



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Kvinneres erfaringer med fødselsdepresjon / Women's experiences with postpartum depression**

**Eirik Gimnæs og Siri Beate Aae Loe**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 61**

**Molde, 17.04.15**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Bente Malones

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 17.04.15

**Antall ord: 12047**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Fødselsdepresjon kan ramme kvinner under svangerskapet og etter fødsel, og 10-20% av kvinner opplever moderate til alvorlige depressive symptomer i denne perioden. Dette kan føre til blant annet redusert livskvalitet og i tillegg vanskeliggjøre tilknytningsprosessen mellom mor og barn. Det anses som sannsynlig at mange av de som blir rammet ikke mottar behandling.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke hvordan kvinner erfarer å leve med fødselsdepresjon.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie basert på 11 kvalitative forskningsartikler.

**Resultat:** Kvinner med fødselsdepresjon fortalte ofte om et økt behov for praktisk og emosjonell støtte, og opplevde at det var vanskelig å bli forstått av pårørende og helsepersonell. Mange fortalte om vanskelige opplevelser rundt fødsel og barseltid; om forventninger som ikke ble innfridd. En del kvinner fortalte at de opplevde å miste seg selv, at de kom i en identitetskrise. Noen følte seg stigmatisert for å ikke leve opp til forventninger eller rundt det å ha psykiske problemer.

**Konklusjon:** Våre funn tyder på at kvinner med fødselsdepresjon er en sårbar gruppe som har behov for å bli møtt med forståelse og bli tatt på alvor. Funnene fra studien vår er sortert i fire hovedtema som danner et bilde av hvordan det er å leve med fødselsdepresjon.

**Nøkkelord:** Fødselsdepresjon, postpartum depresjon, kvinner, mødre, erfaringer.

## **Abstract**

**Background:** Postpartum depression can affect women during pregnancy and after given birth, and 10-20% of women experience moderate to severe depressive symptoms during this period. As a consequence of this, the bonding process between mother and child may be impaired in addition to a loss of quality of life. It is likely that many of the women affected do not receive treatment.

**Purpose:** The purpose of this study was to examine how women experience living with postpartum depression.

**Method:** A literature study based on 11 qualitative research articles.

**Results:** Women with postpartum depression reported an increased need for practical and emotional support, and experienced difficulties in being understood, both by close relatives and in contact with health care services. Many reported difficult experiences during and after childbirth and with expectations that were not met. Some women say they experienced an identity crisis. Some felt stigmatized for not living up to expectations or for having a psychiatric condition.

**Conclusion:** Our findings suggest that women with postpartum depression is a vulnerable group that needs to be met with understanding and to be taken seriously. The findings have been sorted into four main themes that together will form a picture of how women experience postpartum depression.

**Keywords:** Postpartum depression, post partum depression, women, mothers, experiences.

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>8</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	8
1.2 Studiens hensikt .....	9
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>10</b>
2.1 Depresjon .....	10
2.2 Fødselsdepresjon .....	10
2.3 Konsekvenser av ubehandlet depresjon .....	11
2.4 Hvordan fødselsdepresjon oppdages av helsevesenet .....	12
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	13
3.1.1 Inklusjonskriterier: .....	13
3.1.2 Eksklusjonskriterier: .....	13
3.2 Datainnsamling .....	14
3.2.1 Databasesøk .....	15
3.2.2 Manuelle søk .....	15
3.3 Kvalitetsvurdering .....	16
3.4 Ethiske overveielser .....	17
3.5 Analyse .....	17
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>19</b>
4.1 Behov for ulike former for støtte .....	20
4.1.1 Betydningen av partner og familie .....	20
4.1.2 God informasjon og tillit til helsevesenet .....	22
4.1.3 Støtte fra andre mødre i samme situasjon .....	24
4.2 Kvinnens opplevelse av fødsel og barseltid .....	25
4.3 Å miste seg selv - crisis of the self .....	27
4.4 Stigmatisering .....	28
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>30</b>
5.1 Metodediskusjon .....	30
5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	30
5.1.2 Datainnsamling .....	31
5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	32
5.1.4 Analyse og resultat .....	33
5.2 Resultatdiskusjon .....	34
5.2.1 Betydningen av støtte utenfra .....	34
5.2.2 En god relasjon mellom kvinnen og helsepersonellet skaper tillit .....	37
5.2.3 Inkongruens mellom forventninger og realitet .....	40
5.2.4 Glansbilde; Det å fremstå som en lykkelig og god mor .....	41
5.2.5 Stigmatisering; psykisk lidelse og antidepressive legemidler .....	43
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>45</b>
6.1 Forslag til videre praksis og forskning .....	46
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>47</b>

Vedlegg 1: P(IC)O-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk.

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler.

Vedlegg 4: Liste over relevante funn.

## **1.0 Innledning**

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

10-20% av kvinner som får barn vil bli rammet av fødselsdepresjon (Stuart 2009, Berle 2013). En prevalensstudie fra 2009 fant at mellom 10 og 15% av alle nybakte mødre fra to fylker i Norge hadde fødselsdepresjon (Glavin et al. 2009).

Depresjon er den mest utbredte psykiske lidelsen, og i løpet av de siste tiårene har sykdommen hatt en økende forekomst. Sykdommen kan ramme alle, men kvinner blir rammet i større grad enn menn. Og blant kvinner er det, i tillegg til ungdom, unge voksne som er mest disponert for å utvikle en depresjon (Stuart 2009). Unge voksne er også den demografiske gruppen som føder flest barn (Statistisk sentralbyrå 2014). Statistikk tyder på at 6-9000 kvinner blir rammet av fødselsdepresjon hvert år, bare i Norge (Larun et al. 2013).

Som et resultat av lidelsen kan en kvinne med fødselsdepresjon bli mindre følsom for barnets behov og signaler. En alvorlig depresjon kan i verste fall føre til forsømmelse av barnet. Kvinnen kan bli likegyldig i forbindelse med amming og stell, noe som kan gjøre at tilknytningen mellom mor og barn blir svekket, og videre føre til at barnets psykologiske og emosjonelle utvikling blir hemmet (Berle 2013). Det er derfor viktig at sykepleiere og annet helsepersonell har kunnskap om lidelsen og innsikt i hvordan det kan være å leve med fødselsdepresjon.

Vi valgte pasientperspektiv i vår litteraturstudie, da vi trodde erfaringene som disse kvinnene har gjort seg kunne være til nytte for hvordan pasientgruppen bør møtes og ivaretas og på den måten bidra med viktig informasjon til behandlingsfeltet. Med tanke på omfanget og de potensielle konsekvensene fant vi temaet ikke bare interessant, men også viktig å vite noe om.



## ***1.2 Studiens hensikt***

Studiens hensikt var å undersøke hvordan kvinner erfarer å leve med fødselsdepresjon.

## **2.0 Teoribakgrunn**

### ***2.1 Depresjon***

Depresjon er en lidelse med vedvarende nedtrykt stemningsleie, tungsinn, irritabilitet, initiativløshet og håpløshetsfølelse. På grunn av pasientens sinnsstemning kan det også foreligge en reell selvmordsfare (Snoek og Engedal 2004). Depresjon er den mest utbredte psykiatriske lidelsen og forekomsten har økt i løpet av de siste tiårene. Livstidsrisikoen for å utvikle en alvorlig depresjon er 7-12% for menn og 20-30% for kvinner, en kjønnsforskjell som viser seg på tvers av både kontinenter og kulturer (Stuart 2009).

Årsakene til depresjon er sammensatte og det finnes flere forklaringsmodeller. En del mennesker er genetisk disponert for å utvikle visse lidelser, som videre kan bli utløst ved ulike belastninger. En annen forklaring legger vekt på at det oppstår en indre konflikt når det en person presterer på et område ikke lever opp til de ideelle kravene man stiller til seg selv (Snoek og Engedal 2004).

### ***2.2 Fødselsdepresjon***

Kvinner gjennomgår i løpet av svangerskapet en rekke psykologiske og fysiologiske prosesser, og når dette samspillet kommer i ubalanse kan det oppstå psykiske tilstander som reflekterer disse (Berle 2013). Stemningsforstyrrelser som inntreffer postpartum deles hovedsaklig i tre kategorier: barseltårer, fødselspsykose og fødselsdepresjon (Stuart 2009).

Det er et kjent fenomen for mange kvinner at de i etterkant av fødselen føler seg irritable, nedtrykte og engstelige. Dette omtales ofte som barseltårer, og er en reaksjon som 40-80% av kvinner gjennomgår, typisk tre til fem dager etter fødselen. Barseltårer er en relativt mild og forbigående stemningsforstyrrelse som ikke er indikasjon på behandling. Fødselspsykose er en sjelden, men langt mer alvorlig tilstand. Pasienten opplever da en akutt psykotisk episode i etterkant av fødselen og trenger medisinsk hjelp for å bli frisk (O'Hara og McCabe 2013). Dersom depressive symptomer vedvarer og blir tyngre og mer gjennomgripende i kvinnens liv kan det imidlertid være snakk om en fødselsdepresjon. Dette er ingen enkeltstående diagnose, noe som vil si at pasienten må oppfylle de samme diagnosekriteriene som ved depresjon. En fødselsdepresjon skiller seg altså ikke kvalitativt

fra andre depressive lidelser; det som er spesielt med fødselsdepresjonen er at sykdommen debuterer i under svangerskapet eller i etterkant av fødselen (O'Hara og McCabe 2013).

Risikoen for å utvikle en fødselsdepresjon er 10-20% (Stuart 2009, Berle 2013). Prevalensen av fødselsdepresjon er forøvrig vanskelig å tallfeste nøyaktig på grunn av at det blir lagt varierende tidsperspektiv til grunn (O'Hara og McCabe 2013). Vi har i vår litteraturstudie fokusert på kvinners erfaringer med fødselsdepresjon både under svangerskapet og etter fødsel.

Ifølge O'Hara og McCabe (2013) har mange forskere en hypotese om at de store nivåendringene av steroidhormoner som progesteron og østrogen kan ha en sammenheng med at en del kvinner utvikler fødselsdepresjon. Andre sårbarhetsfaktorer kan være samlivsproblemer, tidligere depresjon, tidligere belastende livshendelser, sosioøkonomiske problemer, opplevelse av tap, manglende nettverk, medisinske komplikasjoner rundt fødsel og det å få et krevende eller annerledes barn (Bendiksen og Brean 2013).

### ***2.3 Konsekvenser av ubehandlet depresjon***

Ubehandlet psykisk lidelse i denne delen av livet vil kunne ha negative konsekvenser for både mor og barn. Tilknytningsprosessen mellom mor og barn starter umiddelbart etter fødselen i form av kroppskontakt og amming. Fra første stund er det viktig at barnet får sine fysiske og emosjonelle behov dekket gjennom øyekontakt og kommunikasjon under stell, amming og annen samhandling (Forberg og Holan 2013, Berle 2013).

En deprimert mor vil kunne ha vanskelig for å gi barnet sitt optimal oppfølging da hun som en konsekvens av sin sykdom ofte ikke er like sensitiv for barnets behov. Dette kan føre til negative konsekvenser for barnets utvikling (Berle 2013, Holan og Forberg 2013).

## ***2.4 Hvordan fødselsdepresjon oppdages av helsevesenet***

På grunn av få liggedøgn på sykehuset etter fødsel, blir en eventuell fødselsdepresjon gjerne ikke oppdaget før mor og barn er utskrevet til hjemmet. Fødselsdepresjon blir derfor oftest oppdaget ved besøk på helsestasjon eller ved hjemmebesøk av jordmor eller helsesøster som en del av barselomsorgen, eventuelt hos kvinnens primærlege (Berle 2013). Som en del av svangerskapsomsorgen vil jordmor eller helsesøster spørre om den gravide har eller tidligere har hatt en psykisk lidelse enten selv eller i nær familie. 40% av de som blir deprimert etter fødselen har opplevd depresjon tidligere. Jordmor og helsesøster bør i løpet av barseltiden også stille spørsmål om den gravide i den siste tiden har følt på håpløshet, fravær av glede eller har slitt med andre depressive tanker (Seimyr, Welles-Nyström og Nissen 2013).

I kontroller etter fødsler hos jordmor, gynekolog, fastlege og helsesøster kan det enten rutinemessig eller ved mistanke om depresjon brukes et screeningverktøy for å avdekke om det foreligger en depresjon. Et av de mest brukte av disse heter Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Det består av et sett med spørsmål som omhandler morens velbefinnende og psykiske tilstand, og kan anvendes både under og etter svangerskapet. I Larun et al. (2013) undersøkes EPDS-testens nøyaktighet for å identifisere depresjon, og effekten screeningen hadde på de deprimerte i kombinasjon med eventuelle oppfølgingstiltak. Resultatene viste at 93% av kvinnene som hadde en klinisk depresjon ble identifisert ved screening med EPDS, og videre fant de at andelen barselkvinner med depressive symptomer fire til seks måneder etter fødsel ble redusert fra ti til seks prosent når screening ble brukt og fulgt opp med behandlingstiltak.

Mange helsestasjoner har i senere tid rutinemessig tatt i bruk EPDS som en del av de obligatoriske helsekontrollene etter fødsel (Berle 2013). Bruken av dette screeningverktøyet er ikke standardisert, og det er helsestasjoner som ikke tar det i bruk, men heller bruker essensen av EPDS og utvikler sine egne spørsmål. Avhengig av kvinnens tidligere opplevelser med svangerskap, fødsel og barseltid, rollemodeller og hennes faktiske livssituasjon må helsepersonellet vurdere hvilken oppfølging kvinnen skal ha (Bendiksen og Brean 2013).

## **3.0 Metode**

Oppgaven skal ifølge retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde (Jørgensen og Michaelsen 2014) være i form av en systematisk litteraturstudie. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) tar oppgaven utgangspunkt i en formulert problemstilling som en tar sikte på å besvare ved å identifisere, velge, vurdere og analysere forskning som er relevant. Den relevante forskningen identifiseres først og fremst gjennom systematiske søk etter vitenskapelige forskningsartikler i egnede databaser.

### ***3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier***

#### **3.1.1 Inklusjonskriterier:**

- Kvinner med fødselsdepresjon
- Kvalitative artikler
- Pasientperspektiv
- Språk: engelsk, norsk, dansk, svensk
- Publisert i vitenskapelig tidsskrift på nivå 1 eller 2
- Avgrenset til siste fem år (2009-2014)
- Originalartikler

#### **3.1.2 Eksklusjonskriterier:**

- Menn med fødselsdepresjon
- Annet perspektiv (sykepleieperspektiv, pårørendeperspektiv)
- Andre språk
- Kvantitative artikler
- Vitenskapelige tidsskrift uten publiseringsnivå
- Reviewartikler

### **3.2 Datainnsamling**

Innsamlingen av data skal ifølge retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde (Jørgensen og Michaelsen 2014) være så tydelig beskrevet at den er etterprøvable for andre. Dette fordi en slik nøyaktighet og åpenhet bidrar til å bevare troverdigheten til litteraturstudien.

Etter endelig valg av hensikt mot slutten av 2014 satte vi oss inn i temaet depresjon og fødselsdepresjon ved hjelp av pensumlitteratur og annen aktuell bakgrunns litteratur, og begynte å søke etter relevant forskning i aktuelle databaser. Med utgangspunkt i bakgrunnsteorien valgte vi søkeord vi mente var aktuelle for hensikten, og ekskluderte begreper vi mente favnet for vidt. For å gjennomføre litteratursøkene på en oversiktlig og hensiktsmessig måte satte vi opp et P(IC)O-skjema (se Vedlegg 1) som ifølge Nortvedt et al. (2012) gir problemstillingen en struktur som er anvendelig til litteratursøk.

“P” står for population eller problem, altså den gruppen eller fenomenet man ønsker å finne ut noe om (Nortvedt et al. 2012). I vårt tilfelle blir “P” kvinner med fødselsdepresjon. Søkeordene vi har brukt inkluderer “depression”, “postpartum depression”, “postnatal depression”, “perinatal depression”, “antepartum depression”, “PPD”, “fødselsdepresjon” (se Vedlegg 1).

“I” står for intervention eller tiltak, mens “C” står for comparison eller sammenlikning av eventuelle tiltak (Nortvedt et al. 2012). I vår litteraturstudie er vi ikke ute etter effekten av eller sammenlikning av tiltak, og derfor faller disse to bort fra vårt P(IC)O-skjema.

“O” står for outcome eller resultat. Det vi ønsket å finne ut av var hvordan kvinner med fødselsdepresjon erfarte å leve med tilstanden (Nortvedt et al. 2012). Derfor valgte vi søkeordene “experience\*”, “expectations”, “client attitudes”, “narrative”, “qualitative”, “illness beliefs”, “help-seeking” (se Vedlegg 1).

For å kombinere søkeordene i databasesøkene brukte vi de boolske søkeoperatørene “AND” og “OR”; der “AND” vil gi et smalere resultat, mens “OR” gir et bredere resultat.

### **3.2.1 Databasesøk**

Databasesøk i Ovid Medline, PsychInfo og Nursing.

Vi gjorde søk den 21.01.15 og fikk 282 treff. Vi inkluderte to artikler av forfatterne Thomas, Scharp og Paxman (2014) og Patel et al. (2012).

Databasesøk i CINAHL.

Vi gjorde søk den 12.12.14 og fikk 347 treff. Vi inkluderte én artikkel av forfatterne McCarthy og McMahon (2008).

Vi gjorde søk den 15.12.14 og fikk 40 treff. Vi inkluderte én artikkel av forfatterne Bilszta et al. (2010).

Vi gjorde søk den 21.01.15 og fikk 51290 treff. Vi inkluderte én artikkel av forfatterne Highet et al. (2014).

Databasesøk i Proquest.

Vi gjorde søk den 21.01.15 og fikk 164 treff. Vi inkluderte to artikler av forfatterne Vik og Hafting (2012) og Coates, Ayers og de Visser (2014).

Databasesøk i SveMed+.

Vi gjorde søk den 15.12.14 og fikk 28 treff. Vi inkluderte én artikkel av forfatterne Haga et al. (2011).

### **3.2.2 Manuelle søk**

Ved gjennomgang av inkluderte artikler og reviewartikler, så vi gjennom litteraturlistene til hver enkelt artikkel for å se om vi fant referanser med overskrifter som var relevante for hensikten i vår litteraturstudie. Vi gjorde manuelle søk etter artikler av interesse for å se om de kunne være aktuelle for å bli inkludert i litteraturstudien. Alle de manuelle søkene ble kjørt via Google først. Dersom vi ikke fant artiklene i fulltekst der, ble artiklene prøvd søkt opp i databasene Ovid Medline, PsychInfo og Nursing Database samtidig.

22.01.15:

Søk etter artikkelen “When giving life starts taking the life out of you: women`s experiences of depression after childbirth”. Via Google fant vi denne artikkelen på ScienceDirect, der artikkelen lå som PDF-fil. Artikkelen ble lest og inkludert i vår litteraturstudie.

Søk etter artikkelen “Couples` experiences of postnatal depression: Aframing analysis of cultural identity, gender and communication”. Via Google fant vi også denne artikkelen på ScienceDirect som PDF-fil. Artikkelen ble lest og inkludert i vår studie.

Søk etter artikkelen “A study of Welsh mothers` experiences of postnatal depression”. Artikkelen fant vi gjennom Ovid Medline, PsychInfo og Nursing database. Den ble lest og inkludert i vår studie.

### ***3.3 Kvalitetsvurdering***

Etter alle databasesøk og manuelle søk hadde vi lest til sammen 55 artikler. Vi gjorde en innledende vurdering av artiklens relevans i forhold til litteraturstudiens hensikt og etisk godkjenning, før tidsskriftets vitenskapelige publiseringsnivå ble kontrollert for å sikre at artiklene var refereebedømt (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2015). Vi satt da tilbake med 11 kvalitative forskningsartikler som var aktuelle for inkludering.

Disse ble gjennomgått og videre kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2014). Vi gjorde disse vurderingene hver for oss for ikke å la oss påvirke av hverandre. Vi gikk ut fra sjekklisten for vurdering av kvalitativ forskning, og graderte artiklene ut i fra hvor mange kriterier i sjekklisten de oppfylte. Da kunnskapssenteret ikke har et graderingssystem på sine sjekklistene, lagde vi et system selv for å sette et mål på artiklens kvalitet. Vi dividerte antall oppfylte kriterier med antall kriterier og kom frem til et prosenttall. 80-100% var artikler av meget god kvalitet, og 70-79% av god kvalitet. Artikler med prosenttall under dette ble ekskludert. De 11 artiklene ble vurdert til å ha god eller meget god kvalitet og ble besluttet inkludert.



### **3.4 Etiske overveielser**

Pasienter med depresjon er en sårbar gruppe, og man kan argumentere for at en nybakt mor med depresjon er enda mer utsatt når man tar i betraktning de krav og forventinger kvinnen selv og miljøet rundt ofte ønsker hun skal leve opp til. At etiske hensyn blir ivaretatt i forbindelse med forskning på området er derfor viktig. I følge Slettebø (2013) skal som hovedregel data anonymiseres før det gis til en forsker, og der dette ikke er mulig skal pasientens informerte samtykke innhentes. I alle de inkluderte artiklene i litteraturstudien er det innhentet informert skriftlig eller muntlig samtykke fra deltakerne, og i de fleste tilfellene har en etisk komité godkjent forskningsprosjektet. Siden dette er en sårbar gruppe håper vi at forskningen har blitt gjort på en respektfull måte.

### **3.5 Analyse**

I følge Evans (2002) er det viktig å være systematisk i analysearbeidet. Analysen har som mål å identifisere, vurdere og oppsummere de viktigste funnene innen forskning, og er med på å styrke den evidensbaserte forskningen innen helsesektoren. Evans' analyse deles opp i fire faser som vi har tatt utgangspunkt i gjennom vår analyse av litteraturstudien.

Den første fasen går ut på å samle inn alt datamateriale som skal analyseres. Dette har vi gjort gjennom den beskrevne søkeprosessen, ved bruk av kvalitetsvurdering og inklusjons- og eksklusjonskriterier. Gjennom denne fasen kom vi frem til 11 forskningsartikler som ble inkludert i studien.

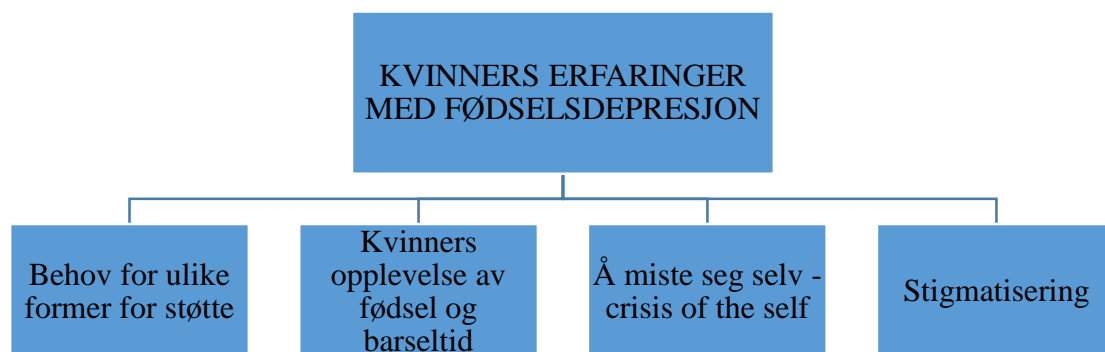
Den andre fasen i Evans' (2002) analyse er å identifisere hovedfunnene i hver artikkel. Vi delte artiklene mellom oss og brukte fargekoder for å fremheve viktige hovedfunn med tanke på studiets hensikt. Vi brukte også fargekoder på underfunn som vi så på som viktige i sammenheng med vårt litteraturstudie. Da vi begge hadde gått gjennom hver vår halvdel av artiklene, byttet vi slik at vi begge gikk gjennom alle.

I den tredje fasen skal funn fra de ulike artiklene kategoriseres i tema. Vi sammenlignet funnene fra artiklene sammen og utarbeidet vårt eget system. Dette gikk ut på å lage diagrammer med hovedpunkt og underpunkt med de viktigste funnene fra hver artikkel. Ut ifra dette kom vi frem til hoved- og undertema på tvers av artiklene som vi så på som viktige sett opp mot studiets hensikt.

I den fjerde og siste fasen til Evans (2002) skal fenomenet beskrives gjennom å formulere tema og underbygge disse med referanser til datamaterialet, slik at gyldigheten (validiteten) til de ulike funnene skal kunne vurderes. Vi kom frem til hovedtema som beskrev hvilke funn som var gjennomgående i artiklene. Vi kom også frem til viktige undertema. Disse temaene blir presentert i resultatdelen av litteraturstudien.

## 4.0 Resultat

Hensikten var å undersøke hvordan kvinner erfarer å leve med fødselsdepresjon.



*Figur 1: Oversikt over oppgavens hovedtema.*

Hovedtemaene fra litteraturstudien vår står ikke hver for seg alene, men påvirker hverandre. De må derfor ses i en sammenheng slik at de kan skape et helhetsperspektiv på hvordan kvinner erfarer fødselsdepresjon.

## 4.1 Behov for ulike former for støtte

I litteraturen ble betydningen av sosiale relasjoner, med særlig støtte fra partner og familie, helsevesen og barselgrupper fremhevet som viktige støttedfunksjoner for den deprimerte (Snoek og Engedal 2012).



Figur 2: Kvinnens behov for ulike former for støtte under fødselsdepresjon.

### 4.1.1 Betydningen av partner og familie

Svært mange kvinner fremhevet viktigheten av emosjonell og praktisk støtte fra sin partner, noe som også forutsatte forståelse for deres situasjon (Buultjens og Liamputtong 2006; Haga et al. 2011; Coates, Ayers og de Visser 2014; Vik og Hafting 2012; Everingham, Heading og Connor 2006; Hanley og Long 2005; Thomas, Scharp og Paxman 2014; McCarthy og McMahon 2008). God støtte forutsatte at en kunne ha en åpen dialog med partner, og mange kvinner hadde forventninger om at partner skulle beskytte, motivere og hjelpe til med barnet (Coates, Ayers og de Visser 2014; Haga et al. 2011). En kvinne fortalte:

One thing that is hard to understand, one thing you're not prepared for, is the feeling of loneliness. I had this idea about us becoming a family, more than me becoming a mother, but then he had to work a lot, and the hours felt really long, and I felt very alone. I remember thinking, here I am, the baby is crying, it's dark outside, and there

is actually no-one who really understands what I'm going through (Haga et al. (2011, 461).

Noen kvinner opplevde en følelse av konflikt mellom rollen som mor og rollen som partner i forholdet. Flere kvinner uttrykte frustrasjon med vanskeligheten i det å velge mellom barnet og partneren. En kvinne forklarte det på denne måten:

Like when we went to bed at night, on the one hand I wanted to lie close to my husband because I figured it would be so good to be myself again, without that big belly. And he was safe and protective so I wanted him. And on the other hand I just wanted to have the baby with me in bed. So this was a huge conflict for me. It was hard to choose between the two (Vik og Hafting 2012, 813)

Mange lengtet etter støtte fra partneren; en støtte og anerkjennelse som de ikke trengte å sloss for eller spørre om. Samtidig følte de på et uuttalt press om å la partneren få en pause fra familien (Vik og Hafting 2012). Et ønske fra kvinnene var at partneren på eget initiativ tok seg av barnet, slik at mødrene ikke opplevde at de var de eneste som klaget.

Kvinnene i studien til Coates, Ayers og de Visser (2014) fortalte at forholdet til partner var det viktigste forholdet de hadde, og det eneste forholdet der de kunne fortelle om alle sine følelser. Da partneren var borte på jobb store deler av dagen, ble det bygget opp følelser som de trengte å snakke om når partner kom hjem. Dette omhandlet hvordan dagen og barnet hadde vært. Flere av kvinnene følte de la press på sin partner, som samtidig med å være på jobb store deler av dagen, måtte støtte kvinnen når han kom hjem. Dette førte til at kvinnen holdt sine følelser for seg selv, noe som gjorde at hun ikke fikk hjelp med sin depresjon. Selv med den mest støttende partner opplevde kvinnene at partneren ofte ikke forsto hva de gikk gjennom (Coates, Ayers og de Visser 2014). Dette kom også frem i Buultjens og Liamputtong (2006), der kvinnene ofte opplevde partneren som lite empatisk overfor deres følelser.

Mange kvinner så på det å søke hjelp som vanskelig (Coates, Ayers og de Visser 2014). I artikkelen til Coates, Ayers og de Visser (2014) ønsket ikke kvinnene å snakke da de var på sitt sykeste, samtidig som de følte at å innrømme problemet gikk på kompromiss med deres selvstendighet. Når symptomene lettet ble det enklere for kvinnene å overtale seg selv om at det ikke fantes noe problem. Dette kunne resultere i at familie og nærmeste vennekrets måtte overtale kvinnen til å søke hjelp.

#### **4.1.2 God informasjon og tillit til helsevesenet**

Mange kvinner som fortalte om sine problemer og depressive symptomer da de var i kontakt med helsevesenet, forklarte senere at de hadde blitt møtt med bekreftelse på at deres bekymringer var normale. Denne normaliseringen førte ikke til at kvinnene ble beroliget, men snarere til at de ikke følte seg forstått eller tatt på alvor. Dette gjorde at skyldfølelsen for å ikke leve opp til sosiale normer ble ytterligere forsterket og deres tillit til helsevesenet redusert (Haga et al. 2011; Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Buultjens og Liamputtong 2007).

“The way that I was talked to during my labour it just made me feel like I didn’t know what I was doing and I should just put it in their hands” (Coates, Ayers og de Visser 2014, 7).

Redselen for de fleste kvinner var å bli merket som en dårlig mor, og det kom fram at de trengte å gjenkjenne og forsones seg med følelsene rundt det å bli mor og reflektere rundt faktorer som medvirket til den depressive lidelsen (Bilszta et al. 2010). Grunnen til at mange følte seg oversett av helsevesenet var manglende informasjon om fødselsdepresjon og om hvordan de kunne søke hjelp (Buultjens og Liamputtong 2007, Thomas, Scharp og Paxman 2014; McCarthy og McMahon 2008). Hvis helsepersonell ikke validerte symptomer på fødselsdepresjon, men prøvde å normalisere dette, følte kvinnene at de ble bedt om å "holde munn" (Bilszta et al. 2010).

Mange kvinner i studien til Coates, Ayers og de Visser (2014) følte seg ignorert eller dårlig behandlet av helsepersonellet gjennom svangerskapet og etter fødselen. Kvinnene assosierte dette med mangel på nok helsepersonell, at helsepersonellet ikke hadde nok tid til å ta seg av og snakke med kvinnene og manglende dialog mellom kvinnene og helsepersonellet (Coates, Ayers og de Visser 2014). Kvinnene følte de ikke ble lyttet til, ikke spurt hvordan de hadde det, følte ikke at de ble sett på som likeverdige når det skulle tas beslutninger, følte seg ikke tatt vare på og at helsepersonellet viste mangel på respekt ovenfor dem (Coates, Ayers og de Visser 2014).

Når støtten fra egen familie var utilstrekkelig, var den støtten som ble mest verdsatt støtten fra den frivillige sektoren, ifølge Hanley og Long (2005). Spesielt omhandlet dette det ukentlige hjemmebesøket. Kvinnene som kom på besøk var ofte erfarne mødre, ofte noen som hadde gått gjennom fødselsdepresjon selv. De besøkende skulle hjelpe kvinnene i krise eller forhindre potensiell krise. Flere kvinner fikk hjelp gjennom sosiale tjenester. Det kom imidlertid frem i Hanley og Long (2005) at denne typen hjelp ble sett på med mistenksomme øyne. Kvinnene følte at hjelpen fra sosiale tjenester var synonymt med faren for å få barnet sitt fratatt, noe som forsterket deres mistanke om at de var uegnet som mor. I studien til Coates, Ayers og de Visser (2014) følte kvinnene at helsepersonellet som kom på hjemmebesøk ikke tok seg nok tid til å snakke med kvinnene om deres følelser eller temaet amming, da helsepersonellet ofte hadde dårlig tid.

Et stort fokus hos mødrene i barseltiden var amming. Det å ikke få til å amme var en sårbarhetsfaktor for utvikling av fødselsdepresjon. Det var et press fra samfunnet om at alle mødre skulle amme, og det å amme ble assosiert med det å være en god og lykkelig mor da amming skulle sørge for at barnet vokste og at det utviklet god fysisk og psykososial helse (Haga et al. 2011; Coates, Ayers og de Visser 2014). Kvinner som følte at de mistet kontroll under fødselen forsøkte å gjenvinne kontroll ved å få til å amme (Coates, Ayers og de Visser 2014). Denne besluttsomheten førte til at kvinner brukte all sin tid og ressurser på å få til ammingen.

Flere kvinner i studien til Coates, Ayers og de Visser (2014) satt igjen med en følelse av at mekanikken rundt amming ble gjennomgått under svangerskapskurs, men at den problemløsende delen ble utelatt. Dette førte til at de var mindre forberedt på utfordringene rundt amming, og problemene overskygget andre aspekter rundt barseltiden. Siden barnet behøvde mat flere ganger i døgnet, opplevde kvinnene angsten, stresset og frustrasjonen rundt ammingen gjennom hele døgnet (Coates, Ayers og de Visser 2014). Flere kvinner i denne studien følte at de fikk for lite praktisk støtte gjennom helsevesenet når det gjaldt amming.

#### **4.1.3 Støtte fra andre mødre i samme situasjon**

Gjennom barsel- og støttegrupper kunne de nybakte mødre få støtte fra andre mødre, utvikle nye relasjoner og få bedre innsikt i hvordan det var å leve med fødselsdepresjon ved å høre andres erfaringer. Samtidig kunne disse gruppene være katalysatorer for å søke hjelp (Hanley og Long 2005; Thomas, Scharp og Paxman 2014; McCarthy og McMahon 2008; Haga et al 2011; Everingham, Heading og Connor 2006; Coates, Ayers og de Visser 2014; Buultjens og Liamputtong 2007). Disse gruppene førte til at kvinnene kom seg ut av huset og i sosialt samvær med andre, noe som var en lettelse for mange (Patel et al. 2012; Coates, Ayers og de Visser 2014; Buultjens og Liamputtong 2007). En kvinne forteller:

I worked full time before I had the baby, I was out of the house first thing in the morning and home late evening... My family live on the other side of the mountain. The group gave me the opportunity to meet with other mothers and find out that they are just as interesting as the people in work (Hanley og Long 2005, 151).

Kvinnene ble i studien av Hanley og Long (2005) fulgt opp gjennom gruppeterapi sammen med andre kvinner med fødselsdepresjon, noe som reduserte både den fysiske og psykiske isolasjonen. Mange av kvinnene i gruppene formet nye og langvarige forhold med hverandre, samtidig som de opplevde en bedre innsikt i seg selv og sin lidelse. Barselgrupper var en viktig arena for kvinnene der de kunne snakke med andre kvinner med fødselsdepresjon, og hovedfokuset til barselgruppene var nettverksskaping og sosial støtte for nye mødre (Haga et al. 2011; McCarthy og McMahon 2008; Coates, Ayers og de Visser 2014). Spesielt for førstegangsmødre var mangelen på referanse noe som gjorde det vanskelig for dem å forstå om følelsene de hadde var normale. Disse kvinnene trengte å



snakke med andre mødre eller med helsepersonell (Coates, Ayers og de Visser 2014). En kvinne forteller:

Luckily I belonged to a mother support group and emailed them telling them what had happened, I asked if it was a sign of postpartum depression and what I needed to do. I was overwhelmed by the responses I got. I was NOT alone! That day over 20 women e-mailed me with stories of the same or even worse. I knew I had to talk to my OB/GYN. (Thomas, Scharp og Paxman 2014, 381).

I studien av Bilszta et al. (2010) kom det frem at kvinnene ønsket at svangerskapskursene skulle inkludere informasjon om emosjonelle forandringer i de første månedene etter fødsel, samt informasjon om hvordan de kunne søke hjelp. Ofte var ikke kvinnene klar over hvilke helsetilbud som var tilgjengelig og hvordan disse tilbudene kunne hjelpe dem.

## ***4.2 Kvinner opplevelse av fødsel og barseltid***

En risikofaktor for utvikling av fødselsdepresjon var negative opplevelser rundt fødselen og barseltiden. Dette ble fremhevet av Highet et al. (2014), Buultjens og Liamputtong (2007), Coates, Ayers og de Visser (2014), Haga et al. (2011), Patel et al. (2012), McCarthy og McMahon (2008), Everingham, Heading og Connor (2006), Hanley og Long (2005).

Under fødselen kunne det oppstå komplikasjoner og uforutsette hendelser (Buultjens og Liamputtong 2007; Highet et al. 2014, McCarthy og McMahon 2008), eller det kunne være at mor opplevde en traumatisk fødsel og hadde gått gjennom et traumatisk svangerskap (Patel et al. 2012; Vik og Hafting 2012; Coates, Ayers og de Visser 2014). Mange kvinner bebreidet seg selv for de negative fødselsopplevelsene og mente at det var deres feil, noe som gjorde det vanskelig for dem å legge det bak seg (Coates, Ayers og de Visser 2014).

Flere fortalte om skam rundt det å miste kontrollen under fødsel, spesielt når det gjaldt separasjonen mellom kroppen og sinnet, da kroppen gjorde som den ville uten at kvinnen hadde kontroll (Coates, Ayers og de Visser 2014). Samtidig ses det i de ovennevnte artiklene at kvinner lette etter ulike faktorer som årsak til deres fødselsdepresjon, som blant annet komplikasjoner under fødselen. Å vite om denne utløsende faktoren kunne gjøre det enklere for kvinnene å utvikle mestringsstrategier overfor sin fødselsdepresjon. Det å få informasjon

om alt som skjedde under og rundt fødselen kunne for mange være en strategi for å mestre depresjonen (Coates, Ayers og de Visser 2014).

Det ble identifisert en inkongruens mellom mødrenes forventninger og deres opplevelse av fødsel og barseltid (Patel et al. 2012; Coates, Ayers og de Visser 2014; Haga et al. 2011; Buultjens og Liamputtung 2007; Highet et al. 2014; McCarthy og McMahon 2008; Vik og Hafting 2012; Everingham, Heading og Connor 2006; Hanley og Long 2005). En kvinne beskrev:

“I had an expectation, I guess it’s a bit too Disneyland isn’t it sometimes?” (Patel et al. 2012, 684).

Denne inkongruensen skapte bevissthet hos kvinnene om at noe var galt (Patel et al. 2012; Coates, Ayers og de Visser 2014; Haga et al. 2011; Buultjens og Liamputtung 2007; Highet et al. 2014; McCarthy og McMahon 2008; Vik og Hafting 2012; Everingham, Heading og Connor 2006; Hanley og Long 2005). Samtidig opplevde kvinnene i de ovennevnte artikler dette som en trussel mot sin egen oppfatning av det å være en god mor. En kvinne fortalte:

Well, we wanted her very much and I knew it would be hard having a baby... I knew that it would take a little while to get into a routine and thing would change.. but I didn’t think things would be a disrupted as they have been... I expected to be able to do most things I used to do pretty much straight away. (Buultjens og Liamputtong 2007, 80).

Flere kvinner forventet at å få barn kom til å bli en spennende, lykkelig og uanstrengt tid som de så frem til under svangerskapet. De hadde sett for seg hvordan barnet kom til å bli og hadde detaljerte planer rundt fødsel og barseltid (Buultjens og Liamputtong 2007; Haga et al. 2011; Bilszta et al. 2010; Vik og Hafting 2012). Barnets temperament var en faktor for utvikling av fødselsdepresjon (Buultjens og Liamputtong 2007), da dette kunne føre til at kvinnene var nervøse og satt igjen med en følelse av håpløshet. I Haga et al. (2011) fortalte flere av kvinnene at de følte et behov for kontroll, noe de gjorde gjennom å ta flere forholdsregler for å sørge for at fødselen gikk så knirkefritt som mulig, samtidig som de planla og forberedte alt det praktiske før fødsel og barseltid. I den samme studien kom det frem at det var typisk at kvinnene ville ha og forventet en naturlig fødsel uten

smertestillende, og at disse kvinnene uttrykte skuffelse dersom fødselen ikke gikk som planlagt. Flere kvinner fortalte at de visste at barseltiden kom til å bli vanskelig, men at de ikke var forberedt på utstrekningen denne forandringen hadde på livet deres (Highet et al. 2014; Buultjens og Liamputtong 2007; Patel et al. 2012).

### ***4.3 Å miste seg selv - crisis of the self***

Mange kvinner følte de mistet seg selv, sin identitet og sine idealer etter at de fikk barn (Highet et al. 2014; Buultjens og Liamputtong 2007; Coates, Ayers og de Visser 2014; Bilszta et al. 2010; Patel et al. 2012; Haga et al. 2011; McCarthy og McMahan 2008; Vik og Hafting 2012; Everingham, Heading og Connor 2006).

Den vanskeligste overgangen for de fleste kvinner var skifte av fokus fra seg selv til barnet. Kvinnene følte seg satt til side fra dagliglivet av barnet, mistet livet som det var før barnet kom og fikk følelsen av at de mistet kontrollen over eget liv (Coates, Ayers og de Visser 2014; Bilszta et al. 2010; Highet et al. 2014; McCarthy og McMahan 2008; Vik og Hafting 2012). Mange kvinner gikk fra å være selvforsynt og selvstendig til å bli sårbar og avhengig av et annet menneske, samtidig som de måtte lære å kjenne det nye barnet (Coates, Ayers og de Visser 2014). Noen kvinner i denne studien fortalte om en overveldende følelse etter at barnet var født, da de plutselig var den ansvarlige voksne med omsorgen for barnet. De følte seg overmannet av et menneske de enda ikke kjente, men som krevde så mye av dem (Coates, Ayers og de Visser 2014). Her forklart av en kvinne:

“During pregnancy, of course I knew it would be hard, but I didn't know that it completely changed everything!” (Vik og Hafting 2012, 812).

Mange kvinner var vant til å ha kontroll over de fleste aspekter i livet og sammenlignet mestring av morsrollen med mestring av jobb, skole og andre hverdagslige eller profesjonelle utfordringer, noe som førte til at kvinnene fikk problemer med overgangen til en fulltidstilværelse som forelder (Haga et al. 2011; Buultjens og Liamputtong 2007; Bilszta et al. 2010; Vik og Hafting 2012). Kvinnene følte at morsrollen ikke var like godt belønnet som jobben og følte seg derfor mindre verdsatt.

Det å opprettholde sitt eget ideal og fasade som god mor var viktig for kvinnene, og depresjonen og dens symptomer førte til skyldfølelse for å ikke leve opp til dette. Kvinnene følte de sviktet seg selv ved å ikke klare og holde på fasaden og forventningene til morsrollen, og følte seg mindreverdige på grunn av dette tilbakeslaget (Patel et al. 2012; Bilszta et al. 2010; McCarthy og McMahon 2008; Vik og Hafting 2012; Everingham, Heading og Connor 2006). I artikkelen av Everingham, Heading og Connor (2006) fortalte kvinnene at de så på det å være kvinne som det å være en god mor, og at å feile som mor var parallelt med å feile som kvinne.

Mange kvinner i studien til Vik og Hafting (2012) fortalte om manglende sikkerhet og selvtillit i sin nye rolle som var mye verre enn de hadde forestilt seg. Konflikten mellom gammel og ny identitet førte til at kvinner ville holde på sin gamle identitet, og å holde på fasaden stjal kvinnes tid og oppmerksomhet (Vik og Hafting 2012). En av mødrene i samme studie forklarte at hennes måte å holde på fasaden var ved ”å smile seg gjennom det”. Gjennom å sette på seg et smil, demonstrerte hun hvor lykkelig hun var og hvor bra hun taklet morsrollen. Dette førte til at ingen så hva som egentlig foregikk bak smilet (Vik og Hafting 2012). For å veie opp mot det å miste kontroll over sitt eget liv, ville kvinner etterhvert forme en ny identitet og utvide sin rolle som mor (Vik og Hafting 2012, Everingham, Heading og Connor 2006).

#### ***4.4 Stigmatisering***

Noe som gjorde det vanskelig og var til hinder for at kvinner skulle søke hjelp var stigmatiseringen fra samfunnet (Bilszta et al. 2010; Patel et al. 2012; Thomas, Scharp og Paxman 2014; Haga et al. 2011; McCarthy og McMahon 2008). Kvinnene hadde en frykt for å erkjenne sine emosjonelle problemer og stigmatiseringen assosiert med å bli satt i bås og bli sett på som en dårlig mor. De holdt derfor lidelsen og følelsene sine for seg selv, noe som kunne føre til isolasjon (Bilszta et al. 2010; Patel et al. 2012; Thomas, Scharp og Paxman 2014; Haga et al. 2011; Buultjens og Liamputtung 2007; McCarthy og McMahon 2008).

You think that you are going looney and you`re going to be put in the looney bin or something. Yeah, because that is what I thought of mental health services. Go there? That`s for loopies (McCarthy og McMahon 2008, 628).

En typisk reaksjon for kvinner med fødselsdepresjon var det faktum at de ikke trodde at noe sånt skulle skje med dem og at det var noe som rammet andre. Dette førte til at de unngikk å bruke ordet depresjon (Bilszta et al. 2010; Patel et al. 2012; McCarthy og McMahon 2008; Hanley og Long 2005). Kvinnene trodde de måtte være organiserte og sterke for å forhindre stigmatisering, og skjulte derfor lidelsen ved hjelp av en perfekt fasade (Bilszta et al. 2010; Patel et al. 2012).

Den mest brukte behandlingsmetoden mot alvorlig fødselsdepresjon var bruk av antidepressiva. Stigmatisering ble sett også her, da flere kvinner knyttet medisinene opp mot det å bli sett på som svake som ikke klarte å takle lidelsen selv. Det oppstod da motsetninger mellom stigmatisering angående det å ta medisinene og nødvendigheten av å finne en løsning på problemet (Patel et al. 2012).

Det å bli “stemplet” med fødselsdepresjon var for mange kvinner skremmende da det var en trussel mot deres selvbilde, og de hadde en redsel for å bli sett på som svake, unormale og syke (Patel et al. 2012). Det å være koblet til psykiatrien ble opplevd stigmatiserende, og kvinner fortalte om en følelse av frykt når de først tok kontakt med helsevesenet (McCarthy og McMahon 2008).

“I should just accept it and I just don't know I am worried about what other people think about me...” (Patel et al. 2012, 686).

Mindre stigmatisering førte til at kvinnene klarte å snakke med andre personer enn de nærmeste, som andre mødre eller venner (McCarthy og McMahon 2008).

## **5.0 Diskusjon**

### ***5.1 Metodediskusjon***

#### **5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

I vår litteraturstudie gikk vi inn for å kartlegge kvinners erfaringer med fødselsdepresjon. Forskning har vist at også en betydelig andel av nybakte fedre kan rammes av fødselsdepresjon (Melrose 2010). Denne forskningen ble imidlertid ikke inkludert i litteraturstudiet da problemene som menn opplevde som et resultat av lidelsen ofte kunne være forskjellig fra kvinnes. Vi tror imidlertid at kunnskap om menn med fødselsdepresjon kunne bidratt til å kaste ytterligere lys på kvinners opplevelse av det samme, og da dette ikke er inkludert i studiet ser vi på det som en mulig svakhet.

Videre valgte vi å avgrense til kvalitative artikler med pasientperspektiv. Kvalitativ metode brukes når man ønsker å undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaringer (Nortvedt 2012), noe som passet godt til hensikten i vår litteraturstudie. En kvantitativ tilnærming ville kunne si mer om prevalens, statistiske sammenhenger og så videre, men i relativt liten grad vært egnet til å belyse erfaringene som vi ønsket å avdekke. Men all den tid det finnes studier med både blandet forskningsdesign og kvantitativ design som ikke er inkludert, kan vi heller ikke utelukke at vi her har gått glipp av relevant kunnskap for studiet.

Vi har valgt å avgrense til språkene engelsk, norsk, dansk og svensk. Alle de inkluderte artiklene ble publisert på engelsk, og forskningsprosjektene var gjennomført i land i Nord-Amerika, Europa og Australia. Dette vil si at land i den vestlige verden er godt representert i vår litteraturstudie, mens land fra andre deler av verden ikke er representert. Vi kan derfor ikke hevde at funnene våre er overførbare til alle samfunn og kulturer.

### 5.1.2 Datainnsamling

Søkeordene som ble inkludert i P(IC)O-skjemaet er dels et resultat av forståelsen vi fikk etter å ha lest bakgrunns litteratur, dels andre som ble lagt til som et resultat av at vi så at noen ord og begreper ofte gikk igjen da vi gjorde prøvesøk tidlig i prosessen. Ved at vi kom fram til søkeord på denne måten, kan det ha utvidet søkeresultatene med treff vi ellers ikke ville fått. Likevel tror vi ikke det har hatt stor betydning for resultatet da vi har kombinert søkeordene med søkeoperatøren “OR” som ikke utelukker treff, men legger til. I tillegg er det selvsagt en mulighet for at det var gode søkeord vi ikke fikk med oss.

Våre inkluderte artikler var et resultat av til sammen seks søk i fire ulike databaser, i tillegg til tre artikler som ble funnet etter manuelle søk. En styrke ved fremgangsmåten vår var at vi lagret eller noterte ned søkene vi gjorde på en slik måte at de kunne gjenskapes. Dette gjorde det enklere å skrive metodedelen av studien, samtidig som det sikret at søkene var etterprøvbare og på den måten styrker oppgavens troverdighet. Videre benyttet vi oss av flere ulike databaser, noe som kan ha gjort det mindre sannsynlig at vi har gått glipp av relevant forskning. Vi tror derimot det kan være en svakhet ved vår framgangsmåte at det ble gjort så mange søk. Dersom de ble samlet til færre søk kunne det gjort søkeprosessen og datainnsamlingen mer oversiktlig.

I det ene søket i databasen CINAHL 21.01.15 fikk vi 51290 treff. Vi ser i etterkant at dette søket burde vært spisset betraktelig, selv om det resulterte i én inkludert artikkel. Dersom søket skulle gjenskapes så ville det være en fare for at artikkelen vi inkluderte ville forsvinne i den store mengden treff, og det er heller ikke umulig at vi overså noen relevante artikler, noe som er en svakhet.

Vi inkluderte tre artikler som ble funnet etter manuelle søk. Vi fant fram til disse artiklene da de var sitert i senere forskning eller litteratur, noe som i seg selv kan tyde på at de holder et godt faglig nivå. Men også her kan en anføre at vi kanskje kunne hatt nytte av å legge ned mer arbeid i søkestrategien, da det er mulig at dette kunne gitt flere relevante treff.

Da det ikke var noen overflod av aktuelle forskningsartikler å velge mellom, valgte vi til slutt å vurdere artikler som var eldre enn de fem årene tilbake som gjelder som utgangspunkt i følge retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde (Jørgensen og Michaelsen 2014). Vi endte opp med å inkludere fire artikler eldre enn fem år: én fra 2005, to fra 2006 og én fra 2008. Disse artiklene ble vurdert og besluttet inkludert da vi mente de holdt høy kvalitet og i tillegg støttet opp under funn som vi allerede hadde identifisert i nyere forskning. Vi mener også generelt at det tyder på sterke funn når forskningsresultater står seg over en lengre tidsperiode. På den annen side hadde det vært en fordel for litteraturstudiens kvalitet å ha flest mulig forskningsartikler av nyere dato å basere seg på, for å sikre at funnene best mulig representerte situasjonen slik den er i dag.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

I vurderingen av artiklene ble Kunnskapssenterets standardiserte sjekklister for kvalitativ forskning (2014) benyttet, noe som kan ha økt studiens reliabilitet da vi ikke har så mye erfaring i å drive kritisk vurdering av forskning.

Alle de inkluderte artiklene var publisert på engelsk. Da vi ikke har ikke lang erfaring med å lese engelske forskningsartikler og akademiske tekster, kan vi ikke utelukke at vi har gjort noen feiltolkninger eller gått glipp av noen nyanser. En del engelske ord kan oversettes til flere norske ord, avhengig av kontekst, og dette kan være en mulig svakhet ved litteraturstudien vår.

Av etiske hensyn var det først og fremst viktig å sørge for at dataene som kom fram i forskningsartiklene hadde blitt innhentet på en måte som ivaretok kvinnenens anonymitet og at deltakelse var frivillig. For vår egen del, i analysearbeidet, har vi prøvd å unngå og ta funn ut av sin kontekst. Dette måtte vi selvsagt til en viss grad gjøre for å kunne redusere og fokusere innholdet, men for eksempel ved bruk av sitater har vi prøvd å beholde meningsinnholdet slik som det framstod i artiklene de er hentet fra. At vi har vært bevisst på dette anser vi som en styrke. At artikkelforfatterne har gjort det samme er noe vi må legge til grunn.



#### **5.1.4 Analyse og resultat**

Vi benyttet oss av Evans' (2002) artikkel i arbeidet med å analysere forskningsartiklene. Evans (2002) beskrev en systematisk fremgangsmåte for å arbeide med artiklene slik at vi til slutt satt igjen med hovedfunnene i form av temaer som gikk igjen i datamaterialet på tvers av de individuelle forskningsartiklene. Det var til stor hjelp for oss å ha en slik plan å arbeide etter, da ingen av oss har særlig erfaring med analysearbeid fra tidligere. Vi tror denne fremgangsmåten gjorde det enklere å få fram de viktigste funnene på en strukturert måte, noe vi mener styrker vår studie.

Også her mener vi det var en styrke at vi først arbeidet hver for oss, for deretter å sette oss sammen og diskutere hva vi hadde kommet fram til. Ved at vi først så på materialet hver for oss var det mindre sannsynlig at viktige funn ble oversett. Det viste seg likevel at vi satt igjen med nokså like funn etter å ha analysert artiklene. På den ene siden kan det tyde på at vi har fått med det vesentlige, mens på den annen side kan det være et resultat av en felles forforståelse som hadde kommet gjennom å ha lest mye av den samme bakgrunnsteorien og diskutert tematikken sammen over tid.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Betydningen av støtte utenfra**

De fleste kvinnene i vår litteraturstudie hadde gode og støttende forhold til sine partnere. Svangerskapet innebar store emosjonelle forandringer, ikke bare hos kvinnen og partner, men også hos deres nærmeste familie (Bilszta et al. 2010; Haga et al. 2011; Hanley og Long 2005). Dette ga større mulighet for nærhet og utvikling, men perioden kunne også være starten på problemer i forholdet (Bendiksen og Brean 2013). Opplevelsen av lite emosjonell og praktisk støtte kunne i noen tilfeller være en konsekvens av, eller kime til, konflikt med partner. Et konfliktfylt forhold til partner gjorde at kvinnen fikk en sterkere opplevelse av å stå alene (Highet et al. 2014; Vik og Hafting 2012; Buultjens og Liamputtong 2006).

Noen kvinner følte på et forandret forhold til partner etter fødsel og en konflikt i forholdet med partner kunne være en utløsende årsak til fødselsdepresjon (Bilszta et al. 2010; Highet et al. 2014; Patel et al. 2012; Buultjens og Liamputtong 2006). Menn sitt utgangspunkt for å forstå depresjonen handlet om å finne kimen til problemet, uavhengig av om kimen var kvinnen selv eller andre faktorer. Vi ser at partner kunne ha en annen tilnærming til svangerskapet og fødselsdepresjon enn kvinnen (Buultjens og Liamputtong 2007; Coates, Ayers og de Visser 2014; Everingham, Heading og Connor 2006). Studien til Røsand et al. (2011) sier at et dårlig forhold der en eller begge partene er misfornøyd, øker sjansen for emosjonelle plager hos den nybakte moren, noe som støtter opp under våre funn.

I resultatet ser vi at kvinner hadde forventninger om at partner skulle beskytte, motivere og hjelpe til med barnet (Coates, Ayers og de Visser 2014; Haga et al. 2011), og noen kvinner i studien til Buultjens og Liamputtong (2006) opplevde partneren som lite empatisk overfor deres følelser. Det at kvinnen har store forventninger til sin partner kommer også frem i teorien (Bendiksen og Brean 2013). I møte med en kvinne i praksis forklarte hun at det at mannen var borte på jobb store deler av dagen førte til at hun ble ensom, irritert og hadde en negativ tankegang. Det eneste hun tenkte på var at han skulle komme hjem og hjelpe henne med barnet, samt at hun fikk noen å dele tankene med. For denne kvinnen gikk det så langt at hun ringte sin mann på jobb og forklarte at dersom han ikke kom hjem ville hun kaste barnet i veggen. Det var på dette tidspunktet hun selv innså at hun var deprimert. Dette viser et alvorlig tilfelle av fødselsdepresjon som kan ha blitt forsterket av isolasjon og for lite sosial kontakt. Dette kunne muligens blitt oppdaget tidligere dersom kvinnen hadde et

bredere sosialt nettverk, fått bedre informasjon om fødselsdepresjon i forkant av fødsel og dersom partner hadde hatt kunnskaper om psykiske forandringer hos kvinnen.

Det viser seg også at menn og kvinner har ulikt fokus angående graviditeten og barseltiden. Kvinner har ifølge Bendiksen og Brean (2013) mest fokus på seg selv og sin egen og barnets helse under og etter graviditeten, mens menn har mer fokus på forholdet mellom han og kvinnen. Det at partene har forskjellig fokus kan føre til at de føler at de ikke tar nok hensyn til hverandre (Bendiksen og Brean 2013).

Flere kvinner i studien til Vik og Hafting (2012) uttrykte en frustrasjon når det gjaldt vanskeligheten ved å velge mellom partneren og barnet. Kvinnen har ofte større behov for ømhet og omsorg under og etter graviditeten enn ellers, noe som kan påvirke samspillet paret imellom og øke eller redusere nærheten mellom dem. Kroppslige forandringer og emosjonelle faktorer kan føre til at kvinnen og partneren splittes og får mindre forståelse for hverandre (Bendiksen og Brean 2013).

For at partene skal ha et godt forhold er det viktig at de snakker sammen, setter ord på sine følelser og skaper forståelse rundt hverandres situasjon. Dette for å hindre konflikt mellom partene, som tidligere nevnt kan være en utløsende årsak til fødselsdepresjon (Bilszta et al. 2010; Hight et al. 2014; Patel et al. 2012; Buultjens og Liamputtong 2006) og studiene Røsand et al. (2011) og Røsand et al. (2012) støtter opp under dette. Et par med et godt forhold vil kunne ha bedre kjennskap til hverandres følelser, forstå eller prøve å forstå hva den andre går igjennom, og et godt forhold kan være en buffer mot depresjon og emosjonelt stress.

Det er kvinner som føder barn og som derfor står overfor de største fysiske og psykiske prøvelsene relatert til svangerskap, fødsel og barseltid. Naturlig nok anses fødselsdepresjon derfor for å være en kvinnerelatert lidelse. Forskning har imidlertid vist at også en betydelig andel fedre kan rammes av fødselsdepresjon (Melrose 2010). I følge Melrose (2010) har studier vist at 4-25% av fedre kan bli rammet, og forekomsten var vesentlig høyere i parforhold der også moren var deprimert (24-50%).

Et gjennomgående trekk ved fedre med fødselsdepresjon var at sosial tilbaketrekking og irritabilitet var mer fremtredende enn nedstemthet. Kvinner med fødselsdepresjon befinner seg ofte i et parforhold, og samspillet med partneren ser ifølge våre funn ut til å kunne ha

stor betydning for hvordan hun opplever og mestrer lidelsen. Dersom begge foreldrene har fødselsdepresjon kan kanskje både parforholdet og omsorgen for barnet bli vanskeligere å ivareta på en god måte. Vi tror at kunnskap om menn med fødselsdepresjon kanskje kunne bidratt til å kaste ytterligere lys på kvinners opplevelse av det samme.

Også fedre er i en sårbar situasjon, og de skal og gjennom forberedelsene til en ny rolle. Vi ser i vår studie at partner er viktig for kvinnen (Buultjens og Liamputtong 2006; Haga et al. 2011; Coates, Ayers og de Visser 2014; Vik og Hafting 2012; Everingham, Heading og Connor 2006; Hanley og Long 2005; Thomas, Scharp og Paxman 2014; McCarthy og McMahon 2008), og vi mener derfor det er viktig at også han blir godt ivaretatt gjennom svangerskapet og barseltiden. Fedre er i dag involvert i svangerskapsforberedelsene, men vi mener det med fordel kunne vært arrangert egne møter eller grupper for vordende og nybakte fedre. Vi tror kanskje det ville være lettere for mange å ta opp spørsmål og bekymringer i en slik gruppe.

Den familiære bakgrunnen kunne ha en påvirkning ikke bare på anerkjennelse av fødselsdepresjonen, men også på nødvendigheten og prosessen rundt å søke hjelp (Bilszta et al. 2010). Hos en familie der det å søke hjelp ble sett på som en svakhet, kunne det ende med at kvinnene kun snakket med familien om problemet og hjelpeapparatet ble betydelig innsnevret (Bilszta et al. 2010). Et begrenset nettverk og lite kunnskap om fødselsdepresjon kan føre til at de psykiske reaksjonene blir vanskelige å håndtere. På den annen side er det ofte partner og de nærmeste som kjenner kvinnen og hennes reaksjonsmønstre og væremåte best, og vet hvordan de kan få kvinnen til å søke hjelp.

Lite søvn og uro hos barnet kan ifølge jordmor Ingeborg Hjertvik (intervju 10.03.15) være en utløsende faktor for utvikling av fødselsdepresjon, og kan føre til for lite søvn hos mor. Da en del kvinner i dag ikke har en partner å dele utfordringene rundt omsorgen av barnet med, blir kvinnens nærmeste familie ofte en viktig støtte. Noen kommuner formidler kontakt mellom alenemødre, slik at de kan få sosial støtte fra andre mødre i samme situasjon, noe vi mener kan være et godt tiltak.

Barselgruppene la til rette for å skape nettverk og sørge for sosial støtte for nye mødre. Dette er en viktig arena der nybakte mødre kan snakke med andre mødre om morsrollen og fødselsdepresjon, samt få sosial støtte fra andre i samme situasjon (Haga et al. 2011; McCarthy og McMahan 2008; Coates, Ayers og de Visser 2014). En kvinne i praksis sin erfaring med barselgruppen var at hun fikk bearbeidet fødselen gjennom samtaler med andre mødre. Det å snakke om selve fødselen var for henne viktig for å komme seg videre og fokusere på barnet sitt.

En kan likevel stille spørsmål om barselgruppene for noen kan virke mot sin hensikt. Vi ser gjennom vår litteraturstudie at kvinner vil leve opp til forventninger rundt fødsel og barseltid. Dersom alle i barselgruppen forteller om en lykkelig og fin tid som mor, kan det muligens føre til at de som har det vanskelig ikke vil oppleve støtte, men heller føle seg utenfor og alene. Derfor tror vi er det viktig at barselgruppene består av kvinner som passer sammen, og at helsesøster eller jordmor kanskje kunne hjelpe til å sette sammen gruppene med bakgrunn i sin kjennskap til kvinnene.

### **5.2.2 En god relasjon mellom kvinnen og helsepersonellet skaper tillit**

I dag skjer hjemreisen i løpet av 48 timer etter fødsel ifølge jordmor Ingeborg Hjertvik (intervju 10.03.15). Dette fører til at jordmødrene ikke rekker å kartlegge kvinnenes psykiske status så grundig som tidligere. Dette fører igjen til at ansvaret for å avdekke fødselsdepresjonen ligger på kommunen, altså jordmor, helsesøster eller lege.

Jordmor eller helsesøster skal ifølge Helsedirektoratets retningslinjer (2014) komme på hjemmebesøk i løpet av 48 timer etter utskrivelse fra barselavdelingen for å snakke med kvinnen og for å se hvordan det går med barnet. Dette bekreftes gjennom intervju med jordmor Ingeborg Hjertvik (10.03.15). Hun forteller også at ved tegn på depresjon hos kvinnen henvises hun til sin fastlege. Behandlingen er først og fremst støttesamtaler med jordmor, helsesøster eller annen behandler.

En kvinne fra praksis opplevde at det ved besøk på helsestasjon var for lite fokus på kvinnens følelsesliv, da hovedfokus den første tiden etter fødsel lå på barnets helse. Hun mente det burde være grundigere samtaler med mor med fokus på hennes psykiske helse og bearbeidelse av fødselen, hyppigere samtaler på helsestasjon og en utarbeidet standard på

screening. Samtidig mente hun at det var viktig å ansette nyutdannet og yngre helsepersonell, da hun mente eldre helsepersonell kunne være dårligere til å oppdatere seg på ny forskning og kunnskap om emnet. På den annen side er erfaring en nøkkelegenskap når det gjelder screening for fødselsdepresjon. Helsepersonell kan med fordel være raskere ute med screening og samtaler med kvinnen for å tidligere oppdage fødselsdepresjon. Dette vil trolig kreve mer ressurser i primærhelsetjenesten gjennom bedre økonomiske vilkår som kan være med på å styrke antall helsepersonell og utarbeide bedre prosedyrer på screening av fødselsdepresjon.

Det mest kjente screeningverktøyet for fødselsdepresjon er Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Dette verktøyet har i den senere tid blitt tatt i bruk på mange helsestasjoner, men er ikke standardisert i det norske helsevesenet. Mange jordmødre bruker essensen av verktøyet og tolker den på sin måte etter hva de synes er viktigst. Samtaler og screening av kvinnen vil da bygge på den enkelte jordmors erfaring og vil da være forskjellig fra jordmor til jordmor. Vi mener dette kan føre til at viktige observasjoner kan blir oversett. Sett i lys av EPDS-verktøyets treffsikkerhet (Larun et al. 2013) mener vi at det med fordel kunne vært utviklet prosedyrer for bruk av screeningverktøyet i norske kommuner, noe som vi tror kan føre til at flere kvinner med fødselsdepresjon blir oppdaget.

I vår litteraturstudie ser vi at forskningen peker på en del negative erfaringer med helsevesenet under og etter fødsel. På den annen side ser vi også positive erfaringer som er verdt å løfte frem. Positive erfaringer omhandlet bruken av spesialiserte sykepleiere i og rundt fødsel og barseltid, helsepersonell som forsto og kunne administrere behandling av fødselsdepresjon, samt helsepersonell med empatisk og støttende tilnærming som ga kvinnene muligheten til å bearbeide sine følelser (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Hanley og Long 2005; McCarthy og McMahon 2008).

Det var positivt for kvinnene i studien til Coates, Ayers og de Visser (2014) når det hadde utviklet seg et støttende og empatisk forhold mellom helsepersonellet og kvinnene under svangerskapet og etter fødsel. I den samme studien fortalte flere av kvinnene at et forstående helsevesen som tok seg god tid var til god hjelp med å hjelpe kvinnene gjennom de umiddelbare utfordringene i rollen som nybakt mor. En kvinne fra praksis syntes at helsepersonellet burde ha en mer bestemt tilnærming, da hun trodde at mange kvinner kan ha vanskelig for å sette ord på sine følelser.

I resultatet kom det gjennom ulike studier frem at grunnen til at mange kvinner følte seg oversett av helsevesenet var manglende informasjon om fødselsdepresjon og manglende eller for lite informasjon om hvordan de skulle søke hjelp (Buultjens og Liamputtong 2007; Thomas, Scharp og Paxman 2014; McCarthy og McMahon 2008). I Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) står det; “Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”. Kvinnene i Coates, Ayers og de Visser (2014) assosierte den dårlige behandlingen fra helsevesenet med mangel på nok helsepersonell, at helsepersonellet ikke hadde nok tid til å ta seg av og snakke med kvinnene, og en manglende dialog mellom kvinnene og helsepersonellet. De følte seg ikke lyttet til, ble ikke sett på som likeverdige, følte seg ikke tatt vare på og følte mangel på respekt. Vi mener det er viktig med god og åpen kommunikasjon mellom partene basert på gjensidig tillit til hverandre. God kommunikasjon krever en kombinasjon av å stille spørsmål, lytte aktivt og å speile og bekrefte den andre (Eide og Eide 2010).

Gjennom telefonintervju den 10.03.15 med jordmor Ingeborg Hjertvik fortalte hun at deres viktigste jobb i forhold til fødselsdepresjon er forebyggende informasjon, både til den gravide og til hennes partner. De skal få informasjon om hva fødselsdepresjon er, mulige utløsende årsaker og hvilke symptomer som kan forekomme. Dette gjelder spesielt for partner, slik at han vet hva han skal se etter. I lys av dette mener vi at partner bør få informasjon om dette som en del av svangerskapsomsorgen. I et samfunnsmessig perspektiv kan det å bruke mer penger og ressurser på helsefremmende og forebyggende tiltak overfor fødselsdepresjon være besparende. Det spares da penger på lang sikt ved at samfunnet slipper å betale for en dyrere behandling dersom kvinnen har utviklet en alvorlig depresjon som krever en dyrere behandlingsform.

### 5.2.3 Inkongruens mellom forventninger og realitet

Alle kvinner kjenner uro og angst under graviditeten, noe som er normalt og en del av det å forberede seg til fødselen og det å ta imot barnet (Bendiksen og Brean 2013). Flere mødre hadde en detaljert plan rundt både svangerskapet, fødselen og barseltiden, samt et opparbeidet ideal rundt morsrollen som de ville leve opp til, men ikke var i stand til. Flere kvinner endte opp lite fornøyd med opplevelsen av fødselen og selve morsrollen. Dette kunne igjen føre til skam og selvbekreidelse, utmattelse og sårbarhet (Coates, Ayers og de Visser 2014; Patel et al. 2012; Haga et al. 2011; Highet et al. 2014; Vik og Hafting 2012; Everingham, Heading og Connor 2006; Hanley og Long 2005). Disse funnene bekreftes av jordmor Ingeborg Hjertvik (intervju 10.03.15), som sa at de vanligste årsakene til fødselsdepresjon blant annet er traumatisk fødsel og livskrise med overgang til en ny rolle. Andre vanlige årsaker nevner hun kan være hormonelle, tidligere depresjon, lite støtte, vanskelig svangerskap, og sykt og urolig barn.

Mange kvinner vurderer seg selv opp mot et ideal om hvordan de mener morsrollen burde være (Bilszta et al. 2010; Patel et al. 2012; McCarthy og McMahon 2008; Vik og Hafting 2012; Everingham, Heading og Connor 2006). Mollard (2014) beskriver at dette ikke nødvendigvis er et universelt ideal, men et ideal som er konstruert av kvinnen selv med utgangspunkt i hennes livserfaringer og kultur. Konseptet rundt det å være en “god” mor er også gjennomgående i vår litteraturstudie og støttes opp av Mollard (2014); en “god” mor skal være glad for at hun har et friskt barn, være uselvisk, tålmodig og kunne amme. Dersom kvinnen ikke klarer å leve opp til dette, ser hun på seg selv som en “dårlig” mor.

Det å leve opp til dette idealet blir i dag ofte overført til svangerskap, fødsel og barseltid. Dette fører til økt planlegging og store forventninger, som gjør at fallhøyden hvis disse forventningene ikke blir innfridd blir stor. Mollard (2014) støtter opp under våre funn, da et gjennomgående tema var kvinnes urealistiske forventninger rundt morsrollen. Dette blir identifisert som en inkongruens mellom forventningene rundt den kommende morsrollen og hvordan det faktisk ble.



Kvinnene i studien til Haga et al. (2011) hadde et mer åpent sinn rundt hvordan barseltiden kom til å bli, og hadde mer realistiske forventninger. Andre kvinner i denne studien hadde ingen eller få forventninger, og uttrykte ikke noe ubehag eller følelse av skuffelse dersom forventningene ikke ble innfridd. I Bendiksen og Brean (2013) kommer det frem at hos de fleste kvinner går forberedelsene til å bli mor naturlig, og de har den innstillingen at “det bare skjer”. Dette kan føre til at uforutsette hendelser blir taklet på en mer hensiktsmessig måte, da disse kvinnene er innstilt på og har kunnskaper om at en fødsel ikke nødvendigvis går etter planen og at mye kan skje underveis. Vi mener derfor det kan være viktig at kvinnene blir informert om at en fødsel har et forløp som ikke lar seg planlegge på forhånd. Kvinner i denne perioden av livet går gjennom mye følelsesmessig og skal bearbeide store mengder informasjon. Derfor mener vi det kan være viktig å si ut det som er viktigst, gjenta informasjonen gjennom møter med kvinnen, informere partner og kommunisere på en slik måte at kvinnen føler seg respektert og forstått.

#### **5.2.4 Glansbilde; Det å fremstå som en lykkelig og god mor**

Det å få barn er en av de største hendelsene i livet og det er store forventninger til kvinnen, både fra henne selv og fra omgivelsene (Berle 2013). En fødsel fører til en drastisk forandring i kvinnens og partnerens liv. Denne gjennomgripende endringen av kvinnens liv og levemåte førte til at de følte de mistet kontroll over livet (Buultjens og Liamputtong 2007; Highet et al. 2014; Everingham, Heading og Connor 2006). For flere kvinner var førsteprioriteten å få et friskt barn, og ens egen helse ble overskygget og kom i annen rekke (Hanley og Long 2005). Det uforutsigbare behovet til barnet og følelsen av at de måtte ha kontroll for å være en god mor, førte til at de var motvillige til å gå ut eller sosialisere seg før de følte de hadde kontroll (Everingham, Heading og Connor 2006). I Mollard (2014) kommer det frem at et gjennomgående tema i deres forskning var “å miste seg selv”, noe som støtter opp under de ovennevnte funnene i vår litteraturstudie.

Kvinner i studiet til Coates, Ayers og de Visser (2014) fortalte om en overveldende følelse etter fødselen, da de plutselig var ansvarlige for omsorgen for barnet. Dette førte til at de følte seg overmannet av et menneske de enda ikke kjente, men som likevel krevde så mye av dem. Utfordringen for mange kvinner kom da det ble for mange drastiske forandringer i livet, som førte til kaos og trigget følelsene av forvirring da de følte de ikke hadde kontroll over sitt liv (Highet et al. 2014).

Det å opprettholde en fasade er for mange kvinner viktig (Patel et al. 2012; Bilszta et al. 2010; McCarthy og McMahon 2008; Vik og Hafting 2012; Everingham, Heading og Connor 2006). Mollard (2014) forklarer at flere kulturer har en stereotypi der de ser på morsrollen som en lykkelig tid. Flere kvinner følte at de sviktet seg selv hvis de ikke klarte å holde på fasaden eller leve opp til forventningene til morsrollen (Patel et al. 2012; Bilszta et al. 2010; McCarthy og McMahon 2008; Vik og Hafting 2012; Everingham, Heading og Connor 2006). Dette kommer også frem i Mollard (2014) som støtter opp under våre funn.

Det at kvinner setter opp en fasade mener vi kan gjøre det vanskelig for helsepersonell å avdekke en mulig fødselsdepresjon. Derfor tror vi at helsepersonellens evne til å forstå at noe er galt vil avhenge av den kunnskapen og erfaringen de innehar. I lys av dette mener vi det burde være samme person som møter kvinnen ved hver samtale for å sørge for kontinuitet i omsorgen, samtidig som helsepersonellet da får bedre kjennskap til kvinnen og bedre kan se forandringer og symptomer på fødselsdepresjon.

Ved å skjule depresjonen tror vi at disse kvinnene kanskje ikke får den hjelpen de trenger, noe som kan føre til at de utvikler en alvorlig depresjon.

I følge litteraturen kan depresjonen innvirke på og forstyrre mor-barn-interaksjonen (Berle 2013). Dette kan være skadelig for barnets emosjonelle og kognitive utvikling. Dersom depresjonen forløper ubehandlet og det utvikles en alvorlig depresjon, vil dette føre til en stor belastning for familien og spesielt for barnet (Berle 2013).

I tillegg til å ha informasjon og kunnskap om emosjonelle forandringer relatert til fødsel og barseltid, tror vi det er viktig at kvinnene er bevisst sine egne følelser og setter ord på disse, fremfor å legge lokk på vanskelige tanker og late som alt er bra. Mange kan føle på frustrasjon, sinne, maktesløshet og håpløshet uten å være kognitivt bevisst på hva de føler og hvorfor følelsene er som de er. Vi tror videre at en person med depresjon, som en naturlig konsekvens av sykdommen, muligens vil oppleve livssituasjonen så belastende at en slik erkjennelse ofte vil være vanskelig å komme fram til på egenhånd. Dette betyr at helsepersonellet i svangerskaps- og barselomsorgen vil være en viktig samtalepartner som kan bidra til å hjelpe kvinnen til å sortere sine tanker og følelser, noe vi ser vil sette store krav til helsepersonellens erfaring og kompetanse.

### **5.2.5 Stigmatisering; psykisk lidelse og antidepressive legemidler**

Vi ser at kvinner i dag sammenligner seg selv med det de blir eksponert for i sosiale medier. Dette førte til at de så på seg selv som annerledes enn andre, eller hadde nedlatende tanker om seg selv (Bilszta et al. 2010). På mammablogger og andre sosiale medier både her i landet og ellers i verden kan vi lese om kvinner med det som fremstår som det perfekte liv, et friskt og rolig barn og et vakkert hjem. Når dette er hva vi omgir oss med hver dag, er det ikke rart at det skapes et stort forventningspress.

Når de fikk påvist fødselsdepresjon var mange kvinners første tanke at det var noe som ikke kunne ramme dem. Det var noe som skjedde andre (Bilszta et al. 2010; Patel et al. 2012; McCarthy og McMahan 2008; Hanley og Long 2005). De unngikk også å bruke ordet depresjon, da det ble en trussel mot hennes selvbilde fordi hun da ble stemplet som psykisk syk. Betegnelsen ble ofte assosiert med innleggelse på psykiatrisk avdeling, det å bli sett på som gal og i verste fall bli fratatt barnet som var kvinnens største frykt.

Ved milde og moderate depresjoner vil mange pasienter kunne ha nytte av forskjellige typer samtaleterapi med helsesøster eller jordmor, samt råd og veiledning, aktivering av den øvrige familien og der det er mulig oppfølging i form av hjemmebesøk (Berle 2013). Ved alvorlige depresjoner ser pasientene ut til å ha lite utbytte av denne typen behandling, og det blir oftest satt i gang medikamentell behandling i form av antidepressive legemidler. Det å begynne med antidepressive legemidler ble også opplevd stigmatiserende, da en del kvinner i vår litteraturstudie (Bilszta et al. 2010; Patel et al. 2012) knyttet medisiner opp mot det å bli sett på som svak som ikke klarte å mestre lidelsen selv.

I Taylor og Laraia (2009) kommer det frem at FDA (U.S Food and Drug Administration) ikke har godkjent bruk av antidepressive legemidler hos gravide kvinner eller kvinner som ammer. Gravide og ammende kvinner blir systematisk ekskludert fra denne typen forskning, og det finnes derfor ikke god nok kunnskap om legemidlenes virkning på fosteret. Derfor er det opp til behandler, i samarbeid med kvinnen, å individuelt veie risiko og fordeler opp mot hverandre for å komme frem til hva som er best for kvinnen (Taylor og Laraia 2009).

I Felleskatalogen (2014a) kommer det frem at bruk av antidepressive legemidler kan føre til økt risiko for hjertemisdannelser hos fosteret og fare for abstinensproblemer hos barnet. Det fremkommer i Nordeng, Yngstrom og Eberhard-Gran (2014) at det å ha depresjon under graviditeten i seg selv øker sjansene for tidlig fødsel. I følge Felleskatalogen (2014b) går alle antidepressive legemidler over i morsmelken, men risikoen for påvirkning av barnet er svært liten. Behandling med antidepressive legemidler ses derfor på som å være forenelig med amming.

Når vi ser på de uspesifiserte indikasjonene i lys av faktaopplysningene ved bruk av denne typen legemidler ved graviditet, er det ikke rart at gravide kvinner er skeptisk til bruk av antidepressive legemidler, og ser på bruken av dette som en svakhet og risiko overfor barnet. Derfor vil mange kvinner se bort ifra dette alternativet. Dersom depresjonen har kommet så langt at psykoterapeutisk behandling ikke har noen effekt, kan dette føre til at fødselsdepresjonen forverres og kan bli vanskeligere å behandle.

## 6.0 Konklusjon

Fødselsdepresjon rammer mange kvinner og årsakene er mange og sammensatte. Støtte fra partner og nærmeste familie er noe av det viktigste for kvinnen, og kvinnen og partneren kan ha forskjellige forventninger og forståelse av svangerskap, fødsel og barseltid, noe som kan føre til konflikt. Barselgrupper er en god støttearena for mødre der de får bearbeidet følelser rundt fødsel og barseltid, samt hindre isolasjon.

Kvinner sendes hjem fra barselavdelingen etter få døgn, og god informasjon er viktig for å forberede kvinnen og partneren på tiden etter hjemreise. Mange føler at helsepersonellet ikke bruker nok tid ved samtaler, og at de ikke blir behandlet med respekt eller lyttet til. Jordmor og helsesøsters viktigste jobb i forhold til fødselsdepresjon er forebyggende informasjon til kvinnen og hennes partner. De bør få informasjon om fødselsdepresjon og hvordan de kan søke hjelp.

Kvinner kjenner skam og selvbekredtelse dersom de føler de ikke når opp til sine forventninger rundt det å være en god mor. De har et ideal om hvordan morsrollen skal være, og har detaljerte planer rundt svangerskap, fødsel og barseltid. Det ses en inkongruens mellom deres forventninger og realiteten.

Det å få barn fører til en drastisk endring av kvinnens liv og mange kvinner føler at de mister kontroll over livet sitt. Vi ser at mange kvinner skjuler depresjonen ved å sette opp en fasade. Dette kan føre til at fødselsdepresjonen ikke blir behandlet, og det kan utvikles en alvorlig depresjon. Fødselsdepresjon kan forstyrre mor-barn-interaksjonen og tilknytningen mellom dem, noe som kan gå ut over barnets emosjonelle og kognitive utvikling.

Mange kvinner føler seg stigmatisert på grunn av sin depresjon og bruk av antidepressive legemidler. Kvinner med mild til moderat depresjon har nytte av samtaleterapi, men ved en alvorlig depresjon settes det oftest i gang medikamentell behandling med antidepressive legemidler. Vi ser at kvinner er skeptisk til bruk av disse legemidlene da forskningen ikke er klar på om bruken er trygg ved svangerskap og amming.

## ***6.1 Forslag til videre praksis og forskning***

Et screeningverktøy som EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) burde være standard i norske kommuner, slik at helsepersonell kunne hatt en standardisert prosedyre i bruk for å identifisere fødselsdepresjon hos kvinner. Samtidig mener vi at helsepersonell bør bruke lengre tid hos kvinnen og ha et like stort fokus på kvinnens psykiske helse som på barnet de første ukene etter fødsel. God informasjon om fødselsdepresjon til både kvinnen og hennes partner er viktig, slik at de vet hvilke tegn de skal se etter og slik at en skaper en trygghet for kvinnen rundt det å søke hjelp hos helsevesenet. Videre er det viktig at kvinner får sosialisere seg med andre i samme situasjon, og å inkludere mødrene i en barselgruppe kan være et godt tiltak for å bedre dette.

Det bør gjøres videre forskning på antidepressive legemidler for å få nok kunnskap om legemiddelets virkning på fosteret under graviditet og barnet etter fødsel. Dette vil kunne føre til økt trygghet for kvinnen og gjøre valget om å starte opp med legemiddelet enklere. Sett i lys av den høye forekomsten av fødselsdepresjon hos menn der kvinnen også er deprimert, mener vi det bør gjøres mer forskning på fødselsdepresjon hos menn og den påvirkning det kan ha på familien.

## Litteraturliste

Bendiksen, Rita Beate og Gro Vatne Brean. 2013. "Emosjonelle og seksuelle aspekter i svangerskapet" i *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid*, red. Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt, 55-63. Bergen: Fagbokforlaget.

Berle, Jan Øystein. 2013. "Psykiske reaksjoner under svangerskap og i tiden etter fødsel" i *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid*, red. Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt, 235-239. Bergen: Fagbokforlaget.

Bilszta, Justin, Jennifer Ericksen, Anne Buist og Jeannette Milgrom. 2010. "Women's experience of postnatal depression - beliefs and attitudes as barriers to care". *Australian Journal of Advanced Nursing* 27(3): 44-54. Cinahl (8409358).

Buultjens, Melissa, og Pranee Liamputtong. 2006. "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](https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.04.002)

Coates, Rose, Susan Ayers og Richard de Visser. 2014. "Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study". *BMC Pregnancy and Childbirth* 14: 359  
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/359>  
doi:10.1186/1471-2393-14-359

Eide, Hilde og Tom Eide. 2010. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data". *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22-26.  
<http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Everingham, Christine Rosemary, Gaynor Heading og Linda Connor. 2006. "Couples' experiences of postnatal depression: A framing analysis of cultural identity, gender and communication". *Social Sciences and Medicine* 62(7): 1745-1756.  
[doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.039](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.039)

Felleskatalogen. 2014a. Spesialtema: Graviditet og legemidler, SSRI.

<http://felleskatalogen.no/medisin/graviditet/s>

Felleskatalogen. 2014b. Spesialtema: Amming og legemidler, SSRI.

<http://felleskatalogen.no/medisin/ammings/s>

Forberg, Brit og Synne Holan. 2013. "Det nyfødte barnet". I *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid*, red. Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt, 207-220. Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Glavin, Kari, Lars Smith og Ragnhild Sørum. 2009. "Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway". *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23(4): 705-701. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x.

Haga, Silje, Anita Lynne, Kari Slinning og Pål Kraft. 2011. "A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers". *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26: 458-466. SveMed+ (12093627).

Hanley, Jane og Barrie Long. 2005. "A study of Welsh mothers' experiences of postnatal depression". *Midwifery* 22(2): 147-157.

[doi:10.1016/j.midw.2005.08.004](https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.08.004)

Helsedirektoratet. 2014. Nytt liv og trygg barseltid for familien. IS-2057.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>



Highet, Nicole, Amanda L. Stevenson, Carol Purtell og Soledad Coo. 2014. "Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety". *Women and Birth* 27(3): 179-184.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.003>

Holan, Synne og Brit Forberg. 2013. "Barseltiden". I *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid*, red. Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt, 189-199. Bergen: Fagbokforlaget.

Jørgensen, Else og Ragnhild Michaelsen. 2014. SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie, retningslinjer. Molde: Avdeling for helse- og sosialfag.

Larun, Lillebeth, Marita S. Fønhus, Kari Håvelsrud, Kjetil G. Brurberg og Liv Merete Reinar. 2013. *Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 1 - 2013.

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/attachment/166795?ts=14853c377ff&download=false>

(lest 10.03.15)

McCarthy, Michelle og Catherine McMahon. 2008. "Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting". *Health Care for Women International* 29: 618-637. Cinahl (8411543).

Melrose, Sherri. 2010. "Paternal postpartum depression". *Contemporary nurse*. 34(2): 199-210.

Mollard, Elizabeth K. 2014. "A Qualitative Meta-Synthesis and Theory of Postpartum Depression". *Mental Health Nursing*. 35(9): 656-663.

doi: 10.3109/01612840.2014.893044

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2014. Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler.

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>

Nordeng, Hedvig, Eiving Yngstrom og Malin Eberhard-Gran. 2014. "Medication safety in pregnancy – Results from the MOBA study". *Norsk epidemiologi*. 24(1-2): 161-168

<http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1818>

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2015. "Publiseringskanaler".

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

(lest 12.03.15)

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim, Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe.

O'Hara, Michael W. og Jennifer E. McCabe. 2013. "Postpartum depression: current status and future directions." *Annual Review of Clinical Psychology*. 9: 379-407.

doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612

Pasient- og brukerrettighetsloven. 2001. *Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter*.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Patel, Sonia, Anja Wittkowski, John R. E. Fox og Angelika Wieck. 2012. "An exploration of illness beliefs in mothers with postnatal depression". *Midwifery* 29(6): 682-689.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.012>

Røsand, Gunn-Mette B, Kari Slinning, Malin Eberhard-Gran, Espen Røysamb og Kristian Tambs. 2011. "Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy". *BMC Public Health*. 11:161

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-161.pdf>

doi:10.1186/1471-2458-11-161

Røsand, Gunn-Mette B, Kari Slinning, Malin Eberhard-Gran, Espen Røysamb og Kristian Tambs. 2012. "The buffering effect of relationship satisfaction on emotional distress in couples". *BMC Public Health*. 12:66

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-66.pdf>

doi:10.1186/1471-2458-12-66

Seimyr, Louise, Barbara Welles-Nyström og Eva Nissen. 2013. "A history of mental health problems may predict maternal distress in women postpartum" *Midwifery*. 29(2): 122-131. DOI: 10.1016/j.midw.2011.11.013

Slettebø, Åshild. 2013. *Sykepleie og etikk*. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2012. *Psykiatri: Kunnskap - Forståelse - utfordringer*. Oslo: Akribe.

Statistisk sentralbyrå. 2014. "Fødte, 2013". <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte> (lest 09.03.15)

Stuart, Gail W. 2009. "Emotional responses and mood disorders" I *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, red. Stuart, Gail W. Missouri: Mosby Elsevier. 282-310.

Taylor, Donald L. og Michele T. Laraia. 2009. "Psychopharmacology." I *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, red. Stuart, Gail W. Missouri: Mosby Elsevier. 500-534.

Thomas, Lindsey J., Kristina M. Scharp og Christina G. Paxman. 2014. "Stories of postpartum depression: Exploring health constructs and help-seeking in mother's talk". *Women and Health* 54: 373-387. Ovid Medline(R) (24617862).

Vik, Kari og Marit Hafting. 2012. "Smile through it! Keeping up the facade while suffering from postnatal depressive symptoms and feelings of loss: Findings of a qualitative study". *Psychology* 3 (Special Issue) 3(9): 810-817. <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=22831#.VP3stKAspDU>

## Vedlegg 1

### P(IC)O-skjema

P = population/problem	O = outcome/resultat
<b>Depression</b>	Experience*
<b>Postpartum depression</b>	Expectations
<b>Postnatal depression</b>	Client attitudes
<b>Perinatal depression</b>	Narrative
<b>Antepartum depression</b>	Qualitative
<b>PPD</b>	Illness beliefs
<b>Fødselsdepresjon</b>	Help-seeking

## Vedlegg 2

Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Depression AND experience AND treatment for depression	12.12.14	Cinahl	347	25	10	1
Postpartum depression AND patient AND experience	15.12.14	Cinahl	40	20	2	1
Fødselsdepresjon 2009-2014	15.12.14	SveMed+	28	4	2	1
Postpartum depress* OR postnatal depress* OR perinatal depress* AND qualitative OR illness beliefs OR help-seeking	21.01.15	Ovid Medline Nursing database and PsychInfo	282	36	9	2
Postpartum OR postnatal AND depress* OR distress AND experience*	21.01.15	Cinahl	51290	18	5	1
(Postpartum depress*) OR (postnatal depress*) AND (qualitative)	21.01.15	Proquest	164	42	7	2
When giving life starts taking the life out of you: women's experiences of depression after childbirth (Manuelt søk)	22.01.15	Google: ScienceDirect	1	1	1	1
Couples experiences of postnatal depression: A framing analysis of cultural identity, gender and communication (Manuelt søk)	22.01.15	Google: ScienceDirect	1	1	1	1

<b>A study of Welsh mother`s experiences of postnatal depression (Manuelt søk)</b>	<b>22.01.15</b>	<b>Ovid Medline, Nursing database and PsychInfo</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>						<b>11</b>

## Vedlegg 3

### Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Forfattere	<b>1</b>
År	Bilszta, Justin, Jennifer Ericksen, Anne Buist og Jeannette Milgrom.
Land	2010. Australia.
Tidsskrift	Australian Journal of Advanced Nursing.
Tittel	“Women’s experience of postnatal depression - beliefs and attitudes as barriers to care”.
Hensikt	Studiets hensikt er å undersøke kvinners erfaringer rundt fødselsdepresjon, og hva som fører til at de til slutt vedkjenner depresjonen og søker hjelp.
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode.
Deltakere/ Frafall	40 kvinner med fødselsdepresjon som ikke mottok behandling eller var i noen støttegruppe.
Hovedfunn	Erfaringer og holdninger rundt fødselsdepresjon er barrierer for å søke hjelp. Det kom frem 8 tema i artikkelen; forventninger til morsrollen, stigmatisering og benektelse, dårlig bevissthet rundt mental helse og rundt tilgangen til hjelp, interpersonell støtte, forvaltning av barnet, erfaringer rundt det å søke hjelp, og relasjonen til helsepersonellet.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. God.
Forfattere	<b>2</b>
År	Buultjens, Melissa og Pranee Liamputtong.
Land	2006. Australia.
Tidsskrift	Midwifery.
Tittel	”When giving life starts to take the life out of you: women’s experiences of depression after childbirth”.
Hensikt	Studiens hensikt er å utforske kvinners erfaringer rundt det å leve med fødselsdepresjon.
Metode/ Instrument	Kvalitativ metode.
Deltakere/ Frafall	10 kvinner som har blitt diagnostisert med fødselsdepresjon og blitt innlagt på sykehus sammen med barnet.
Hovedfunn	Stigmatiseringen rundt lidelsen fører til at kvinner kan bli ulykkelig etter fødselen, også fordi de ikke klarer å takle de krav som stilles til morsrollen eller at de ikke klarer å skape en relasjon med barnet. Som et resultat kan fødselsdepresjon være en skremmende og isolerende erfaring for kvinnen.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. God.

Forfattere	<b>3</b>
År	Coates, Rose, Susan Ayers og Richard de Visser.
Land	2014. London.
Tidsskrift	BMC Pregnancy and childbirth.
Tittel	“Women’s experiences of postnatal distress: a qualitative study”.
Hensikt	Hensikten med studiet er å utforske hvordan kvinner opplevde fødselsdepresjon og hvordan de taklet det emosjonelle stresset i det første året postpartum.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ Frafall	17 kvinner som erfarte psykiske problemer i det første året postpartum.
Hovedfunn	Psykologiske prosesser som skyldfølelse, unnvikelse og problemer med å justere seg var erfart hos flere typer stress. Kvinnene satte dette i sammenheng med problemer med fødsel og amming. 4 tema kom frem; Å leve med en uvelkommen begynnelse, relasjoner i helsesystemet, sjokket med det nye, og imøtekomme nye behov for støtte.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. Meget god.
Forfattere	<b>4</b>
År	Everingham, Christine Rosemary, Gaynor Heading og Linda Connor.
Land	2006. Australia.
Tidsskrift	Social Science and Medicine.
Tittel	“Couples’ experiences of postnatal depression: A framing analysis of cultural identity, gender and communication”.
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke hvorfor kommunikasjonen mellom et par rundt fødselsdepresjon er så vanskelig, og om dette kan linkes til diagnostiseringsprosessen.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ Frafall	6 par snakket om morsrollen og erfaringer rundt fødsel og barseltid. Kvinnene erfarte mild til moderat fødselsdepresjon.
Hovedfunn	Studien identifiserte at kvinner og menn bruker forskjellige rammevilkår rundt forståelsen av fødselsdepresjon. Mødrene forstår opplevelsen av fødselsdepresjon innenfor en identitetsramme, mens fedrene forstår det gjennom fysisk motgang og psykologiske rammevilkår.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 2. Meget god.



Forfattere År Land Tidsskrift	<b>5</b> Haga, Silje, Anita Lynne, Kari Slinning og Pål Kraft. 2011. Norge. Scandinavian Journal of Caring Sciences.
Tittel	“A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers”.
Hensikt	Hensikten med studien er å få innsikt i hvorfor noen kvinner finner overgangen å bli mor så emosjonelt vanskelig at de utvikler et depressivt humør, mens andre føler seg bra etter å ha fått barn.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ Frafall	12 førstegangsfødende skulle beskrive sin graviditet og fødselsopplevelse, forventninger, erfaringer rundt postpartum-perioden og sosial støtte.
Hovedfunn	Det kom frem at det var to hovedtilnærminger til morsrollen; kontrollert eller avslappet. Denne tilnærmingen påvirket hvordan mødrene hadde sett for seg postpartum-perioden, deres behov for mestring og hvordan de erfarte tiden emosjonelt. Sosial støtte og det å mestre amming sto frem som viktig når det gjaldt velvære og depressive symptomer.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. God.
Forfattere År Land Tidsskrift	<b>6</b> Hanley, Jane og Barrie Long. 2005. Storbritannia. Midwifery.
Tittel	“A study of Welsh mothers’ experiences of postnatal depression”.
Hensikt	Hensikten med studiet er å undersøke erfaringene til kvinner i Wales diagnostisert med fødselsdepresjon, og å finne ut om fødselsdepresjon er sosialt bestemt.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ Frafall	10 mødre med ett eller flere barn, der flesteparten var av lavere sosioøkonomisk rang.
Hovedfunn	Mødrene hadde lite kunnskap om effekten av fødselsdepresjon før de ble gravide, og de var motvillige til å dele følelsene rundt lidelsen. Økonomisk press gjorde at de hadde lite penger, slik at flere mødre måtte raskt tilbake i jobb. Andre måtte passe barna, og det ble liten tid til kvalitetstid med barna. Mødrene støttet seg på sosiale tjenester og støttegrupper.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. Meget god.

Forfattere År Land Tidsskrift	<b>7</b> Highet, Nicole, Amanda L. Stevenson, Carol Purtell og Soledad Coe. 2014. Australia. Woman and Birth.
Tittel	“Qualitative insights into women’s personal experiences of perinatal depression and anxiety”.
Hensikt	Hensikten med studiet er å få innsikt i kvinners erfaringer rundt fødselsdepresjon og angst, og hvilke faktorer som kan bidra til disse symptomene og i hvilken kontekst disse dukker opp.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ Frafall	28 kvinner både fra by og bygd i Australia, som har erfart fødselsdepresjon eller fødselsangst innen de siste 5 årene.
Hovedfunn	Symptomer hos fødselsdepresjon og fødselsangst oppstår på grunn av flere forandringer i sammenheng med overgangen til morsrollen, som følelsen av frustrasjon og tap. Symptomene er også assosiert med følelser av misnøye med graviditeten og morsrollen.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. God.
Forfattere År Land Tidsskrift	<b>8</b> McCarthy, Michelle og Catherine McMahon. 2008. Australia. Health Care for Women International.
Tittel	“Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting”.
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke aksepten og erfaringene rundt behandlingen av fødselsdepresjon.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ Frafall	15 kvinner som har mottatt behandling for fødselsdepresjon og som har mottatt støtte fra det psykiske helsevern.
Hovedfunn	Det kom frem at de fleste kvinner søker ikke hjelp før de når et krisepunkt. Stigmatiseringen rundt det å være en dårlig mor kom frem som hovedbarrieren mot å søke hjelp tidligere. Samtidig hadde kvinnene vanskelig for å skille mellom normale følelser og symptomer på depresjon.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 2. Meget god.

Forfattere År Land Tidsskrift	<b>9</b> Patel, Sonia, Anja Wittkowski, John R. E. Fox og Angelika Wieck. 2012. England. Midwifery.
Tittel	“An exploration of illness beliefs in mothers with postnatal depression”.
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke synet på sykdom hos kvinner med fødselsdepresjon, og foreslå en hensiktsmessig helsemodell.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ Frafall	11 kvinner med depressive symptomer etter fødselen.
Hovedfunn	Det kom frem 6 hovedkategorier; udekkede forventninger, identifisering av stressfaktorer i livet, stigmatisering, antidepressiva, mangel på tid og en usikker fremtid.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. God.
Forfattere År Land Tidsskrift	<b>10</b> Thomas, Lindsey J., Kristina M. Scharp og Christina G. Paxman. 2014. Iowa, USA. Woman and Health.
Tittel	“Stories of postpartum depression: Exploring health constructs and help-seeking in mother’s talk”.
Hensikt	Studiets hensikt er å undersøke atferdskonstruksjoner som kom frem i mødrenes historier om fødselsdepresjon.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ Frafall	36 kvinner som har opplevd fødselsdepresjon. Frafall på 6.
Hovedfunn	Hovedpunkt i artikkelen; alvorlighetsgraden av depresjonen, sosiale normer, tilretteleggelse for å søke hjelp, barrierer for å søke hjelp, og tillit til å søke hjelp.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. Meget god.

Forfattere År Land Tidsskrift	<b>11</b> Vik, Kari og Marit Hafting. 2012. Norge. Psychology.
Tittel	”Smile through it!” Keeping up the facade while suffering from postnatal depressive symptoms and feelings of loss: Findings of a qualitative study”.
Hensikt	Studiets hensikt er å analysere nybakte mødres beskrivelser av tap relatert til fødsel og fødselsdepresjon.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie.
Deltakere/ Frafall	15 kvinner med fødselsdepresjon og/eller depressive symptomer.
Hovedfunn	Kvinnene ga detaljerte beskrivelser rundt tap av identitet, tap av evnen til selvhjulpenhet og tap av kapasitet til egenomsorg.
Etisk vurdering og vurdering av kvalitet	Etisk godkjent. Nivå 1. Meget god.

## Vedlegg 4

### Liste over relevante funn

Oversikt over hvor og hvor ofte de enkelte artiklene har blitt henvist til i resultatdelen (Se nummerering av artikler i Vedlegg 2).

#### 4.1 Behov for ulike former for støtte

- 4.1.1 Betydningen av partner og familie: 2,2,3,3,3,3,3,3,4,5,5,5,6,8,10,11,11,11
- 4.1.2 God informasjon og tillit til helsevesenet:  
1,1,1,2,2,3,3,3,3,3,3,3,3,3,3,5,5,6,6,8,10
- 4.1.3 Støtte fra andre mødre i samme situasjon: 1,2,2,3,3,3,3,4,5,5,6,6,6,8,8,9,10,10

#### 4.2 Kvinners opplevelse av fødsel og barseltid:

1,2,2,2,2,2,2,2,3,3,3,3,3,3,4,4,4,5,5,5,5,6,6,6,7,7,7,7,8,8,8,8,9,9,9,9,9,11,11,11,11

#### 4.3 Å miste seg selv - crisis of the self:

1,1,1,1,2,2,3,3,3,4,4,4,4,5,5,7,7,8,8,8,9,9,11,11,11,11,11,11,11,11,11

#### 4.4 Stigmatisering: 1,1,1,1,2,5,5,6,8,8,8,8,8,8,9,9,9,9,9,9,10