studiens syfte har under hela analysprocessen funnits i åtanke, vilket förhoppningsvis gjort att ingen relevant data oavsiktligt eller systematiskt utesluts och att ingen irrelevant data har inkluderats i resultatet.

En begränsning är att informanterna inte har gått igenom resultatet för att bedöma om de dokumenterade erfarenheterna stämmer överens med deras verklighet (Wallengren & Henricson, 2012).

Pålitlighet: Förförståelse och värderingar kan ha haft viss betydelse för resultatanalysen. Henricson (2012) och Holme och Solvang (1997) menar att det inte går att utesluta att förförståelsen påverkar dataanalysen och resultatet och att varje forskningssituation präglas av författarnas förförståelse och värderingar. Att författarna av studien har olika förförståelse, kunskap, värderingar och olika livserfarenheter gällande depression och barn anses vara en fördel då det kan ha bidragit till studiens pålitlighet. Olika förförståelse leder till olika, och därmed förbättrade möjligheter att se vad texten erbjuder på grund av att man tar sig an händelser på olika sätt och på skilda sätt försöker sätta sig in i den undersöktes situation och därmed kan ha olika idéer om vad problemet egentligen består av (Holme & Solvang, 1997).

Överförbarhet: Polit och Beck (2016) menar att det är läsaren som avgör om uppgifterna i en kvalitativ studie är överförbar i andra sammanhang och det kan vara svårt att återskapa den sociala process som skapas under en kvalitativ intervjusituation (Holme & Solvang, 1997). Överförbarheten kan förhoppningsvis underlättas då vi anser att urvalet av informanter och

datainsamling i denna studie är väl beskrivet. Representativa citat har använts för ett mer djupgående och levande resultat. Då endast sju mammor visade intresse, och medverkade i studien, är det oklart om mättnad av data har uppnåtts. Dock framkom många likheter i svaren vilket kan indikera på mättnad.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna studie var att undersöka hur mammor som varit deprimerade under och efter graviditet upplever anknytning till sitt barn. Förväntningarna på föräldrarollen som beskrivs av informanterna i studien var antingen höga eller låga, och många gånger orealistiskt positiva, vilka beskrevs med att alla deras drömmar skulle bli uppfyllda och att livet skulle ta en vändning och få en mening så fort de blivit mamma. Det fanns även förväntningar på att alltid känna lycka. Ryding (2014) beskriver att känslor under graviditeten som enbart är av positiv karaktär kan leda till att en kris kan inträffa efter förlossningen på grund av att positiviteten kan vara ett sätt att undertrycka känslor av osäkerhet och tvivel. Cullberg (2006) bekräftar detta och menar att starka positiva förväntningar kan innebära ett sätt att förneka realiteten vilket kan bidra till att man känner sig "lurad" och ge uttryck som besvikelse och chock när man möter verkligheten.

Enstaka informanter hade svårt att känna något alls under graviditeten. En informant berättade att hon försökte skjuta undan tankarna på att hon skulle bli mamma under hela graviditeten då hon tidigare hade förlorat ett barn i sen graviditet. Staneva, Bogossian och Wittkowski (2015) beskriver att tidigare förluster som spontanabort förvärrar depression, ångest och ger ökat stresspåslag. Enligt Ryding (2014) kan tidigare förluster i livet komma upp till ytan under en graviditet. Att kvinnan inte alls funderar över graviditeten kan tyda på en bristande anknytning. När man drabbas av en kris kan kroppen reagera med olika försvarsmekanismer, som till exempel *förnekelse* vilket innebär att man registrerar vad som har inträffat men att man förnekar och inte accepterar innebörden (Cullberg, 2006).

Känslor som hatkärlek till det väntade barnet var påfallande och beskrevs som en "berg-och-dalbana" där informanterna ena dagen såg fram emot att bli mamma medan de andra dagar ville avbryta graviditeten eller hade tankar på att adoptera bort sitt barn. Detta bekräftas i en studie som beskriver att många kvinnor förväntar sig att graviditeten, och tiden efter, ska vara som en "dans på rosor" men när dessa förväntningar inte uppfylls kan de ångra graviditeten och ifrågasätta sig själva om varför de ens blev gravida från första början (Bennett, Boon, Romans, & Grootendorst, 2007).

Några informanter kände anknytning och fick känslor för sitt väntade barn först efter rutinultraljudet då barnet plötsligt blev verkligt för dem. Informanternas känslor och insikt bekräftas av Ryding (2014) som beskriver att en del av anknytningsprocessen innebär en insikt i att fostret är en egen individ och att den insikten oftast kommer när kvinnan börjar känna fosterrörelser men även då man får se sitt väntade barn med ultraljud. Fosterrörelser gynnar anknytningen (Georgsson, 2016; Grina, 2015) och Malm et al (2016) menar på att kvinnor som uppmärksammar fosterrörelser, och tycker om känslan av att känna fostret röra sig, har bättre förutsättningar för en god anknytning under graviditeten än kvinnor som inte upplever fosterrörelser lika frekvent. Några informanter beskrev att de tyckte om att vara gravida och känna fosterrörelser men ändå inte kunde känna någon anknytning. Malm et al (2016) menar att en stark känsla av anknytning under graviditeten gör en kvinna mer mottaglig för fostrets rörelser. Barnmorskor inom MHV bör uppmuntra gravida kvinnor att lägga märke till, och fokusera på fosterrörelser för att stärka kvinnans förmåga till att fantasera om barnet och påverka anknytningen i positiv riktning (Malm et al., 2016).

De flesta informanterna kände en besvikelse efter förlossningen på grund av att tidigare förväntningar inte stämde överens med verkligheten den första tiden och att förväntningarna på föräldrarollen inte uppfylldes. I en studie gjord av Buultjens och Liamputtong (2007) beskrev kvinnorna att föräldrablivandet visade sig vara annorlunda än vad de hade förväntat sig. Hadfield och Wittkowski (2017) styrker också detta i sin studie och beskriver att när mammor målat upp en orealistisk förväntan på föräldrarollen och sen inte kan leva upp till idealet som den "perfekta" mamman får de dem att känna sig som sämre mammor. Flera studier beskriver att vårdpersonal bör uppmuntra gravida kvinnor till realistiska förväntningar på föräldraskapet (Hadfield & Wittkowski, 2017; Robakis et al., 2015). Andra studier visar att deprimerade kvinnor kan ha svårigheter att hitta en balans mellan sina förväntningar om att bli mamma och verkligheten (Bilszta et al., 2010; Lilja et al., 2012; Wilkinson & Mulcahy, 2010).

Informanterna i studien uttryckte en osäkerhet i rollen som mamma och blev frustrerade när de inte kunde trösta sitt barn. Rossen et al (2017) beskriver att ju fler timmar av gråt hos det nyfödda barnet desto mer negativ påverkan har det på anknytningen. Mamman kan uppleva att barnets gråt är en återspeglning av hennes förmåga som förälder vilket kan göra att hon kopplar det samman med att hon är otillräcklig som förälder eller är en indikation på sjukdom hos barnet. Vidare lyfter Rossen et al. (2017) att det är svårt att veta om det är barnets gråt i sig som leder till dålig anknytning eller att dålig anknytning skapar oro hos det nyfödda barnet. Ett missnöjt barn kan skapa en oro och en

känsla av hopplöshet hos mamman (Buultjens & Liamputtong, 2007). Brenning och Soenens (2017) beskriver i sin studie att mammor känner sig som en bra förälder när de lyckas trösta sitt barn.

En känsla av ensamhet den första tiden var genomgående hos informanterna, även hos de som hade partner och ett nära socialt nätverk. Flera studier, bland annat en svensk studie, visar att kvinnor som upplever avsaknad av stöd från partner och familj riskerar en sämre anknytning till sitt barn (Georgsson, 2016; Grina, 2015; Rubertsson, Pallant, Sydsjö, Haines, & Hildingsson, 2015). Socialt stöd är en faktor som gynnar anknytning (Rubertsson et al., 2015). En informant skildrade hur ensamheten hade en negativ effekt på relationen till barnet, och berättar att hon ofta lät sitt barn sitta med ipaden och att hon själv satt med hörlurar och grät, för att hon ville fly verkligheten. En del mammor beskrev hur de inte orkade med verkligheten och att det var lättare att stänga in sig i hemmet än att träffa andra människor. Flera studier visar på att deprimerade kvinnor drar sig undan och har en tendens att isolera sig i hemmet, har svårt att upprätthålla gamla och nya vänskaper (Bennett et al., 2007; Buultjens & Liamputtong, 2007; Highet, Stevenson, Purtell, & Co, 2014). Känslorna bidrog till tankar om att lämna och fly verkligheten (Highet, Stevenson, Purtell, & Co, 2014).

Informanterna i vår studie upplevde att ingen utomstående pratade om att vara deprimerad efter förlossningen och att "alla" var lyckliga. Hadfield och Wittkowski (2017) beskriver en stigmatisering kring depression vilket även vår studie talar för. Mammorna i studien bar på skamkänslor över att inte vara tillräckligt goda mammor och oroade sig över vad folk skulle tro om dem. Oron över att bli stämplad som en dålig mamma uppfattades som värre än att någon skulle få veta om deras depression. Hadfield och Wittkowski (2017) förklarar även att när de väl blev uppmärksammade eller tillfrågade om sitt mående från sin barnmorska eller BHV-sjuksköterska kunde mammor ändå inte förmå att öppna upp sig, vilket också är fallet i vår studie. Vårt resultat pekar på en tydlig motstridighet gällande att öppna upp sig. En önskan fanns om att depressionen skulle ha blivit uppmärksammas under och efter graviditet. Befintlig litteratur och tidigare studier bekräftar att anknytningsproblem och andra negativa konsekvenser kan förhindras genom tidiga vårdinsatser för kvinnor som lider av depression under och efter graviditet (Josefsson & Lilliecreutz, 2014; Ohara et al., 2017; Rubertsson, 2016; Williams et al., 2016). Informanterna i vår studie berättar att när de öppnade upp sig om sin depression och anknytningsproblematik, började de få känslor för barnet. I barnmorskans profession ingår det, inom MHV, att följa den psykologiska omställningen som sker under en graviditet, tidigt identifiera tecken på psykisk ohälsa, eventuella stödbehov (Josefsson & Lilliecreutz, 2014; Rubertsson, 2016; Ryding, 2014; SFOG, 2016) samt att

främja en god anknytning (Rossen et al., 2016; Ryding, 2014). Vår studie visar på att mammor har behov av att prata med sin barnmorska om depression redan under graviditet och att orealistiska förväntningar är viktiga att synliggöra i syfte att optimera en god anknytning.

Informanterna beskriver vikten av att bli bekräftade som mamma och att det händer när barnet vill vara nära. De upplever att barnet har förlåtit dem för otillräckliga känslor under graviditeten och den första tiden efter förlossningen. En tidigare studie styrker detta då mammorna i studien beskriver att, trots känslor av skam, har kärleken till barnet successivt vuxit. När barnet utstrålar glädje blir det en bekräftelse på att barnet nu upplever dem som en bra mamma (Edhborg, Friberg, Lundh, & Widström, 2005).

SLUTSATS

Resultatet i denna studie pekar på att mammorna beskriver tre kritiska perioder. Avsaknad av, eller orealistiska förväntningar under graviditetens början, att de inte verkar identifiera sig med det väntade barnet under mitten av graviditeten och senare känslan av insikt av de otillräckliga känslorna som kan leda till skuld som kompenseras i form av symbios. Idag upplever dock alla informanter att de har utvecklat en god relation till sitt barn. Acceptans och öppenhet för tidiga bristfälliga känslor till barnet och depressionen är viktiga element för reparation av bristande anknytning under graviditet och första tiden efter förlossningen. Resultatet pekar på vikten av att barnmorskan pratar öppet med blivande föräldrar om realistiska förväntningar på fostret, anknytning och den kommande föräldrarollen. Det kan vara av betydelse för att minimera risken för psykisk ohälsa och därmed förhindra anknytningsproblematik och senare konsekvenser för barnets utveckling. För att veta hur brister i anknytning eller tecken på psykisk ohälsa ska kunna identifieras bör mer allmän kunskap och teori gällande dessa ämnen ingå i barnmorskans samt barnsjuksköterskans utbildning.

STUDIENS BETYDELSE

Resultatet i denna studie kan fördjupa barnmorskors och BHV-sjuksköterskors kunskaper inom psykisk ohälsa vilket kan öka förutsättningarna att identifiera depression under och efter graviditet. Det kan leda till ett bättre stöd till mammor och övriga familjemedlemmar. Vidare kan studien vara ett stöd till mammor som drabbas av psykisk ohälsa för att upplysa om att de inte är ensamma i sin situation.

FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Förslag till vidare forskning är att göra en liknande kvalitativ intervjustudie med samma syfte och urvalskriterier men att använda sig av intervjuer ansikte mot ansikte istället för telefonintervjuer som insamlingsmetod. Det vore intressant att undersöka hur barnmorskor inom MHV och BHV-sjuksköterskor upplever anknytningen mellan dessa mammor och barn för att kunna jämföra om upplevelserna hos vårdpersonal och mammor stämmer överens eller skiljer sig åt. För att möjliggöra till ett bredare perspektiv och en djupare helhetsbild vore det även av intresse att följa upp hur barn som haft deprimerade mammor upplevt anknytningen. För att kunna förstå hur hela familjen påverkas vore det även värdefullt att undersöka hur partners till deprimerade mammor upplever anknytningen mellan mamma och barn och hur de upplever situationen.

REFERENSLISTA

Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 521-9. doi:10.1007/s00737-013-0357-8.

Altaweli, R., & Roberts, J. (2010). Maternal-infant bonding: a concept analysis. *British journal of midwifery*, 18(19), 552-559. doi:10.12968/bjom.2010.18.9.78062

Bayrampour, H., Hapsari, A.P., & Pavlovic, J. (2018). Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings. *Midwifery*, 59, 47-58. doi:10.1016/j.midw.2017.12.020

Bennett, H. A., Boon, H. S., Romans, S. E., & Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy--a qualitative study. *BMC Women's Health*, 7(13). doi:10.1186/1472-6874-7-13

Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A., & Milgrom, J. (2010). Women's experience of postnatal depression -- beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 44-54. Hämtad 2018-10-21 från http://www.ajan.com.au/Vol27/27-3_Bilszta.pdf

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

Brenning, K., & Soenens, B. (2017). A Self-Determination Theory Perspective on Postpartum Depressive Symptoms and Early Parenting Behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1729-1743. doi:10.1002/jclp.22480

Busonera, A., Cataudella, S., Lampis, J., Tommasi, M., & Zavattini, G. C. (2016). Psychometric properties of a 20-item version of the Maternal – Fetal Attachment Scale in a sample of Italian expectant women. *Midwifery*, 34, 79–87. doi:10.1016/j.midw.2015.12.012

Buultjens, M., & Liamputtong, P. (2007). When giving life starts to take the life out of you: Women's experiences of depression after childbirth. *Midwifery*, 23(1), 77-91. doi:10.1016/j.midw.2006.04.002

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. (5., [omarb. och utvidgade] utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 187–195. doi:10.1007/s00737-014-0445-4

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*, 33(4), 261-267. doi:10.1080/14034940510005725

Georgsson, S. (2016). Information och psykologiska aspekter kring fosterdiagnostik. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (1 uppl., s. 289-297). Lund: Studentlitteratur AB.

Gerhardt, S. (2015). *Kärlekens roll: hur känslomässig närhet formar spädbarnets hjärna*. (2., [ny utvidgad] uppl.). Stockholm: Karneval.

Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C. L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., Radford, K., Martinovic, J., & Ross, L. E. (2013). The Impact of Maternal Depression During Pregnancy on Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 321-341. doi:10.4088/JCP.12r07968.

Grina, T. (2015). *Den livsviktiga anknytningen: teori, utredning och behandling*. Stockholm: Gothia utbildning.

Hadfield, H., & Wittkowski, A. (2017). Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(6), 723-736. doi:10.1111/jmwh.12669

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 472-478). Lund: Studentlitteratur AB.

Highet, N., Stevenson, A. L., Purtell, C., & Coo, S. (2014). Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women and Birth*, 27(3), 179-184. doi:10.1016/j.wombi.2014.05.003

Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

Josefsson, A. & Lilliecreutz, C. (2014). Psykisk sjukdom i samband med graviditet och förlossning. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (2 uppl., s. 457-463). Lund: Studentlitteratur AB.

Kornaros, K., Zwedberg, S., Nissen, E., Salomonsson, B. (2018). A hermeneutic study of integrating psychotherapist competence in postnatal child health care: nurses' perspectives. *BMC Nursing*, 17(1). 1-10. doi:10.1186/s12912-018-0311-1

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lilja, G., Edhborg, M., & Nissen, E. (2012). Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 245-253. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00925.x

Malm, M-C., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Rådestad, I., Lindgren, I. (2016). Prenatal attachment and its association with foetal movement during pregnancy – A population based survey. *Women and Birth*, 29(6) , 482–486. doi:10.1016/j.wombi.2016.04.005

Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 273-278. doi:10.1007/s00737-006-0149-5

Monk, C., Feng, T., Lee, S., Krupska, I., Champagne, F. A., & Tycko, B. (2016). Distress During Pregnancy: Epigenetic Regulation of Placenta Glucocorticoid-Related Genes and Fetal

Neurobehavior. *The American Journal of Psychiatry*, 173(7), 705-713, doi:10.1176/appi.ajp.2015.15091171

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. (2013). *Anknytning*. Hämtad 2018-09-05 från http://www.mfof.se//Publikationer/MIA-Info/Nr1_2013/Anknytning/

Nonnenmacher, N., Noe, D., Ehrental, J. C., & Reck, C. (2016). Postpartum bonding: The impact of maternal depression and adult attachment style. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 927-935. doi:10.1007/s00737-016-0648-y

Northern Nurses' Federation. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Vård i Norden, 23(70). Hämtad från <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf>

Ohara, M., Okada, T., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Yamauchi, A., Uno, Y., Murase, S., Goto, S., Kanai, A., Masuda, T., Ando, M., & Ozaki, N. (2017). Relationship between maternal depression and bonding failure: A prospective cohort study of pregnant women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2017; 71(10), 733–741. doi:10.1111/pcn.12541

O'Higgins, M., Roberts, I. S., Glover, V., & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 381-9. doi:10.1007/s00737-013-0354-y

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Robakis, T. K., Williams, K. E., Crowe, S., Kenna, H., Gannon, J., & Rasgon, N. L. (2015). Optimistic outlook regarding maternity protects against depressive symptoms postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 197-208. doi:10.1007/s00737-014-0446-3

Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., Olsson, C. A., Allsop, S., Elliott, E. J., Jacobs, S., Macdonald, J. A., & Mattick, R. P. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 609-622. doi:10.1007/s00737-016-0602-z

Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., Allsop, S., Elliott, E. J., Jacobs, S., Macdonald, J. A., Olsson, C., Mattick, R. P. (2017). Maternal Bonding through Pregnancy and Postnatal: Findings from an Australian Longitudinal Study. *American journal of perinatology*, 34(8), 808-817.
doi:10.1055/s-0037-1599052.

Rubertsson, C., Pallant, J. F., Sydsjö, G., Haines, H. M., & Hildingsson, I. (2015). Maternal depressive symptoms have a negative impact on prenatal attachment – findings from a Swedish community sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 153-164.
doi:10.1080/02646838.2014.992009

Rubertsson, C. (2016). Psykisk ohälsa under och barnafödande. I H. Lindgren. K. Christensson. & A-K. Dykes (red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (1 uppl., s. 399-401). Lund: Studentlitteratur AB.

Ryding, E-L. (2014). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (Red.), *Obstetrik* (2 uppl., s. 127-139). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2014a). *Vägledning för barnhälsovården*. Hämtad 2018-10-24 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2014b). *Barn som far illa eller riskerar att fara illa - En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar*. Hämtad 2018-10-25 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19528/2014-10-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag*. Hämtad 2018-10-24 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2017-12-4-kunskapsunderlag.pdf>

Staneva, A. A., Bogossian, F., & Wittkowski, A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, 31(6), 563-573. doi:10.1016/j.midw.2015.03.015

Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi. (2016). Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv hälsa. (Rapport nr 76). Hämtad 2018-09-12 från <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web4a328b70-0d76-474e-840e-31f70a89eae9.pdf>

Sydsjö, G., & Svanberg, S. A. (2016). Psykiska komplikationer i samband med förlossningen. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (1 uppl., s. 679-684). Lund: Studentlitteratur AB.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vik, K., Aass, I. M., Willumsen, A. B., & Hafting, M. (2009). "It's about focusing on the mother's mental health": Screening for postnatal depression seen from the health visitor's perspective – a quality study. *Scandinavian journal of public health*, 37(3), 239-245.
doi:10.1177/1403494808100275

Vårdgivarguiden. (2016). Basprogram för vård under graviditet. Hämtad 2018-09-05 från <http://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/barnmorskemottagning/basprogram.pdf>

Vårdgivarguiden. (2017a). EPDS - Riktlinjer. Hämtad 2018-09-12 från <http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/bvc/regionala-riktlinjer/metoder/epds-riktlinjer/>

Vårdgivarguiden. (2017b). Psykisk sjukdom under graviditet och amning. Hämtad 2018-09-06 från <http://www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/barnmorskemottagning/riktlinjer/psykisk-sjukdom-under-graviditet-och-amning/>

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 482-494). Lund: Studentlitteratur AB.

Wilkinson, R. B., & Mulcahy, R. (2010). Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 252-265.
doi:10.1080/02646831003587353

Williams, C. J., Turner, K. M., Burns, A., Evans, J., & Bennert, K. (2016). Midwives and women's views on using UK recommended depression case finding questions in antenatal care. *Midwifery*, 35, 39-46. doi:10.1016/j.midw.2016.01.015

World Health Organization. (2017). Maternal mental health. Hämtad från
http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Bilaga 1



**Karolinska
Institutet**

Förfrågan om deltagande i intervjustudie; hur kvinnor som har varit deprimerade under och efter graviditet upplever anknytning till sitt barn.

Vi är två barnmorskestudenter på Karolinska Institutet som skriver vårt examensarbete om hur kvinnor som har varit deprimerade under och efter graviditet upplever anknytning till sitt barn. Det här dokumentet innehåller information om projektet och vad det innebär att delta.

Vi önskar intervjua kvinnor över 18 år som varit deprimerade under och efter sin senaste graviditet. Antal barn är ej av relevans men det yngsta barnet ska vara minst 2 månader.

För deltagande utgår ingen ersättning.

Studiens genomförande:

Intervjuerna kommer att spelas in med dator och mobiltelefon. Därefter skrivs ner och analyseras av oss. Intervjuerna kommer att hållas per telefon under max 1 timme. Om det uppstår frågor från oss efter intervjun önskar vi få återkomma till dig för att komplettera intervjun. Endast vi och vår handledare som kommer att ta del av utskrifterna, materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Deltagande i studien är frivilligt och du har rätt att när som helst avbryta din medverkan. Muntligt samtycke från deltagare kommer att inhämtas.

Studiens resultat

Efter slutförd magisteruppsats kommer data att raderas. Om deltagare önskar ta del av resultatet så kan författarna till studien kontaktas.

Om ni önskar medverka i studien eller har några frågor får ni gärna kontakta någon av oss per mail, se kontaktuppgifter nedan:

Fadumo Nor, leg sjuksköterska och barnmorskestuderande
fadumo.nor@stud.ki.se

eller

Nathalie Famili, leg sjuksköterska och barnmorskestuderande
nathalie.famili@stud.ki.se

Handledare för examensarbetet:
Doktorand Katarina Kornaros, Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa

Bilaga 2



**Karolinska
Institutet**

Samtycke till deltagande i studie

*Nedan ger du ditt samtycke till att delta i den studie där vi undersöker hur kvinnor med depression under och/eller efter graviditeten upplever anknytningen till sitt barn.
Läs igenom detta noggrant och ge ditt medgivande genom att skriva under med din namnteckning längst ned.*

Medgivande:

- Jag har tagit del av informationen kring studien och är medveten om hur den kommer att gå till och den tid den tar i anspråk.
- Jag har fått tillfälle att få mina frågor angående studien besvarade innan den påbörjas och vet vem jag ska vända mig till med frågor.
- Jag deltar i denna studie helt frivilligt och har blivit informerad om varför jag har blivit tillfrågad och vad syftet med deltagandet är.
- Jag är medveten om att jag när som helst under studiens gång kan avbryta mitt deltagande utan att jag behöver förklara varför.
- Jag ger mitt medgivande till att Karolinska Institutet lagrar och bearbetar den information som insamlas under studien.
- Jag ger mitt medgivande till att ta del av den information som insamlas under studien.
- Jag ger detta medgivande förutsatt att inga andra än de forskare som är knutna till studien kommer att ta del av mina personuppgifter.

Datum: den ... / ... 2018

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

Bilaga 3

Intervjuguide

- Presentation av oss.
- Samtycker du till att intervjun kommer att ljudinspelas? Jag har dig på högtalartelefon och vi gör en ljudinspelning på en dator och en telefon.
- Kan du säga ditt för- och efternamn.
- Har du läst igenom det skriftliga informationsbladet och samtycker du till det som står? Samtycker du till att delta i studien? Du kan när som helst avbryta intervjun och din medverkan.
- Resultatet kommer att raderas när studien är utförd om du inte väljer att avbryta din medverkan tidigare.
- Är det okej att vi använder svaren på bakgrundsfrågorna du mailade till oss i studien?
- Vi kommer främst att ställa öppna frågor och tanken är att du ska prata mest. Vi kommer inte att ge så mycket respons alla gånger.
- Har du några frågor innan vi börjar?

Graviditet och förlossning:

- Vad hade du för förväntningar på att bli mamma?
- Vilka tankar hade du när du väntade ditt barn?
- Vilka känslor upplevde du när du väntade ditt barn?
- Hur upplevde du ditt barn i magen under graviditeten?

Det nya livet med barn:

- Hur var första tiden med ditt barn?
- I kontakten med ditt barn, vad upplever du som roligt?
- I kontakten med ditt barn, vad upplever du som jobbigt/svårt?
- Hur skulle du beskriva kontakten till ditt barn?
- Skulle du kunna beskriva ert samspel (relation)?
- Hur skulle du beskriva ditt barns personlighet?

Avslutningsfrågor:

- Hur mår du idag?
- Skulle du vilja tillägga något?
- Får jag återkomma till dig om det skulle uppstå frågor under analysen av intervjun?

Stödfrågor:

- Berätta gärna mer om det.
- Hur kände du då?
- Skulle du kunna ge fler exempel på det.

Bilaga 4

Bakgrundsfrågor

- Ålder
- Antal barn samt ålder på dessa
- Civilstatus
- Socialt nätverk
- När upptäckte du att du var deprimerad och har du kommit ur depressionen? Har du fått någon behandling?
- Har du fått någon psykiatrisk diagnos konstaterad före/efter graviditeten (tex depression, oro/ångest, ätstörning, psykossjukdom etc?)