



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kvinner med fødselsdepresjon / Women with
postpartum depression**

Gunn Anne Frisvoll og Pernille Elena Mordal

Totalt antall sider inkludert forsiden: 58

Molde, 12.04.2016



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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Anita Nilsen

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: 12.04.2016

Antall ord: 11 645

Sammendrag

Bakgrunn: Undersøkelser viser at 10-15 % av kvinner opplever nedstemthet og depresjon i løpet av de første månedene etter fødsel, flere studier tyder på at forekomsten også er like høy under graviditet. Det vil anslagsvis være 3000-9000 barselkvinner som opplever nedstemthet og depresjon hver år, i Norge. Foreldrenes psykiske helsetilstand har innvirkning på barnets utvikling.

Hensikt: Hensikten med studien var å belyse kvinners erfaringer med fødselsdepresjon.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på ti kvalitative forskningsartikler.

Resultat: For å mestre den nye tilværelsen må grunnleggende behov dekkes. Kvinner uttrykte store forskjeller mellom forventning og realitet knyttet til morsrollen. Det var utfordrende å søke hjelp ved for lite kunnskap, samt ved dårlig relasjon til helsepersonell. Fødselsdepresjon ble sett på som skamfullt og stigmatiserende. Kvinner hadde økt behov for støtte fra nære relasjoner, partneren var en viktig støttespiller. Å dele erfaringer med andre i samme situasjon var til god hjelp.

Konklusjon: Kvinner må få tilstrekkelig informasjon, for at de selv skal kunne identifisere problemer. God relasjon til helsepersonell var en viktig faktor for at kvinnene skulle oppsøke hjelp. Støtte fra nære relasjoner og andre i samme situasjon gav kvinnene økt innblikk og forståelse for egen situasjon.

Nøkkelord: Depresjon, fødselsdepresjon, kvinner, erfaringer, støtte.

Abstract

Background: Studies show that 10-15% of women giving birth experience mood swings and depressions during the first months after giving birth, several studies suggest that incidence is also equally high during pregnancy. It is estimated to be 3000-9000 postpartum women who experience depression each year in Norway. Studies also indicate that the mental health of the parents has an impact on children's development.

Aim: The purpose of this study was to elucidate the experience of women with postpartum depression.

Method: A systematic literature study based on ten qualitative research articles.

Results: To be able to handle the new situation after a birth, basic needs has to be covered. Women expressed major differences between expectation and reality related to motherhood. It was found that with lacking knowledge it became challenging to seek help, as well as when combined with a poor relationship between mother and health personnel. Postpartum depression was seen as shameful and stigmatizing. Heightened need for support by family members and partner were identified. Sharing of experiences with other in similar situations were also helpful.

Conclusion: Women felt that sufficient information about postpartum depression was needed for them to identify their own challenges. Good relation to health professionals was a major factor for the women to seek help. Insight and situational awareness of one's own situation was gained through support by family members and from women in similar situations.

Keywords: Depression, postpartum depression, women, experience, support.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens hensikt.....	2
1.3	Problemstillinger	2
2.0	Teori.....	3
2.1	Depresjon	3
2.2	Fødselsdepresjon	3
2.3	Konsekvenser	5
2.4	Retningslinjer	5
2.4.1	Svangerskapsomsorgen	5
2.4.2	Barselomsorgen.....	6
3.0	Metodebeskrivelse.....	7
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
3.2	Datainnsamling.....	7
3.2.1	Databaser.....	8
3.2.2	Manuelle søk.....	8
3.3	Kvalitetsvurdering	8
3.4	Etiske overveielser	9
3.5	Analyse	9
4.0	Resultat	11
4.1	Den nye tilværelsen – å bli mor	11
4.2	Søke hjelp – en utfordring	12
4.3	Støtte og omsorg fra helsepersonell	14
4.4	Støtte og omsorg fra nære relasjoner	17
4.5	Å dele erfaring med andre.....	17
5.0	Diskusjon	19
5.1	Metodediskusjon.....	19
5.1.1	Søkestrategi.....	19
5.1.2	Kvalitetsvurdering.....	21
5.1.3	Analyse	22
5.2	Resultatdiskusjon	23
5.2.1	Fra å være kvinne til å bli mor	23
5.2.2	Barrierer for å søke om hjelp	26
5.2.3	Erfaringer med ulik støtte – fra helsepersonell	27
5.2.4	Erfaringer med ulik støtte – fra nære relasjoner.....	29
5.2.5	Erfaringer med ulik støtte – gruppebasert.....	30
6.0	Konklusjon	32
6.1	Konsekvenser for praksis	33
6.2	Forslag til videre forskning	33
	Referanseliste	34

Vedlegg 1: PI(C)O-skjema

Vedlegg 2: Oversiktstabell over søkeresultat

Vedlegg 3: Oversikt over søkeresultat ved manuelle søk

Vedlegg 4: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om temaet fødselsdepresjon fordi det hvert år i Norge vil være anslagsvis 3000-9000 barselkvinner som opplever nedstemthet og depresjon. Den tidlige utviklingen til et barn skjer i tett samspill med nære omsorgspersoner, dermed vil foreldrenes psykiske helsetilstand ha stor innvirkning på barnets utvikling (Folkehelseinstituttet 2015).

Post partum-blues, på folkemunne kalt barseltårer, er forbigående psykiske symptomer, noe som er mest uttalt mellom tre og ti døgn etter fødselen. Post partum-blues anses ikke som noe sykdom, men som normalreaksjoner den første tiden etter en fødsel. Depresjon etter fødsel ser man hyppigst de første månedene i barseltiden. De fleste depresjonene er kortvarige, og går som regel over av seg selv. Det er de langvarige og alvorlige depresjonene som er viktig å få identifisert. Ut fra dette må det gis nødvendig oppfølging og behandling av kyndig helsepersonell. Ubehandlet depresjon øker risikoen for utvikling av psykose i post partum-perioden, og ofte kan det ende med innleggelse på psykiatrisk sykehus (Berle 2010).

Undersøkelser viser at 10-15 % av kvinner opplever nedstemthet og depresjon i løpet av de første månedene etter en fødsel, flere studier tyder på at forekomsten også er like høy under graviditet (Slinning 2012). Dette er omtrent samme forekomst som for kvinner generelt i alderen 25-45 år (Helsedirektoratet 2014a). Til tross for at nedstemthet og depresjon er nokså vanlige sykdomstilstander under graviditet og fødsel, har de fått lite oppmerksomhet. Ved økt kunnskap og ferdighet kan helsepersonell tidlig identifisere og behandle fødselsdepresjon. Det er derfor viktig å øke helsepersonells kunnskap om akkurat dette og om behandlingen av blant annet depresjon i denne perioden. Dette er svært viktig fordi samspillet mellom mor og barn vil fungere dårlig dersom mor utvikler depresjon. Barnet er avhengig av respons fra mor, men ved depresjon blir mor mer innadvendt og opptatt av egne plager (Berle 2010). En deprimert mor har problemer med å være emosjonelt tilgjengelig for barnet, og et barn er avhengig av at mor er emosjonelt tilgjengelig for å kunne utvikle seg optimalt. Ved depresjon hos mor kan dette dermed føre til at barnet blir urolig eller tilbaketrukket (Øvreberg 2014).

På bakgrunn av vår forkunnskap rundt dette temaet, fant vi det interessant å studere dette nærmere. Vi har sett, både gjennom teori og praksis, viktigheten av at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om forebyggende tiltak innen feltet. Liggetiden på barselavdelingen blir stadig kortere og dermed blir det vanskeligere å oppdage kvinnens problemer før hun står på egne ben. Som fremtidige sykepleiere vil vi møte kvinner både før og etter fødsel, for eksempel på helsestasjon eller ved hjemmebesøk. Ubehandlet fødselsdepresjon kan få alvorlige konsekvenser for mor og barn, og det er ofte et tabubelagt tema blant nybakte mødre. Vi har valgt pasientperspektiv i vår litteraturstudie, da vi mener det å gå via kvinners erfaring vil gi oss en verdifull kunnskap om symptomer og risiko for å utvikle fødselsdepresjon. Helsepersonell møter disse kvinnene på ulike arenaer både under et svangerskap og etter fødselen.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien var å belyse kvinners erfaringer med fødselsdepresjon.

1.3 Problemstillinger

Hvordan erfarer kvinner fødselsdepresjon, og ulik støtte i forbindelse med denne?

2.0 Teori

2.1 Depresjon

I følge Hummelvoll (2012a) betyr depresjon egentlig nedtrykking. En person med depressive plager har enten enkelte, ofte gjentatte, episoder med depresjon eller er jevnt deprimert over tid. De fleste depressive episoder har en utløsende faktor, men det er ikke alltid like tydelig (Snoek og Engedal 2008).

De mest fremtredende symptomene på depresjon er tristhet, pessimisme, lavt selvbilde, nedsatt energinivå, tretthet/utmattelse, redusert konsentrasjonsevne, vekttap som følge av nedsatt appetitt (økt appetitt og vektøkning kan også forekomme), forstoppelse, søvnforstyrrelser, smerter og ubehag, menstruasjonsforstyrrelser og nedsatt potens og seksuell ulyst (Hummelvoll 2012a).

2.2 Fødselsdepresjon

Fødselsdepresjon anses å være den mest vanlige komplikasjonen ved fødsel. For å stille diagnosen fødselsdepresjon må tilstanden være tilstede det meste av dagen, omtrent hver dag, i minst to uker. Det viser seg at 1/3 av alle depresjonene etter fødsel, starter i løpet av svangerskapet. Kvinner har økt risiko for å utvikle fødselsdepresjon i minst seks måneder etter fødsel (Norsk Helseinformatikk 2013). Tiden etter fødsel er å betrakte som en følelsesladet periode, og kan vekke liv i "glemte" bekymringer eller problemer hos enkelte kvinner (Eberhard-Gran og Slinning 2007). Sannsynligheten for fødselsdepresjon øker ved tidligere episoder med depresjon, manglende støtte fra familie/venner, vanskelig forhold til partner, eller andre vanskeligheter i livet (Helsebiblioteket 2014). Med støtte fra familie og venner tenker vi på å være en god aktiv lytter, og å tilby hjelp til daglige gjøremål slik som husarbeid eller barnepass (Herredsvela 2012).

Symptomer på depresjon i svangerskapet og etter fødselen skiller seg lite fra andre depresjonssymptomer, det kan ofte være vanskelig å skille mellom hva som er normale reaksjoner, og hva som er sykdom (Berle 2010). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er et screeningsinstrument som tar høyde for dette, da det ikke inneholder symptomer som er helt vanlige for barselkvinner, slik som søvmangel, endret appetitt og redusert seksuell lyst (Slinning 2012). EPDS er et spørreskjema som er utviklet for å oppdage depresjon etter fødsel (Berle 2010). Spørreskjemaet består av ti spørsmål, som

kvinnene leser igjennom og besvarer (Slinning 2012). Spørsmålene omhandler hvordan kvinnene har følt seg de siste syv dagene. Kvinnene skal fylle ut skjemaet slik som eksemplet under viser:

Har du siste 7 dager følt deg glad?
Ja, det meste av tiden
<u>Ja, noe av tiden</u>
Nei, ikke særlig ofte
Nei, ikke i det hele tatt
Dette betyr: ”Jeg har følt meg glad noe av tiden i løpet av uken som gikk”.

Det å få vite at man er gravid, kan skape ulike reaksjoner hos kvinner. Noen kvinner gleder seg over nyheten, mens andre kan kjenne på blant annet bekymringer for fremtiden (Helsedirektoratet 2014b). Psykisk ubalanse kan påvirke det ufødte barnet. Å få barn er noe av det største som hender i livet, men det følger også forventninger med det å få barn. Det kan være forventninger fra de som står en nærmest om at en skal være lykkelig, samtidig som mor selv også kan ha forventninger det ikke er mulig å leve opp til. Hvis det skulle oppstå depresjon etter fødselen, vil dette i seg selv være så stor kontrast til forventningene at kvinnen kan miste morslykken. Dette kan igjen føre til følelse av mislykkethet som mor (Berle 2010).

Ikke lenge etter selve fødselen er mor og barn utskrevet av sykehuset og det er en utfordring å identifisere depresjonen siden symptomene oftest forekommer gradvis over uker og måneder. Etterkontrollene hos jordmor, helsesøster og fastlege blir svært viktig i forhold til identifisering og diagnostisering av fødselsdepresjonen hos mor. Ved de obligatoriske helsekontrollene etter fødsel bør man kartlegge mors psykiske helse og hennes interaksjon med barnet og den nye tilværelsen. Langvarig og alvorlig psykisk sykdom etter fødsel rammer ikke bare kvinnen selv, men har også uheldig innvirkning på barnet, partner og resten av familien (Berle 2010).

2.3 Konsekvenser

Alvorlig depresjon kan føre til blant annet lav fødselsvekt og for tidlig fødsel. Samtidig vil tilknytningen som skjer mellom mor og barn allerede under graviditeten kunne bli forsinket. En deprimert mor kan lett bli likegyldig når det gjelder barnets behov og kan dermed bli ufølsom for barnets signaler. Hvordan barnets behov for en trygg og forutsigbar hverdag blir ivaretatt, er erfaringer som vil være med på å påvirke barnets hjerneutvikling de første leveårene. Depresjon etter fødsel kan føre til negative tanker, fantasier om å miste kontrollen og mor kan stå i fare for å skade seg selv eller barnet (Folkehelseinstituttet 2015).

Kvaliteten på samspillet mellom mor og barn virker inn på barnets psykososiale og kognitive utvikling. Tidlig kontakt og nærhet mellom mor og barn fører til at mor blir kjent med barnet, dette er med på å forebygge usikkerhet og tvil hos mor. Mor lærer å forstå og tolke signalene barnet gir og kan dermed tilfredsstille barnets ulike behov. Psykiske plager hos kvinner kan lett gjøre dem mer opptatt av egne behov, og dermed overskygge barnets behov (Venheim og Reinart 2010).

Depresjon etter fødsel rammer altså ikke bare kvinnen selv, men også barnet. Barnet er avhengig av fysisk og emosjonell omsorg for å kunne etablere en trygg tilknytning til mor og for utvikling av selvregulering, sosial kompetanse og mestring. Barn av deprimerte mødre er assosiert med en rekke vansker, de er mindre uttrykksfulle og har generelt lavere aktivitetsnivå. Depresjon hos mor kan føre til høyere forekomst av uro og irritabilitet, utviklingsforsinkelser, vanskelig temperament og utrygg tilknytning hos barnet (Eberhard-Gran og Slinning 2007).

2.4 Retningslinjer

2.4.1 Svangerskapsomsorgen

Retningslinjene for svangerskapsomsorgen er utarbeidet for jordmødre, leger og gravide. Svangerskapsomsorgen er et tilbud til alle gravide og retningslinjene skal sikre trygge rammer. De gravide kvinnene bør være sikret en forutsigbar, forsvarlig og effektiv svangerskapsomsorg. Svangerskapsomsorgen omfatter alle kontroller, tiltak og henvisninger knyttet til svangerskapet. Den skal også sikre at alle nyfødte barn får en sikker og god start på livet (Helsedirektoratet 2005a). Omsorg for kvinner i svangerskap,

fødsel og barseltid er ofte delt mellom mange faginstanser. Det er påpekt viktigheten av kontinuitet i tilbudet av omsorgen gjennom disse periodene (Helsedirektoratet 2005b).

2.4.2 Barselomsorgen

Retningslinjer for Barselomsorgen skal bidra til en faglig forsvarlig barselomsorg. Den skal tilrettelegges slik at den blir forutsigbar, familievennlig og den skal ta hensyn til familiens, morens og spedbarnets behov. Helsetjenesten skal sørge for at kvinnen og familien skal få et helhetlig tilbud, hvor kontinuitet er en forutsetning. Alle kvinner og deres partner skal få tilbud om en individualisert barselomsorg (Helsedirektoratet 2014c). For å gi kvinnen best mulige forutsetninger for å mestre fødselen og barseltiden er det viktig å kartlegge både ressurser og utfordringer i svangerskapet. Slike utfordringer kan for eksempel være knyttet til fysisk og psykisk sykdom, sosiale forhold eller kvinnens personlige ønsker for fødsel og barseltid. Ut i fra retningslinjene skal helsepersonell hjelpe kvinnen med nettopp dette (Helsedirektoratet 2014d).

3.0 Metodebeskrivelse

I følge Jørgensen og Michaelsen (2015) skal bacheloroppgaven svare på en hensikt og problemstilling i form av en systematisk litteraturstudie. For å kunne gjennomføre en slik studie, måtte vi forsikre oss om at det var tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kunne legge grunnlaget for å svare på oppgavens hensikt og problemstillinger (Forsberg og Wengström 2013a).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier

- Kvinner med fødselsdepresjon/kvinner som har opplevd fødselsdepresjon
- Pasientperspektiv
- Kvalitative forskningsartikler
- Publiseringsdato fra 2010 til dags dato
- Språk begrenset til engelsk, norsk, dansk eller svensk
- Fagfellevurdert til nivå 1 eller 2
- Etisk vurdert

Eksklusjonskriterier

- Menn med fødselsdepresjon
- Kvinner under 18 år
- Forskning fra land som er ulikt den vestlige verden, på grunn av både økonomiske, kulturelle og politiske forskjeller

3.2 Datainnsamling

Før vi landet på en endelig hensikt, utførte vi generelle prøvesøk for å kartlegge om det var tilstrekkelig forskning innenfor det aktuelle temaet. Etter valg av tema og hensikt leste vi oss opp på relevant bakgrunnsteori fra pensum og annen relevant faglitteratur, dette for å tilegne oss tilstrekkelig kunnskap og for å legge grunnlaget for den videre søkeprosessen. Deretter utarbeidet vi et PICO-skjema i samarbeid med bibliotekar for å kunne gjøre søkene mer strukturert og hensiktsmessig for søk i bibliotekets databaser (se vedlegg 1). "P" står for patient/problem, som i vår oppgave er kvinner med fødselsdepresjon. Vi valgte derfor følgende søkeord: "depression", "postnatal depression", "postpartum depression", "antenatal depression", "perinatal depression", "pregnan*", "mother" og "female". "I" står for intervention som i vår oppgave er å gi støtte. Vi ønsket å undersøke flere sider ved

kvinnerens erfaringer i forbindelse med fødselsdepresjon, derfor brukte vi søkeordene “prevent”, “inhibit” og “support”. “C” har vi valgt å ekskludere, da denne står for comparison og vi er ikke ute etter å sammenligne flere tiltak, men belyse de ulike tiltakene uten å sette de direkte opp mot hverandre. “O” står for outcome og her er vi ute etter kvinnerens erfaring. Søkeordene som ble brukt her er “experienc*”, “qualitative” og “view”. Vi benyttet trunkering (*) for å få ulike varianter av søkeordene. For å knytte søkeordene i databasesøkene brukte vi de boolske søkeoperatørene “AND” og “OR”. Søkeordene som ble knyttet med “AND” ble brukt for å begrense søket ved å kombinere de valgte søkeordene sammen. “OR” ble benyttet for å utvide søket for et bredere resultat ved å bruke søkeordene hver for seg (Forsberg og Wengström 2013b).

3.2.1 Databaser

Via Høgskolen i Molde sine nettsider søkte vi i bibliotekets databaser. Vi brukte ulike søkemotorer og fikk relevante funn i ProQuest, CINAHL, ORIA og Medline. Vi har valgt å inkludere åtte kvalitative forskningsartikler fra disse databasene i vår litteraturstudie (se vedlegg 2).

3.2.2 Manuelle søk

I følge Forsberg og Wengström (2013b) kan manuell søking skje på ulike måter. Ved å gå gjennom litteraturlisten på de allerede utvalgte artiklene, fant vi en relevant forskningsartikkel i litteraturlisten til Coates, Ayers og de Visser (2014). Vi søkte også manuelt via søkemotoren Google. “Fødselsdepresjon kvinner erfaringer” var det vi søkte på og i tidsskrift for norsk psykologiforening fant vi en artikkel som var relevant for vår litteraturstudie. Artiklene fylte våre inklusjonskriterier og ble derfor tatt med i vår litteraturstudie (se vedlegg 3).

3.3 Kvalitetsvurdering

Vi valgte å bruke sjekkliste fra *Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet* (2014) for kvalitetsvurdering av forskningsartikler i vår litteraturstudie. I sjekklisten for kritisk vurdering av kvalitativ forskning var det ti avkryssningsspørsmål. Vi rangerte resultatene ut i fra antall “JA”, hvor ti “JA” er av svært god kvalitet, og ni “JA” er god kvalitet (se vedlegg 4). Alle de ti forskningsartiklene som vi har inkludert i vår litteraturstudie er kvalitetsvurdert, og svarte “ja” på minimum ni av ti spørsmål i sjekklisten.

Videre undersøkte vi artikkelens publiseringskanal gjennom *Norsk senter for forskningsdata* (2016), her blir tidsskriftet som artikkelen er publisert i gradert til nivå 1 eller 2. Alle inkluderte artikler er fagfellevurdert og er publisert i tidsskrift som er av nivå 1 eller 2 hos NSD. Syv av de inkluderte artiklene er av nivå 1, tre av de inkluderte artiklene er av nivå 2 (se vedlegg 4).

3.4 Etiske overveielser

Vi satte et krav om at artiklene som skulle inkluderes i vår litteraturstudie, skulle være etisk vurdert. I henhold til Jacobsen (2010a) kan det være utfordrende å utføre undersøkelser av mennesker da man kan risikere å krenke noen av dem man undersøker. Det er derfor stilt tre grunnleggende kriterier som bør være innfridd for denne typen undersøkelser: informert samtykke, krav til privatliv og krav til å bli korrekt gjengitt. Den som deltar på studien skal selv være i stand til å utrykke frivillig deltagelse, uten noen form for press fra andre. Alle våre inkluderte artikler er etisk godkjent, enten av komité eller andre utvalg (se vedlegg 4).

3.5 Analyse

Ved å bruke Evans (2002) fire faser systematisk, analyserte vi funn i alle våre inkluderte forskningsartikler. Evans metode analyserer kvalitativ forskning ved å identifisere, vurdere og oppsummere de viktigste funnene i artikkelen.

Den første fasen bygger på å samle inn relevant forskning som skal benyttes for å utføre vår litteraturstudie (Evans 2002). Vi startet først med å søke etter artikler i bibliotekets databaser som vi er kjent med fra tidligere forskningsprosjekt. Etter søkeprosessen satt vi igjen med ti relevante forskningsartikler selektert ut i fra våre inklusjonskriterier: fire forskningsartikler fra Storbritannia, tre fra Australia, en fra USA, en fra Canada og en fra Norge. Vi har valgt å ekskludere forskning som er gjennomført utenfor vesten da det her kan forekomme store kulturelle og politiske forskjeller som har betydning for forskningen, både med tanke på stabilitet i helsevesenet og de økonomiske forskjellene.

Den andre fasen er å analysere og identifisere nøkkelfunn i hver forskningsartikkel. Dette innebærer å lese artiklene gjentatte ganger for å forstå artiklene i sin helhet (Evans 2002). Vi laget en god oversikt over hver enkelt artikkel, som vi hengte på veggen. Dermed fikk

vi overblikk over alle funn i hver artikkel, og dette gjorde utarbeidelsen av den videre analysen enklere.

I tredje fase er hensikten å sammenligne funn fra alle inkluderte artikler og identifisere felles hovedfunn (Evans 2002). Etter å ha analysert resultatene i artiklene grundig, organiserte vi funnene i ulike kategorier som vi mente var relevant for å belyse hensikten i vår litteraturstudie. Vi brukte farger for å koble sammen like funn i alle artiklene.

I fjerde fase skal fenomenet beskrives. Hvert hovedfunn skal henvise tilbake til forskningsartikkelen der funnene er hentet fra, funnene skal støtte hverandre og ende opp i vår resultatdel (Evans 2002). Vi valgte å presentere funnene fra våre inkluderte artikler i fem ulike hovedkategorier, da vi ser at funnene i artiklene går mye over i hverandre. Det var likevel noen funn vi valgte å ekskludere. Deriblant valgte vi å ekskludere funn som omhandlet kvinners erfaring med medisinerings av depresjon, da dette var funn fra bare en av de inkluderte artiklene.

4.0 Resultat

Hensikten med vår studie var å belyse kvinners erfaringer med fødselsdepresjon. I vår litteraturstudie har vi valgt å organisere funnene våre i fem hovedkategorier.

4.1 *Den nye tilværelsen – å bli mor*

Gjentagende funn i vår litteraturstudie viser at forventinger sammen med realiteten gir store omveltninger for en vordende kvinne, det blir en helt ny tilværelse.

Funn i vår litteraturstudie viser at det er flere fysiske belastninger som påvirker den psykiske helsen under og etter et svangerskap, noe som igjen kan føre til at kvinner blir mer slitne og endrer tenkemåte om seg selv og omgivelsene. Blant annet kan mangel på søvn, det å være alene om husarbeid og ellers nedsatt fokus på personlig pleie være faktorer som virker inn på den psykiske helsen. For å kunne mestre det følelsesmessige er det viktig å få dekket de grunnleggende behovene. Mangel på dette kunne føre til depressive symptomer (Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013). I forbindelse med å få dekt ulike behov sier en kvinne i studien til Negron et al. (2013):

It's like tiny victories every day. At first, getting out of bed is a big victory, and then getting to take a shower is a big victory. So I feel like you're getting sort of the basic needs met and a little bit more each day, it feels like you're getting somewhere. "Let me be clean, let me be fed, let me get some sleep" and then you start building on top of that and it feels like you're coming out of the darkness a little bit (Negron et al. 2013, 618).

Funnene viser at kvinner ble overrasket over helsepersonells fokus på deres helse, da de hadde forventet mer fokus på barnet. Noen kvinner følte det var feil å fokusere på seg selv, men flere satte likevel pris på spørsmål fra EPDS da dette åpnet muligheten til å kunne prate om sine egne følelser. Kvinnene var innforstått med at helsepersonell fokuserte spesielt på kvinnenenes tanker og følelser (Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). En kvinne uttrykte betydningen av samtale med helsepersonell på følgende måte:

"When like (...) came to see me, it was nice because it was like my time and our time and we could talk and stuff" (Turner et al. 2010, 236).

Vår litteraturstudie viser at helsepersonell under samtale fikk en bedre forståelse for kvinnenes behov og utfordringer med tanke på videre hjelp og støtte. Kvinnene opplevde følelsen av å bli tatt vare på ved at jordmor skulle kontakte dem etter fødselen. De satte også pris på den interessen jordmor viste for hvordan de skulle håndtere den nye hverdagen. Det var flere kvinner som fikk en mer positiv oppfatning av helsepersonells rolle enn forventet, nettopp fordi samtalene også dreide seg om mors helse (Fenwick et al. 2013; Slade et al. 2010).

Mange kvinner uttrykte store forskjeller mellom forventning og realitet, knyttet til tiden etter fødsel. Kvinnene opplevde følelsen av å mislykkes og var redd for at fasaden skulle avsløre at de ikke taklet den nye tilværelsen og dermed bli stemplet som en dårlig mor. De følte press fra blant annet sosiale medier og hadde lett for å sammenligne seg selv med andre mødre. Det å ha høye forventninger til seg selv førte til skyldfølelse når de ikke følte mestring (Bilszta et al. 2010). Noen kvinner beskrev følelsen av at de mistet kontrollen på livet sitt, de hadde en følelse av å være utenom seg selv. Enkelte kvinner anerkjente denne følelsen, og ønsket at følelsene skulle endre seg. Mens andre kvinner prøvde aktivt å benekte negative følelser, i håp om at de skulle endres naturlig av seg selv (Coates, Ayers og de Visser 2014). En kvinne beskrev følelsen av å være utenom seg selv som unormal, som om hun spilte en gitt rolle:

It is as if I was playing a part, going through the motions, so I was doing all the right things for him, playing with him, chatting to him, but not feeling like it was me or that it was very natural (Coates, Ayers og de Visser 2014, 5).

4.2 Søke hjelp – en utfordring

I vår litteraturstudie kom det frem at på grunn av for lite kunnskap, og tanker om at “dette hender ikke meg”, manglet flere kvinner evnen til å skille normale reaksjoner etter fødsel fra depressive symptomer. Det var utfordrende å søke hjelp, ettersom symptomene kom og gikk. Dette gjorde at kvinnene var usikre på om de hadde et problem og om problemet var stort nok til å bry helsepersonell med (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010).

Funn som vi har kommet frem til i vår litteraturstudie viste at en faktor for å unnlate å søke hjelp var blant annet at noen kvinner følte frykt for å bli dømt til ikke å mestre morsrollen, derfor ville de ikke fortelle alt til helsepersonell. Disse kvinnene fryktet også at barnet skulle bli tatt fra dem på grunn av dette (Negron et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). En kvinne i studien til Slade et al. (2010) uttrykte:

“I didn’t want anyone’s help to be honest after i had my (my previous child). I was so frightened that people would think I couldn’t cope and take her off me” (Slade et al. 2010, 443).

Vår litteraturstudie sier at det å søke om hjelp ble av noen kvinner sett i sammenheng med å feile og svekket derfor mestringsfølelsen (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Slade et al. 2010). Kvinnene følte at å spørre om hjelp ville bli oppfattet negativt på deres håndtering av hjem og barn, i frykt for å bli dømt av venner og familie. De kvinnene som ikke oppnådde umiddelbar morslykke følte seg skamfulle (Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013). En mor som ikke følte umiddelbar tilknytning til sitt barn uttrykte følgende:

“As soon as she was born I didn’t feel right, like I didn’t have a connection with her ... I felt like it was someone else’s baby I was holding, it was really wierd” (Coates, Ayers og de Visser 2014, 5).

I vår litteraturstudie viser funn at noen kvinner ikke kunne snakke med andre om sine følelser angående det å bli mor, da dette kom i konflikt med idealer om den lykkelige mor (Kristensen et al. 2015). En kvinne som opplevde kontraster mellom realiteten og den tilsynelatende lykken andre mødre uttrykte, sier:

Det presset man har fra samfunnet ellers, spesielt sånne som har litt sånne eldre barn. De sier gjerne sånn, eller kommer med sånne kommentarer at “Å, du er vel bare hjemme og koser deg, og den her tiden er jo så fin”. Så sitter man der og ja, vonde brystvorter, null søvn, og i det hele tatt, og føler ikke helt at man er på topp (Kristensen et al. 2015, 409).

I vår litteraturstudie kom dem frem at kvinnene ikke snakket med andre om sine problemer som førte til økt bekymring og videre til isolasjon (Kristensen et al. 2015). Stolthet og selvstendighet var også faktorer som hindret kvinner i å søke hjelp (Negron et al. 2013). Terskelen for å søke om hjelp var redusert dersom kvinnene hadde gode relasjoner til helsepersonell, det ble da enklere å snakke om følelser. Noen kvinner mente at fokus på tidligere negative erfaringer ga trygghet i forhold til økt kunnskap (Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010). Enkelte kvinner prøvde selv å få bukt med problemene gjennom foreldrekurs eller å etablere nye vennskap (Turner et al. 2010).

4.3 Støtte og omsorg fra helsepersonell

Funn i vår litteraturstudie viser at forholdet til helsepersonell og graden av kontinuitet var avgjørende for hvordan kvinnene opplevde kvaliteten på pleie og støtte. Ved nær relasjon til helsepersonell følte kvinnene trygghet ved at de kunne uttrykke følelser og motta god støtte. De kvinnene som ikke hadde en fast kontaktperson å forholde seg til, følte seg ikke sett og opplevde pleien mindre god. En av grunnene til at noen kvinner valgte å avslå samtale eller hjelp var på grunn av dårlig relasjon til helsepersonell, de følte ikke at de kunne prate om alt til vedkommende (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Fenwick et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010). Enkelte funn i vår litteraturstudie viste at kvinnene følte at helsepersonell ikke hadde tid til å lytte, kvinnene følte seg til bry da de følte at deres problem ikke var alvorlig nok for å kunne søke hjelp (Beake et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Turner et al. 2010).

Et annet funn i vår litteraturstudie er at dårlig dialog mellom kvinner og helsepersonell førte til dårlig relasjon og at kvinnene ikke følte de ble tatt med på avgjørelser. Det var en trygghet for kvinnene å vite at de kunne kontakte jordmor når som helst dersom det var noe de var usikre på. En faktor som var med på å øke tryggheten hos kvinnene var at jordmor skulle kontakte kvinnen x antall uker etter fødselen, dette gav rom for samtale og kvinnene synes det var avgjørende å kjenne til jordmor fra før. Når kvinnene hadde en tilknytning til jordmor, opplevde de tillit og følte at de kunne være åpne og ærlige (Coates, Ayers og de Visser 2014; Fenwick et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010). En kvinne forteller om sin opplevelse av god relasjonen til helsepersonell:

Very good, absolutely like a really good honest relationship and I feel very like I trust her (health visitor) and that you know that I can confide in her and talk to her

really about everything that's sort of like going on since I've had the baby... (Slade et al. 2010, 444).

Funn i vår litteraturstudie belyser at kvinnene opplevde graden av støtte varierende, ut i fra hvilket helsepersonell de mottok støtte fra (Beake et al. 2010; Bilszta et al. 2010). Helsesøster ble omtalt positivt i forbindelse med god støtte (Bilszta et al. 2010). Barnepleier var nevnt i forbindelse med god veiledning og informasjon angående amming. Noen andre helsepersonell ble opplevd som lite hjelpsom i forbindelse med amming. I noen grad opplevde kvinnene frustrasjon i forbindelse med at forespørsler ikke ble fulgt opp eller at dette tok unormalt lang tid (Beake et al. 2010). Noen kvinner synes at helsepersonell var imøtekommende, vennlige og hjelpsomme. Kvinnene opplevde helsepersonellet som empatisk og støttende, samt at de satt inne med mye kunnskap om ulike tilbud (Beake et al. 2010; Bilszta et al. 2010). Få personell ble beskrevet som skarp og brå i talemåten (Beake et al. 2010). Kvinnene hadde stor tiltro til helsepersonell om at de tidlig identifiserte og eventuelt satte i verk tiltak mot ulike utfordringer. Helsepersonell fokuserte på å normalisere og beroliggjøre følelser fremfor å starte aktiv behandling eller terapi (Bilszta et al. 2010; Rollans et al. 2013).

Et annet funn som ble belyst i vår litteraturstudie var at kvinner ble spurt om hvilket behov de hadde for informasjon i forbindelse med hjemreise etter fødselen, der hensikten var å styrke mestringsfølelsen og selvfølelsen (Beake et al. 2010). Kvinnene beskrev råd og veiledning om utfordringer som nyttige. Kvinnene mente det var viktig med en-til-en kontakt med helsepersonell og uttrykte viktigheten av profesjonell støtte. Individuelle støttesamtaler var viktig for å kunne identifisere ulike faktorer som påvirket den psykiske helsen og måten kvinnene tenkte på (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Fenwick et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). Muligheten for å kunne snakke med helsepersonell om den nye tilværelsen ble beskrevet på følgende måte:

Somebody who understood, wanted to listen, was genuinely there to listen, they were genuinely interested. Somebody who wasn't a family member and wasn't involved but who was concerned for you (Fenwick et al. 2013, 220).

Et funn viste at noen kvinner opplevde at de ikke ble tatt på alvor, da informasjonen om muligheter for hjelp og støtte var marginal (Coates, Ayers og de Visser 2014). I noen

tilfeller gav ikke helsepersonell tilstrekkelig informasjon om amming og kvinnene så på dette som en svakhet fordi det å mestre amming var en måte å gjenvinne kontrollen etter en vanskelig fødsel (Beake et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014).

I vår litteraturstudie viser funn at kvinnene hadde behov for gjennomgang av fødselen. De fikk mulighet for å dele, utforske og stille eventuelle spørsmål knyttet til fødselen, noe som gav kvinnene økt forståelse av egen situasjon. Jordmødrene hjalp kvinnene til å huske positive aspekter ved fødselen, samt å anerkjenne kvinnenes erfaringer og følelser. Dette hjalp kvinnene til å gå videre, samt reduserte bekymring og engstelse (Coates, Ayers og de Visser 2014; Fenwick et al. 2013; Turner et al. 2010). En kvinne som følte det var nyttig å få en gjennomgang av fødselen sammen med helsepersonell, uttrykte følgende:

Being able to talk it through ... and get some sensible answers from somebody you know is a midwife and well educated. That you could bounce things off, well this happened and that happened, was that supposed to happen? (Fenwick et al. 2013, 220).

Et funn vi kom frem til i vår litteraturstudie viser at kvinnene satte stor pris på å få muligheten til å reflektere over både svangerskapet, fødselen og den nye hverdagen. Gjennom refleksjon ble noen kvinner påmint gode og positive erfaringer angående sin egen situasjon, mens for eksempel hos en kvinne førte dette til vendepunktet for å søke profesjonell hjelp (Fenwick et al. 2013). Helsepersonells framtoning og væremåte var viktig for om kvinnene følte trygghet. Hjemmebesøk og muligheter for telefonkontakt med helsepersonell gav økt trygghet og positive opplevelser til omsorg. Dette bidro til at kvinnene selv kunne bestemme når det var rett tid for dialog og kvinnene slapp å føle seg overkjørt av helsepersonell (Bilszta et al. 2010; Fenwick et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). En kvinne beskrev erfaringer med helsepersonells væremåte på følgende måte:

“I found it a quite positive experience overall, I thought her approach was sensitive and caring, it was friendly” (Rollans et al. 2013, 9).

4.4 Støtte og omsorg fra nære relasjoner

Vår litteraturstudie viste at kvinner hadde økt behov for støtte fra nære relasjoner, og deres holdninger var avgjørende for hvordan kvinnene opplevde følelsen av støtte (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014). I studien til Negron et al. (2013) nevnte kvinnene både nære venner og familie, partner, mødre, fedre, gudmor, og svigerinner som nære relasjoner. Disse ga emosjonell og praktisk støtte. Med praktisk støtte ble det nevnt blant annet matlaging og husvask, og en kvinne uttrykte følgende:

Well, I feel like if you're not getting help with the everyday tasks, it's like – just, you know, you're setting yourself up for postpartum depression...I can't imagine not having help with anything like that and dealing with your emotions on top of it (Negron et al. 2013, 618).

Et annet funn i vår litteraturstudie viste at den emosjonelle støtten gikk ut på å prate om hva kvinnene gikk gjennom og de mottok oppmuntrende og støttende ord. Partneren var sett på som en viktig støttespiller og noen kvinner følte at partneren var den eneste de kunne fortelle alt til. Kvinnene hadde behov for å fortelle partneren sin om hvordan dagen sammen med babyen hadde vært. Ofte var det også partneren som oppmuntret kvinnene til å oppsøke profesjonell hjelp og støtte, da det ikke var alt partneren klarte å sette seg inn i angående kvinnens nye hverdag. Blant annet gjaldt dette tanker om hva hun hadde gått igjennom i forbindelse med fødselen (Coates, Ayers og de Visser 2014; Negron et al. 2013). En kvinne i studien til Slade et al. (2010) underbygger det at partneren spilte en viktig rolle i forbindelse med oppmuntring til å søke hjelp, ved at hun sier:

It was sort of my partner saying to me "Right if you don't go I'm basically making you an appointment, you are going, don't sweep it under the carpet, you know, you can't just keep feeling like this" (Slade et al. 2010, 443).

4.5 Å dele erfaring med andre

I vår litteraturstudie sier et funn at mødre i samtalegruppe gav hverandre håp og støtte gjennom positive og oppmuntrende tilbakemeldinger og delte erfaringer om hvilke praktiske tiltak som hadde vært til hjelp for dem selv (Evans, Donelle og Hume-Loveland 2011). Eksempler på tilbakemeldinger som kvinnene utvekslet var:

“Stay strong” (Evans, Donelle og Hume-Loveland 2011, 407).

“Don’t give up” (Evans, Donelle og Hume-Loveland 2011, 407).

“There is a light in the end of the tunnel” (Evans, Donelle og Hume-Loveland 2011, 407).

Ved å dele erfaringer med andre mødre opplevde kvinner endret syn på sitt perspektiv og idealer om morsrollen (Kristensen et al. 2015). Når kvinnene fikk snakke om følelser og erfaringer med mødre i samme situasjon, opplevde de det lettere å skille normalreaksjoner fra eventuelle depressive symptomer. Dette førte til at de enklere kunne ta stilling til videre handling (Coates, Ayers og de Visser 2014; Evans, Donelle og Hume-Loveland 2011; Negron et al. 2013). Etter deltagelse i mestringsgruppe så kvinner lysere på fremtiden, som gjorde det lettere å prate om tabubelagte temaer som depresjon i forbindelse med svangerskapet. Det var viktig at kvinner følte tilhørighet til gitt gruppe. Gruppesamtale bidro dermed til å redusere skam når kvinner så at det var andre i samme situasjon (Coates, Ayers og de Visser 2014; Evans, Donelle og Hume-Loveland 2011; Kristensen et al. 2015). Mange kvinner henvendte seg til andre kvinner som hadde overvunnet fødselsdepresjon, de etterspurte råd og forslag til hvordan de selv skulle håndtere depressive symptomer (Evans, Donelle og Hume-Loveland 2011). En kvinne i studien til Coates, Ayers og de Visser (2014) understreker at gruppesamtaler var nyttige for å kunne se at det også var andre mødre med samme utfordringer:

You also feel like you’re the only one that’s ever had all these problems, then you sit in a group with ten people all having the same problems as you breastfeeding and you think ‘oh’ that it’s not me, you know, it’s not me, it’s not because I’m a bad mum, it’s because that’s life. So that was definitely a help (Coates, Ayers og de Visser 2014, 10).

5.0 Diskusjon

I følge Jørgensen og Michaelsen (2015) skal vi kritisk vurdere og reflektere over oppgavens ulike deler og ta for oss om det er noe som kunne vært gjort annerledes. Kapittelet er delt inn i to hoveddeler. Del en tar for seg metodediskusjon, hvor vi diskuterer styrker og svakheter ved fremgangsmåten på vår litteraturstudie. Del to tar for seg resultatdiskusjon, hvor vi diskuterer og setter studiens resultat oppimot hensikten og bakgrunnsteorien i vår litteraturstudie (Jørgensen og Michaelsen 2015).

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Søkestrategi

Vi har satt konsekvente krav til inklusjon- og eksklusjonskriterier i vår litteraturstudie. Et av våre viktigste kriterier var at studiene skulle omhandle enten kvinner med fødselsdepresjon, eller kvinner som tidligere hadde opplevd fødselsdepresjon. Vi valgte å ikke skille funnene våre ut i fra om kvinnene var i en fødselsdepresjon eller om de tidligere hadde opplevd en fødselsdepresjon. Dette fordi vi ikke så noen tydelig forskjell på deres opplevelse av situasjonen. Siden hensikten med vår litteraturstudie var å belyse kvinners erfaringer med fødselsdepresjon, så vi det mest hensiktsmessig å velge kvalitative forskningsartikler med pasientperspektiv. Gjennom kvalitativ studie går vi i dybden og vi får et innblikk i kvinnenenes tanker og opplevelser, og dermed tenker vi at det er en styrkende faktor for å besvare vår hensikt og våre problemstillinger (Jacobsen 2010b).

Kvinner under 18 år er ekskludert fra vår studie, dette på grunn av at disse kvinnene er sårbar og plasseres ifølge Helsedirektoratet (2014e) i risikogruppen for å utvikle videre problemer i tiden etter fødsel. Vi ønsker ikke å ta med kvinner som befinner seg i risikogruppen, til tross for at det fantes mye forskning på ungdommer i forbindelse med temaet. Vi tenker nemlig at disse kan oppleve den nye morsrollen annerledes i forhold til mødre som ikke er i tenårene, da ungdomsårene allerede byr på en rekke andre bekymringer. Med dette tenker vi på bekymringer som omhandler fremtiden når det gjelder utdanning, etablering og økonomi. Ungdommer har ofte annet fokus på hverdagen og livet i forhold til godt etablerte voksne.

Vi ønsket å benytte oss av så ny forskning som mulig i vår litteraturstudie, og vi valgte derfor å inkludere forskning kun fra de siste fem årene. Resultatene av våre søk var ikke

overveldende og man kan tydelig se at det mangler forskning innenfor dette temaet. I samtale med kommunejordmor (17.03.2016) fikk vi bekreftet at det finnes lite forskning angående dette temaet, da jordmødrenes retningslinjer er elleve år gamle.

For oss var det naturlig å velge pasientperspektivet. Vi var egentlig ikke helt bestemt på konkret hensikt fra starten, men fant fort ut at vi var interessert i å forske på kvinners erfaring med fødselsdepresjon. Underveis i arbeidet med oppgaven har vi endret litt på problemstillingen. Dette fordi vi tenker at det har relevans i forhold til vår praksis, da vi kommer til å møte kvinner både under og etter en graviditet i vårt fremtidige arbeid som sykepleiere.

Etter at vi hadde satt oss inn i relevant bakgrunns litteratur kom vi frem til noen konkrete søkeord. Vi utførte dermed flere prøvesøk med disse søkeordene, dette gav oss flere av de søkeordene vi satt igjen med tilslutt. Dette var synonymer på kvinner med depresjon i forbindelse med fødselen og deres erfaringer knyttet til dette. Vi søkte gjennom bibliotekets databaser og synes det var utfordrende å gjøre gode og konkrete søk som gav relevant resultat. Vi benyttet oss av hjelp og veiledning fra en bibliotekar for å få råd og kunnskap om hvordan vi kunne gjøre søkeprosessen enklere. Under veiledning fra bibliotekaren fikk vi satt opp PI(C)O-skjema, som skulle strukturere søkeprosessen ytterligere. Alle søkeordene er oppgitt i vedlegg 1. Siden vi ikke har gjort søk utenfor søkeordene i PI(C)O-skjemaet kan det være en svakhet da det kan finnes ytterligere relevante forskningsartikler som besvarer vår hensikt og våre problemstillinger. Ved at vi slavisk fulgte inklusjonskriteriene, PI(C)O-skjemaet, hensikten vår, og problemstillingene, gjorde vi søkeprosessen systematisk og enklere.

Vi søkte i mange helse relaterte databaser som vi trodde ville gi oss relevante resultat. Vi endte opp med å inkludere artikler fra databasene, ProQuest, CINAHL, ORIA og Medline. Etter å ha lest sammendraget på de artiklene vi fant interessante, fikk vi raskt en oversikt over hvor mange som faktisk var relevante for å besvare vår hensikt og våre problemstillinger. Vi kan ha oversett relevant forskning. Dette på grunn av manglende erfaring med artikkelsøk, og fordi vi kun har grunnleggende engelskfaglige kunnskaper. Det var utfordrende å finne tilstrekkelig antall artikler av nyere dato. Vi gjorde derfor manuelle søk ved å gå igjennom litteraturlisten til de aktuelle artiklene, samt andre review og RCT studier. En artikkel ble inkludert i vår studie ved hjelp av denne søkemetoden. Vi

gjennomførte også et manuelt søk via nettleseren Google, dette både på norsk og på engelsk. Ved sistnevnte var vi veldig kritisk til hvilken kilde artiklene var hentet fra. Her var det en artikkel som viste seg å være av stor interesse for oss da denne ble gjennomført i Norge i 2015. Etter å ha fylt ut liste for kvalitetsvurdering valgte vi å inkludere artikkelen i vår studie på tross av at den var funnet via Google. Vi satt til slutt igjen med ti inkluderte forskningsartikler, som legger grunnlaget for vår litteraturstudie.

5.1.2 Kvalitetsvurdering

Ut i fra sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitativ forskning valgte vi å inkludere kun artikler som svarte 'ja' på minimum ni av ti spørsmål. Selv valgte vi å stille dette kravet, fordi vi følte at det ville styrke kvaliteten på vår litteraturstudie. Alle våre artikler er etisk vurdert av komité eller fra andre utvalg. Vi mener det er et viktig kriterium at studiene er etisk vurdert, da det omhandler kvinner i en svært sårbar fase i livet. Alle studiene har anonymisert deltagerne, og dermed tatt hensyn til kvinnenens identitet.

Ni av ti av de forskningsartiklene vi valgte å inkludere i vår litteraturstudie, var på engelsk. Derfor har vi gått grundig til verks med oversettelsen, i håp om at det ikke skulle oppstå misforståelser eller feiltolkninger. Vi har derimot valgt å ikke oversette sitat som er brukt i resultatdelen, for at disse ikke på noen måte skulle bli mistolket av oss. Jacobsen (2010a) sier nemlig at det er et kriterium at de som deltar i kvalitative undersøkelser har krav til å bli korrekt gjengitt. Vi begrenset søkene våre til engelsk, norsk, dansk og svensk.

For å vurdere vitenskapelig nivå har vi valgt å undersøke om tidsskriftet artiklene er publisert i er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (2016). Alle våre inkluderte artikler er publisert i tidsskrift som har nivå 1 eller nivå 2, som betyr at de er fagfellevurdert. Vi tenker det er viktig for kvaliteten på vår litteraturstudie at alle våre inkluderte forskningsartikler er kvalitetsvurdert av andre eksperter innen fagfeltet.

Forskning som er utført utenfor vesten valgte vi å ekskludere på grunn av store kulturelle og politiske forskjeller, både stabilitet i helsevesenet og økonomi vil ha betydning for forskning. Vi kan tenke oss at det er mer fokus på å få dekket de grunnleggende behovene i fattige land, fremfor å ha fokus på forebygging av for eksempel fødselsdepresjon. Vi har inkludert forskning fra land som vi mener er sammenlignbart med Norge når det kommer

til økonomi og stabilitet innen helsevesenet. Likevel tenker vi at det kan være forskjeller mellom ulike land som kan gjøre overførbarheten utfordrende.

5.1.3 Analyse

Ved å bruke Evans (2002) fire faser kunne vi systematisk analysere resultatene i våre inkluderte artikler. Vi identifiserte ulike funn i alle artiklene som vi valgte å knytte sammen via fargekoder. Ved å benytte denne metoden fikk vi en god oversikt over omfanget av de ulike funnene, og kunne videre sette sammen resultater fra alle artiklene som var relevante for å besvare vår hensikt og problemstilling. Vi kom frem til fem hovedfunn som vi kunne bruke for å besvare vår oppgave, og disse funnene gikk mye over i hverandre i alle artiklene. Det var imidlertid et funn som omhandlet medisineringsforhold til kvinner med fødselsdepresjon. Dette valgte vi å ekskludere da det var funn som ikke gikk igjen i flere av våre inkluderte artikler. Kvinners erfaring angående medisineringsforhold er et interessant funn når det gjelder bivirkning og eventuell påvirkning på barnet, men vi ønsket likevel ikke å fokusere på dette. Vi ser i ettertid at dette kan være en svakhet for vår oppgave da vi tenker at medisineringsforhold også er en vesentlig del av kvinners erfaring i forbindelse med fødselsdepresjon. Vi brukte lang tid på analysearbeidet, og vi valgte å arbeide sammen gjennom hele prosessen da vi mener at diskusjon og refleksjon underveis kunne gi oss en bedre forståelse av artiklens innhold. Ved at begge to leste og analyserte funn i artiklene sammen, følte vi oss mer sikre på at vi ikke overså andre relevante funn enn de vi inkluderte i vår litteraturstudie.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Fra å være kvinne til å bli mor

Funn i vår litteraturstudie sier at under et svangerskap og etter fødsel er det mye som påvirker den psykiske helsen og kvinnene endret ofte tenkemåte om seg selv og omgivelsene (Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013). Man er også mer psykisk sårbar i denne livsfasen og det er derfor ikke uvanlig å være urolig og nedstemt i perioden før og etter en fødsel, denne tiden kan ha lett for å vekke liv i “glemte” bekymringer eller problemer (Eberhard-Gran og Slinning 2007). Under samtale med kommunejordmor, fikk vi bekreftet dette. Hun fortalte oss at kvinner under og etter graviditeten kunne slite med traumatiske hendelser eller problemer fra tidligere i livet, som de ofte trodde de hadde lagt bak seg (samtale 17.03.2016). Et av funnene i vår studie var at kvinner synes det var viktig å få dekket sine grunnleggende behov for videre å kunne takle sine egne følelser. Det kom også frem ulike faktorer i vår studie som spilte inn på den psykiske helsen, som det å være alene om husarbeid eller å ha nedsatt fokus på personlig pleie og mangel på søvn (Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013).

I retningslinjer for Barselomsorgen står det at det er ønskelig at partneren eller en annen voksen person skal oppholde seg i hjemmet ukene etter fødselen. Dette for å bidra med avlastning for kvinnen når det gjelder daglige gjøremål og delvis stell av barnet (Helsedirektoratet 2014f). Kvinnenes psykiske helse er ekstra sårbar i denne perioden, kvinnene blir lett beveget og tar lett til tårene. Dette er forbigående psykiske symptomer som anses å være normalreaksjoner den første tiden etter fødsel og blir kalt barseltårer, disse symptomene er oftest uttalt mellom tre og ti døgn etter fødselen (Berle 2010). Av erfaringer fra praksis har vi sett at kvinner etter fødselen blir utskrevet fra sykehuset allerede 2-3 døgn etter fødselen og vi tror derfor at å oppdage kvinner med symptomer på fødselsdepresjon er utfordrende. Desto viktigere er det for oss som fremtidige sykepleiere å huske at disse kvinnene har behov for tilstrekkelig informasjon angående normalreaksjoner i tiden etter fødsel. Det er ikke vanskelig å sette seg inn i at det kan være utfordrende for kvinner å skille normalreaksjoner etter en fødsel i forhold til symptomer på depresjon. Symptomene går mye over i hverandre, for eksempel nedsatt energinivå, tretthet/utmattelse, smerter, ubehag og menstruasjonsforstyrrelser (Hummelvoll 2012a).

Kvinner i vår litteraturstudie var overrasket over at helsepersonell hadde så stort fokus på kvinnens helse fremfor barnets. De forventet at helsepersonellet skulle ha full fokus på barnet og noen kvinner følte at det var feil å fokusere på seg selv. Noen kvinner satte imidlertid pris på at helsepersonell hadde fokus på deres psykiske helse gjennom bruken av EPDS, da dette åpnet muligheter for å kunne prate om sine egne tanker og følelser (Fenwick et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). Ved at kvinnene svarer på de ti spørsmålene EPDS består av, kan helsepersonell bruke besvarelsene som et utgangspunkt for videre samtale med kvinnen. Skjemaet er validert av to uavhengige studier som har testet skalaen på ulike steder i Norge, og den har vist seg å ha tilfredsstillende måleegenskaper i en norsk populasjon (Eberhard-Gran og Slinning 2007). Til tross for at studiene har vist at Edinburgh-metoden egner seg godt til identifisering av fødselsdepresjon hos kvinner som er gravide eller i tiden etter fødsel, er den ikke anbefalt i retningslinjer for Svangerskaps- og Barselomsorgen (Helsedirektoratet 2005c; Helsedirektoratet 2014a).

Det trengs mer forskningsbasert kunnskap om effekten av Edinburgh-metoden og oppfølging av videre behandling. Det blir ikke anbefalt at Edinburgh-metoden innføres på nåværende tidspunkt, fordi det kreves at retningslinjer tilpasset norske forhold utarbeides for oppfølging og bruk av metoden (Helsedirektoratet 2005c; Helsedirektoratet 2014a). I følge kommunejordmor blir ikke Edinburgh-metoden systematisk benyttet i arbeidet for å identifisere fødselsdepresjon nettopp på grunn av dette. Selv om jordmor ikke benyttet seg av metoden systematisk, fortalte hun at hun brukte innholdet i spørreskjema indirekte under samtale med kvinnene, for å kunne legge grunnlaget for eventuell samtale om psykiske utfordringer (samtale 17.03.2016). Vi tenker at systematisk bruk av spørreskjema vil gjøre samtalen med kvinnen mer upersonlig og at det kanskje vil føre til at hun mister følelsen av å bli ivaretatt på grunn av at samtalen dreier seg om avkrysning.

Noen kvinner i vår litteraturstudie følte seg ivaretatt ved at jordmor skulle besøke dem hjemme etter fødselen. De var takknemlig for at helsepersonell viste oppriktig interesse for hvordan deres nye tilværelse var og kvinnene var positivt overrasket over at deres helse også ble tatt med i samtalene (Fenwick et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). I følge retningslinjer for Barselomsorgen er det anbefalt at jordmor skal foreta hjemmebesøk innen tre døgn etter hjemkomst (Helsedirektoratet 2014f). I følge kommunejordmor var det kun halvparten av alle fødende kvinner i kommunen som fikk

tilbud om hjemmebesøk av jordmor. Dette er en konsekvens av begrensede ressurser og stillinger i kommunen (samtale 17.03.2016). Vi mener dette er en negativ konsekvens av for lite ressurser da flergangsfødende kvinner også kan utvikle fødselsdepresjon, uavhengig av om hun har hatt det tidligere. Vi antar at hvis en kvinne for eksempel ikke opplever utfordringer med sitt første barn, men derimot opplever ulike utfordringer hos det neste barnet, kan dette føre til at kvinnen blir usikker på morsrollen. Videre tenker vi at dette kan være en faktor for å utvikle fødselsdepresjon. Kvinner i vår litteraturstudie uttrykte viktigheten av at de ble kontaktet av jordmor i tiden etter fødselen og vi anser dermed at dette, sammen med hjemmebesøk, er vesentlige faktorer i å forebygge utvikling av fødselsdepresjon (Fenwick et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010).

Det følger en del forventninger til det å skulle bli mor. Kvinnen selv kan ha forventninger som det kanskje ikke er mulig å leve opp til, og ikke minst kan de som står en nærmest ha forventninger om at en skal være lykkelig (Berle 2010). Funnene i vår litteraturstudie viser at kvinner uttrykte store forskjeller mellom forventningene og realiteten, og de høye forventningene de hadde til seg selv førte til skyldfølelse når de ikke følte mestring (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014).

I studien til McLoughlin (2013) kommer det frem at noen kvinner mener fødselsdepresjon er assosiert med det å være en dårlig mor. En kvinne med depresjonstanker i denne perioden ble sett på som svak og hadde dårlige evner til å mestre den nye tilværelsen. Funn i vår litteraturstudie viser at kvinner også her opplevde følelsen av å mislykkes og var redd for at andre skulle avsløre at de ikke taklet den nye tilværelsen og videre bli stemplet som en dårlig mor. Kvinnene i vår litteraturstudie følte også på press fra sosiale medier og sammenlignet seg ofte med andre mødre. (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014). I vår litteraturstudie kom det frem at i frykt for å svekke stoltheten og selvstendigheten og det å komme i konflikt med idealer om å være den lykkelige mor, kunne ikke kvinnene prate med andre om sine egne følelser og erfaringer om morsrollen (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). Kvinnene i studien til McLoughlin (2013) hevdet at media skapte et bilde av kvinner med fødselsdepresjon som dårlige mødre og at de kunne fremstå som farlige. De hadde også urealistiske forventninger til den nye morsrollen og satte dermed seg selv i bås for å være en dårlig

mor (McLoughlin 2013). Ved depresjon etter fødsel, vil dette i seg selv være så stor kontrast til forventningene, at kvinnene kan miste morslykken og føle seg mislykket som mor (Berle 2010). Dette var noe som også kom fram under samtalen med kommunejordmor, der hun opplevde at flere og flere kvinner hadde urealistiske forventninger til den nye morsrollen (samtale 17.03.2016).

Vi antar at dette kan være på grunn av at sosiale medier i dag skaper et urealistisk bilde av hvordan det er å bli mor. Vi har selv sett i praksis at nybakte mødre er svært opptatt av å legge ut idylliske innlegg av det nyfødte barnet på sosiale medier, fremfor å gi barnet full oppmerksomhet. Dette kan i verste fall ramme barnets evne til tilknytning og dens utvikling av selvregulering, mestring og sosial kompetanse da det er avhengig av fysisk og emosjonell omsorg. Dersom mor ikke lærer seg å kjenne barnet godt nok, kan det få konsekvenser som at mor ikke klarer å tolke barnets signaler og dette kan videre føre til usikkerhet hos mor. Samspillet mellom mor og barn virker inn på dets psykososiale og kognitive utvikling (Venheim og Reinar 2010).

5.2.2 Barrierer for å søke om hjelp

Det kommer frem i studien til McLoughlin (2013) at mangel på kunnskap om symptomer på fødselsdepresjon var en barriere for å søke om hjelp. De var redde for å fortelle helsepersonell om sine negative følelser i denne perioden da de følte at dette var et tabubelagt tema og at de var redd for å bli dømt. Kvinnene i studien til McLoughlin (2013) var redd for at barnevernet eller andre helseinstanser skulle ta fra dem barnet dersom de søkte etter hjelp til å få bukt med sine emosjonelle følelser. Funn fra vår litteraturstudie viser at mangel på kunnskap gjør at kvinner ikke alltid har evnen til å skille normalreaksjoner etter fødsel fra depressive symptomer, og dette kan også understrekes av kvinnene i studien til McLoughlin (2013). Berle (2010) hevder også at det er vanskelig å skille mellom hva som er normalreaksjoner og hva som er sykdom. Vi kan også knytte funnene i studien til McLoughlin til funn i vår studie, der kvinner også var redd for å fortelle om sine problemer til helsepersonell i frykt for å bli dømt til å ikke mestre den nye tilværelsen, og i frykt for at barnet skulle bli tatt fra dem (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). Disse funnene underbygger vår oppfatning av helsepersonells viktige rolle i forbindelse med å informere om at symptomer på fødselsdepresjon ofte forekommer.

Kvinnene fra vår litteraturstudie var også redd for hva andre ville si om deres negative følelser og ville derfor ikke spørre om hjelp eller uttrykke disse følelsene i frykt for å bli dømt. De så på det å søke om hjelp som å feile og ikke ha evnen til å mestre. Dette førte videre til økt bekymring og isolasjon hos enkelte kvinner (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). Dersom disse kvinnene ikke selv tar ansvar for egen helse, oppsøker helsepersonell eller ikke forteller dette til sine nærmeste, tenker vi at dette kan få alvorlige konsekvenser dersom dette pågår over lengre tid. De kan da stå i fare for å utvikle langvarige og alvorlige depresjoner og kan i verste fall stå i fare for utvikling av psykose og innleggelse på psykiatrisk avdeling (Berle 2010). Her kan vi se viktigheten av at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap om dette temaet for å kunne identifisere fødselsdepresjon hos kvinner på et tidlig stadium.

Ett av våre funn viser at terskelen for å søke om hjelp fra helsepersonell var redusert dersom kvinnene allerede hadde gode relasjoner til helsepersonellet. De følte at det ble enklere å prate om sine følelser (Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010). I følge Hummelvoll (2012b) dreier omsorg seg om å bry seg om personen, kartlegge dens behov for behandling, skape trygghet gjennom tilbud som byr på kontinuitet og å utvikle tillitsfulle samarbeidsforhold ved å skape relasjon. Fra praksis har vi sett at god relasjon er en forutsetning for at kvinner skal kunne prate med helsepersonell om sensitive tema. Dette tenker vi er en viktig del av arbeidet som fremtidige sykepleiere for at vi skal kunne oppnå god dialog, og dermed kunne gi tilstrekkelig støtte og omsorg.

5.2.3 Støtte fra helsepersonell

Gjentagende funn i vår litteraturstudie var at kvinnenes forhold og relasjon til helsepersonell, samt kontinuiteten, var avgjørende for hvordan kvinnene opplevde kvaliteten på støtte. Det kom frem i vårt litteraturstudiene at det var viktig for kvinnene å vite at helsepersonell var tilgjengelig for dem dersom det skulle være noe. Når helsepersonell tok seg tid til å lytte, og ved at jordmor skulle kontakte kvinnene en stund etter fødsel, skapte dette tillit hos kvinnene. Kvinnene følte dermed at de mottok god støtte, og at de kunne uttrykke sine følelser og være åpne og ærlige når de hadde en fast kontaktperson som de allerede hadde etablert god relasjon til. Derimot var det noen kvinner som opplevde støtten mindre god. Dette på grunn av manglende fast

kontaktperson, dårlig dialog eller at kvinnene følte seg til bry (Beake et al. 2010; Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Fenwick et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). Et av målene til retningslinjene for Barselomsorgen (Helsedirektoratet 2014g) er å sørge for et helhetlig barselforløp med kontinuitet. Dette understreker kommunejordmor (samtale 17.03.2016) ved at hun forteller at hun har et avslappet forhold til sine kvinner, i den grad at kvinnene føler at de kan være seg selv til det fulle under hjemmebesøkene. Vi antar at en god allianse mellom helsepersonell og kvinner etter fødsel er avgjørende for om kvinner kan betro seg til helsepersonellet. Dette fører igjen til at helsepersonellet kan gi kvinnen optimal støtte ut fra hvilken tilstand kvinnen utgir seg for å være i.

Ved å øke helsepersonells kunnskap og oppmerksomhet mot kvinners symptomer i perioden etter fødsel, kan de tidlig identifisere og deretter behandle fødselsdepresjonen. Siden mor og barn tidlig blir utskrevet fra sykehuset, kan det være utfordrende å identifisere en depresjon siden symptomene oftest forekommer gradvis over uker og måneder. Det er svært viktig å ha fokus på å gjenkjenne ulike symptomer på et tidlig stadium for å unngå at dette går utover mor og barn (Berle 2010). Barnet kan bli urolig eller tilbaketrukket dersom omsorgspersoner ikke er emosjonelt tilgjengelig på grunn av fokus på egne plager under en depresjon. Barnet er avhengig av å være i fokus for at det skal kunne utvikle seg normalt (Øvreberg 2014). Depresjon etter fødsel kan føre til negative tanker om å miste kontrollen og moren kan stå i fare for å skade seg selv eller barnet (Folkehelseinstituttet 2015). I funn fra vår litteraturstudie kom det frem at noen kvinner hadde stor tiltro til at helsepersonell tidlig identifiserte og eventuelt iverksatte tiltak ved ulike utfordringer. Kvinnene syntes også at helsepersonell satt med mye kunnskap om ulike støttetilbud og følte at de var imøtekommende, hjelpsomme og vennlige (Beake et al. 2010; Bilszta et al. 2010; Rollans et al. 2013). I praksis observerte vi at kvinner som hadde hatt samme kontaktperson gjennom hele graviditeten og i tiden etter fødselen, snakket med kontaktpersonen om alt. Dette synes vi underbygger vår oppfatning av at god relasjon mellom helsepersonell og kvinnene er avgjørende.

Et annet funn i vår litteraturstudie var at helsepersonell var mer fokusert på å beroliggjøre kvinnen og normalisere deres følelser fremfor å starte aktiv behandling og kvinnene opplevde helsepersonell som empatisk og støttende (Beake et al. 2010; Bilszta et al. 2010; Rollans et al. 2013). Dette synes vi er viktig for å unngå at kvinner unødig blir

diagnostisert med depresjon, ettersom symptomer på normalreaksjoner etter fødselen kan være vanskelig å skille fra depressive symptomer (Berle 2010).

Våre funn viser at råd og veiledning gjennom en-til-en kontakt med helsepersonell var nyttige og at profesjonell støtte var viktig. Kvinnene syntes at råd og veiledning angående ulike utfordringer var nyttige. Individuelle samtaler åpnet for identifisering av faktorer som påvirket kvinnenes tenkemåte og deres psykiske helse. Ved å få besvart eventuelle spørsmål knyttet til fødselen, oppnådde kvinnene økt forståelse av egen situasjon. Dette hjalp kvinnene til å gå videre og det var med på å redusere eventuell engstelse og/eller bekymring. Kvinnene satte stor pris på at de fikk muligheten til å reflektere over hele forløpet og den nye hverdagen sammen med helsepersonell (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers de Visser 2014; Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013; Rollans et al. 2013; Slade et al. 2010; Turner et al. 2010). Støttesamtaler, styrking av sosialt nettverk og psykoterapi er viktige metoder for behandling av depresjon i forbindelse med fødsel. Støttesamtaler har vist å ha god effekt ved milde til moderate depresjoner i følge Eberhard-Gran (2011).

Ved obligatoriske helsekontroller etter fødsel er det viktig at helsepersonell kartlegger mors psykiske helse samt samspillet mellom mor og barn (Berle 2010). Ifølge kommunejordmor (samtale 17.03.2016) blir det alltid stilt spørsmål til kvinnen om hun tidligere har opplevd noen form for tapsopplevelser, depresjon, angst eller krenkelsler. Dersom noe av dette blir avdekket, følges det tett opp av jordmor ved hver samtale. Ved ytterligere utfordringer i forbindelse med dette, kan kvinnene bli henvist videre til spesialisthelsetjenesten. I vår litteraturstudie mente noen kvinner at fokus på tidligere negative erfaringer gav økt kunnskap og videre økt trygghet (Rollans et al. 2013).

5.2.4 Støtte fra nære relasjoner

Sannsynligheten for fødselsdepresjon øker ved manglende støtte fra familie og/eller venner (Helsebiblioteket 2014). Funn i vårt litteraturstudie viste at kvinner hadde økt behov for å motta støtte fra nære relasjoner. Med nære relasjoner ble det nevnt både venner og familie, og deres holdninger var avgjørende for hvordan kvinnene opplevde følelsen av støtte. Støtten gikk ut på å kunne ha noen å snakke med om hvordan dagen hadde vært, og ellers andre ting som kvinnene gikk gjennom. Under samtale med nære relasjoner kunne kvinnene motta oppmuntrende og støttende ord. For flere av kvinnene i vår litteraturstudie

var partneren sett på som en viktig støttespiller og ofte var det partneren som oppmuntret kvinnene til å søke profesjonell hjelp da det ikke var alt de klarte å sette seg inn i (Bilszta et al. 2010; Coates, Ayers og de Visser 2014; Negron et al. 2013). I følge Ulvund (2010) er oppmerksomheten, både under graviditet og etter fødselen, rettet mot hva far kan gjøre for å støtte mor. Dermed er det i mindre grad fokusert på at svangerskap og fødsel også kan være en stor overgang for far. Far kan også utvikle fødselsdepresjon på grunn av store omveltninger i den nye hverdagen. Våre tanker rundt dette er at fars psykiske helse er avgjørende for at han skal kunne være en god støttespiller for mor. Dersom far har dårlig psykisk helse klarer han ikke å gi tilstrekkelig støtte til verken mor eller barn. Dette kan igjen føre til at mor står alene om ansvaret som følger med den nye tilværelsen. Vi tenker at hvis far er deprimert klarer ikke mor å ha full fokus på barnet fordi mor også må ta seg av far.

5.2.5 Gruppebasert støtte

Kvinner i vår litteraturstudie uttrykte at det å dele erfaringer med andre mødre gav dem annet perspektiv, og deres syn angående idealer om morsrollen ble mer positiv. Mødre i gruppesamtaler gav hverandre håp, oppmuntring og støtte gjennom positive tilbakemeldinger. Erfaringer om hvordan de selv greide å håndtere små praktiske oppgaver i hverdagen var nyttig for andre å høre, og de ble da inspirert eller fikk en idé om hvordan de kunne endre sin tenkemåte (Coates, Ayers og de Visser 2014; Evans, Donelle og Hume-Loveland 2011; Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013). Funn i vår studie viste at noen henvendte seg til kvinner som tidligere hadde overvunnet depresjonen for å få råd om hvordan de selv skulle komme seg ut av det (Evans, Donelle og Hume-Loveland 2011). Målet med å ha samtale i gruppe er at den enkelte skal få muligheten til å oppleve et fellesskap. Dersom personen opplever dette vil det åpne for muligheten til å dele sine problemer, belyse dem og sette dem i perspektiv. Slik drar man nytte av andres erfaringer og får et nytt grunnlag for å vurdere seg selv (Hummelvoll 2012c).

Funn i vår litteraturstudie belyste at kvinner så lysere på fremtiden etter deltagelse i mestringsgrupper, dette fordi det ble lettere å prate om dette sårbare temaet. Gruppene bidro til at kvinnene følte seg mindre skamfulle da de så at det fantes andre i samme situasjon som dem selv, og at de kunne dele erfaringer, følelser og følte en lettelse da det var flere de kunne identifisere seg selv med. Å dele erfaringer med andre gjorde det lettere for kvinnene å skille normalreaksjoner fra depressive symptomer og gjorde den videre

veien for behandling lettere (Coates, Ayers og de Visser 2014; Evans, Donelle og Hume-Loveland 2011; Kristensen et al. 2015; Negron et al. 2013). Som medlem i en gitt gruppe kan deltagerne selv prøve å sammenligne og identifisere seg med andre, da dette gir en mulighet til å få en forståelse for hvor en står og hvor alvorlige problemene faktisk er (Hummelvoll 2012c).

Vi tenker det er viktig at kvinnene som blir satt i en gruppe føler tilhørighet og føler de kan knytte seg opp mot andre likesinnede, dette for å ufarliggjøre temaet. Vi antar at gruppesamtaler kan gjøre det enklere for kvinner å akseptere sin egen situasjon og sine egne tanker når de får et innblikk i hvordan tilværelsen for andre kvinner som er i samme situasjon er. På motsatt side tenker vi at hvis kvinner blir satt til en gruppe der de ikke møter kvinner i samme situasjon, kan dette ha motsatt effekt. Vi antar at det vil føre til at kvinnene blir enda mer usikre på seg selv og utrygg i sin situasjon, hvis de kun får høre solskinnshistorier fra mødre som ikke opplever situasjonen slik de selv gjør.

6.0 Konklusjon

Hensikten med vår studie var å belyse kvinners erfaringer med fødselsdepresjon. Vi ville undersøke hvordan kvinner erfarer fødselsdepresjon, og hvordan de erfarer ulik støtte i forbindelse med sin fødselsdepresjon.

Gjennom våre funn kommer det tydelig fram at kvinner før og etter en fødsel har behov for tilstrekkelig informasjon. Denne informasjonen bør omhandle normalreaksjoner og hva de kan forvente seg av den nye tiden fremover. Det vises at kvinners mangel på kunnskap om normalreaksjoner kan føre til at de lar være å søke hjelp, og dette kan få konsekvenser for både mor og barn når det gjelder videre utvikling av psykiske utfordringer.

Våre funn og relevant teori viser at kvinnekroppen gjennomgår store psykiske og fysiske forandringer i forbindelse med et svangerskap. Det er viktig at kvinnene her føler seg ivaretatt og sett, både av faglig helsepersonell, partner og nære relasjoner. For å kunne fokusere på psykiske tanker og utfordringer må de grunnleggende behovene først være dekket. Her spiller både helsepersonell og nære relasjoner en viktig rolle i forbindelse med å gi emosjonell og praktisk støtte. Vår litteraturstudie viste at partner hadde en vesentlig rolle når det gjaldt å gi støtte til kvinnene. Nære relasjoner er viktig å ha for at kvinnene skal kunne uttrykke hvordan de føler og har det i den nye tilværelsen, samt at de kan motta støttende og oppmuntrende ord.

Det viser seg at samfunnet generelt har stor innflytelse på hvordan kvinners forventninger er til den nye tilværelsen og i desto større grad er fallhøyden større når realiteten ikke står til forventningene. Forventninger og idealer til å bli mor er ofte urealistiske og en del av helsepersonells oppgave er å realitetsorientere vordende mødre.

Gruppesamtaler mellom kvinner som erfarer det samme viste seg å ha god effekt. Det er lettere å dele erfaringer med andre som er i samme situasjon og dette bidrar til at kvinnene føler seg mindre skamfull når det er flere de kan identifisere seg selv med. Gruppesamtale førte til at de negative og stigmatiserende følelsene ble normalisert og gjorde veien til å oppsøke hjelp lettere.

En forutsetning for at kvinnene skal kunne oppleve god støtte og omsorg er å ha god allianse med helsepersonell. Dette bidrar til at kvinnene kan snakke med helsepersonellet

om det de føler de har behov for å få råd og veiledning om, selv om temaet kan være sårt og sjenerende. Det bidrar også til at helsepersonell lærer kvinnene bedre å kjenne og at de dermed lettere kan identifisere eventuelle symptomer på depresjon. Gode relasjoner reduserer terskelen for at kvinner faktisk søker om hjelp dersom de selv har mistanker om at de har depressive symptomer.

6.1 Konsekvenser for praksis

Vi ser viktigheten av at vi som fremtidige sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap angående fødselsdepresjon, for at vi tidlig skal kunne identifisere og sette i verk tiltak. Det er også nødvendig at vi har evnen til å videreformidle viktig kunnskap og erfaring til kvinner før og etter fødsel. Dette for at de selv skal kunne skille normalreaksjoner fra depressive symptomer. Helhetlig forløp med kontinuitet samt gode relasjoner, vil føre til at samarbeidet med kvinner blir mindre utfordrende og at vi vil oppnå god dialog. Dette fører til at vi som helsepersonell lettere kan skaffe oss overblikk over hvilke utfordringer kvinnene står ovenfor og ut i fra dette tilby tilstrekkelig råd og veiledning. Helsepersonell må fokusere på å ufarliggjøre temaet for at kvinner lettere skal kunne prate om sine utfordringer. Som fremtidige sykepleiere er det viktig at vi har en nøytral og ikke-dømmende holdning, for å unngå stigmatisering.

6.2 Forslag til videre forskning

Vi ser gjennom vår litteraturstudie at det generelt er lite forskning og teori fra nyere dato angående dette temaet. Det trengs mer forskning for å kunne få et innblikk i hvordan det er å leve med problemet, samt for tidlig å kunne identifisere og kartlegge kvinners erfaring med ulike tiltak knyttet til fødselsdepresjon. Mer forskning på fødselsdepresjon vil kunne bidra til at temaet blir belyst ytterligere og at man dermed får økt fokus på temaet. Mer forskning vil også belyse normaliteten av å ha symptomer på en fødselsdepresjon og det vil muligens bidra til å gjøre temaet mindre stigmatiserende.

Vårt forslag til videre forskning er problemstillinger som baserer seg på partnerens innvirkning på kvinner med fødselsdepresjon, samt fars opplevelse av den nye tilværelsen:

“Hva kan far gjøre for å støtte mor under en fødselsdepresjon?”

“Hvordan kan partner påvirke kvinnens psykiske helse i forbindelse med graviditet og i tiden etter fødsel?”

“Hvordan erfarer menn fødselsdepresjon og den nye rollen som far?”

Referanseliste

- Beake, Sarah, Val Rose, Annette Weavers og Julie Wray. 2010. "A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit." *BMC Pregnancy and Childbirth* 10:70.
- Berle, Jan Øystein. 2010. "Psykiske reaksjoner under svangerskap og i tiden etter fødsel". I *Det nye livet: svangerskap, fødsel og barseltid*, red. Synne Holan 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.
- Coates, Rose, Susan Ayers og Richard de Visser. 2014. "Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study." *BMC Pregnancy & Childbirth* 14:359.
- Eberhard-Gran, Malin. 2011. "Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel." *Utposten* 40(1):31-35.
- Eberhard-Gran, Malin og Kari Slinning. 2007. "Psykisk helse i forbindelse med fødsel". I *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*, 6-23. Oslo: Nordberg Trykk AS.
- Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data." *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2):22-26.
- Evans, Marilyn, Lorie Donelle og Laurie Hume-Loveland. 2011. "Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis." *Patient Education and Counseling* 87(3):405-410.
- Fenwick, Jennifer, Jenny Gamble, Debra Creedy, Leslei Barclay, Anne Buist og Elsa Lena Ryding. 2013. "Women's perceptions of emotional support following childbirth: A qualitative investigation." *Midwifery* 29(3):217-224.
- Folkehelseinstituttet. 2015. "Depresjon i forbindelse med fødsel (fødselsdepresjon) - faktaark". (Lest 11.03.2016).
<http://www.fhi.no/tema/svangerskap-fodsels-og-spedbarns-helse/fodselsdepresjon>
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013a. "Olika typer av litteraturstudier" I *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 25-35. 3.utg. Stockholm: Natur & Kultur.

- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013b. "Den systematiske litteraturstudien første steg" I *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 69-84. 3. utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Helsebiblioteket. 2014. "Fødselsdepresjon". (Lest 19.11.2015).
<http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/gynekologi/fodselsdepresjon>
- Helsedirektoratet. 2005a. "Forord". I *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*, 3.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. 2005b. "Omsorg for gravide kvinner". I *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*, 54-63.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. 2005c. "Sammendrag av anbefalingene". I *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*, 28-45.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. 2014a. "Komplikasjoner hos barselkvinner". I *Nytt liv og trygg barseltid for familien*, 71-80.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. 2014b. "Barselkvinnens helse". I *Nytt liv og trygg barseltid for familien*, 64-70.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. 2014c. "Forord". I *Nytt liv og trygg barseltid for familien*, 1.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. 2014d. "Pasientforløp – helhetlig omsorg". I *Nytt liv og trygg barseltid for familien*, 23-28.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. 2014e. "God start for familien". I *Nytt liv og trygg barseltid for familien*, 29-37.

- <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. 2014f. “Sammendrag – anbefalinger”. I *Nytt liv og trygg barseltid for familien*, 11-19.
- <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. 2014g. “Om retningslinjen for barselomsorgen”. I *Nytt liv og trygg barseltid for familien*, 8-10.
- <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsenorge. 2014. “Fødselsdepresjon”. (Lest 03.03.2016).
- <https://helsenorge.no/etter-fodsel/fodseldepresjon>
- Herredsvela, Linn. 2012. “Hvordan støtte en deprimert venn?”. *Helsenett*. (Lest 24.03.2016).
- http://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=15768:hvordan-stotte-en-deprimert-venn&catid=120&Itemid=533
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2012a. “Depresjon og sorg”. I *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, 193-221. 7.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2012b. “Recovery og bedringsorientert omsorg”. I *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, 55-82. 7.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2012c. “Samspill i grupper”. I *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, 445-463. 7.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010a. “Spørsmål og svar – teori og empiri”. I *Forståelse, beskrivelse og forklaring – innføring i metode for helse og sosialfagene*, 15-38. 2.utg. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010b. “Undersøkelsens andre fase: valg av undersøkelsesdesign”. I *Forståelse, beskrivelse og forklaring – innføring i metode for helse og sosialfagene*, 53-83 2.utg. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Jørgensen, Else og Ragnhild Michaelsen. 2015. *SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for Helse- og sosialfag.

- Kristensen, Kristin Valen, Anette Karlsen Dalseth, Line Moldestad, Solveig Wallan, Geir Lorem, Greta Jentoft og Catharina Elisabeth Arfwedson Wang. 2015. "Blues Mothers – Et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon." *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 52(5):405-412.
- Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. 2014. "Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning". (Lest.03.03.2016).
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- McLoughlin, Jennifer. 2013. "Stigma associated with postnatal depression: A literature review." *British Journal of Midwifery* 21(11):784-791.
- Negron, Rennie, Anika Martin, Meital Almog, Amy Balbierz og Elizabeth A. Howell. 2013. "Social Support During the Postpartum Period: Mothers Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support." *Maternal and Child Health Journal* 17(4):616-623.
- Norsk Helseinformatikk. 2013. "Fødselsdepresjon, barseldepresjon". (Lest 19.11.2015).
<http://nhi.no/graviditetsoraklet/svangerskap-og-fodsel/sykdommer/fodselsdepresjon-13304.html>
- Norsk senter for forskningsdata. 2016. "Publiseringskanaler". (Lest: 02.03.2016).
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Rollans, Mellanie, Virginia Svhmied, Lynn Kemp og Tanya Meade. 2013. "Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth." *BMC Women's Health* 13:18.
- Slade, Pauline, C Jane Morrell, Anna Rigby, Karen Ricci, Janet Spittlehouse og Traolach S Brugha. 2010. "Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: a qualitative study." *British Journal of General Practice* 60(580):440-448.
- Slinning, Kari. 2010. "Fanger opp deprimerte". *Sykepleien* 98(5):52-55.
- Slinning, Kari. 2012. "Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon." *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 49(1):69-73.
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008. "Stemningslidelser". I *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*, 80-87. 3.utg. Trondheim: Akribe Forlag.
- Turner, Katarina M, Carolyn Chew-Graham, Liz Folkes og Deborah Sharp. 2010. "Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for

postnatal depression: A qualitative study.” *Patient Education and Counseling* 78(2):234-239.

Ulvund, Ingeborg. 2010. “Psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet”. I *Jordmorboka*, red. Anne Brunstad og Eva Tegnander, 276-287. Oslo: Akribe AS.

Venheim, Marit Alice og Liv Merete Reinar. 2010. “Barselomsorg”. I *Jordmorboka*, red. Anne Brunstad og Eva Tegnander, 535-546. Oslo: Akribe AS.

Øvreberg, Elisabeth. 2014. “Fødselsdepresjoner kan skade babyens utvikling”. *Forskning*. (Lest 19.11.2015).

<http://forskning.no/svangerskap-depresjon-barn-og-ungdom/2014/12/fodselsdepresjoner-kan-skade-babyens-utvikling>

Vedlegg 1: PI(C)O-skjema

P	I	O
Depression Postnatal depression Postpartum depression Antenatal depression Perinatal depression Pregnan* Mother Female	Prevent Inhibit Support	Experienc* Qualitative View

Vedlegg 2: Oversiktstabell over søkeresultat

Søkeord	Database	Antall treff	Dubletter	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Postpartum depression OR postnatal depression OR perinatal depression AND depression AND prevent* OR inhibit AND female OR pregnancy OR pregnant limit to yr 2010 – current AND (English, Danish, Swedish and norwegian) AND qualitative maximizes specificity	Medline (17.11.15)	17	3	10	5	1
postpartum depression OR postnatal depression AND prevent* AND experienc* limit to 2010 – current AND female AND english	CINAHL (24.11.15)	45	2	21	4	1
depression AND postpartum OR postnatal AND pregnan* OR mother AND prevent* AND experience* limit to yr 2010-current, limit to (Danish or Swedish or English og norwegian)	ProQuest (03.12.15)	67	5	16	5	1
Depression AND postpartum AND support AND experienc*	ORIA (03.12.15)	76	4	19	4	2

limit to yr 2010 - current						
depression OR postnatal depression OR postpartum depression OR antenatal depression AND mother AND experience OR view AND qualitative limited to yr 2010 – current AND (Danish, English, Swedish and norwegian)	CINAHL (10.12.15)	33 084	9	38	6	3

Vedlegg 3: Oversikt over søkeresultat ved manuelle søk

02.03.16:

Via søkemotoren Google fant vi en relevant forskningsartikkel i Norsk psykologiforening, ved at vi søkte på 'fødselsdepresjon kvinner erfaringer', som vi valgte å inkludere i vår litteraturstudie.

03.03.16:

I litteraturlisten i artikkelen "Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study" av Coates, Ayers og de Visser (2014), fant vi en artikkel som vi valgte å inkludere i vår litteraturstudie.

Vedlegg 4: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Artikkel 1

Forfattere	Beake, Sarah, Val Rose, Annette Weavers og Julie Wray
År	2010
Land	Storbritannia
Tidsskrift	BMC Pregnancy and Childbirth
Tittel	A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit
Hensikt	Undersøke inneliggende kvinners erfaring og forventninger av omsorg.
Metode / Instrument	Kvalitativ tilnærming, semistrukturert intervju.
Deltagere / Frafall	20 kvinner i alderen 23-39 år, ble rekruttert fra to sykehusavdelinger.
Hovedfunn	Studien viser til flere faktorer som påvirket deres opplevelse: miljøet på avdelingen, ansattes holdninger, veiledning i forbindelse med amming, utilstrekkelig informasjon og kvinners forventninger.
Etisk vurdering	Godkjent av National Research Ethics Committee.
Vurdering av kvalitet	Vi finner studien god for vår oppgave, da den belyser kvinners opplevelse med støtte og omsorg fra helsepersonell. I følge sjekklister kategoriserer vi artikkelen som svært god. Tidsskriftet artikkelen er publisert i har nivå 1, og er fagfellevurdert.

Artikkel 2

Forfattere	Bilszta, Justin, Jennifer Ericksen, Anne Buist og Jeannette Milgrom
År	2010
Land	Australia
Tidsskrift	Australian Journal of Advanced Nursing
Tittel	Women's experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care
Hensikt	Undersøke kvinner som har opplevd barseldepresjon og samtidig mottatt behandling og støtte. Hvordan depresjonen påvirket terskelen for å søke hjelp, hvilken type hjelp de ville ha og hvorfor og hvordan tilnærmingen fra helsepersonell påvirket behandlingen de ønsket.
Metode / Instrument	Gruppesamtale/fokusgruppe med en varighet på maks 90 minutter. Spørsmål og tema ble tilrettelagt ved hjelp av en diskusjonsguide i forhold til deltagerens kunnskapsnivå for å forsikre seg at de hadde forstått innholdet. Det ble gjort opptak.
Deltagere / Frafall	40 deltagere.
Hovedfunn	Studien viser at det er høy terskel for å søke hjelp, samt til viktigheten av å få hjelp til rett tid av rett person. En viktig faktor er at kvinnene selv kan identifisere og vet hva barseldepresjon dreier seg om for å kunne søke hjelp.
Etisk vurdering	Studien er godkjent av Melbourne Clinic/HealthScope Research Ethics Committee og the Human Research Ethics Committee of Austin Health.
Vurdering av kvalitet	Studien er av god kvalitet da denne svarer på våre problemstillinger. Studien viser til erfaringer fra kvinner som har opplevd barseldepresjon og fått behandling for dette. I følge sjekklister kategoriserer vi artikkelen som god. Tidsskriftet artikkelen er publisert i har nivå 1, og er fagfellevurdert.

Artikkel 3

Forfattere	Coates, Rose, Susan Ayers og Richard de Visser
År	2014
Land	Storbritannia
Tidsskrift	BMC Pregnancy & Childbirth
Tittel	Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan kvinner har opplevd omfanget av emosjonell bekymring første året etter fødsel, hva kvinnene synes var problematisk og hva som var til hjelp mot bekymringen.
Metode / Instrument	Kvalitativ intervjustudie hvor 2 av deltagerne deltok over telefon.
Deltagere / Frafall	17 kvinner.
Hovedfunn	Studien viste til at alle kvinnene ga uttrykk for viktigheten av gode relasjoner til helsetjenesten, og sosial støtte derfra. Helsetjenesten var til hjelp for å bli kvitt skyldfølelse og selvbebreidelse når det gjaldt forskjellige emosjonelle utfordringer.
Etisk vurdering	Studien er godkjent av Research Governance Committee og NCT Research Office.
Vurdering av kvalitet	Studien er aktuell for våre problemstillinger da den tar opp hva som kan være til hjelp for kvinner med fødselsdepresjon. I følge sjekklister kategoriserer vi artikkelen som god. Tidsskriftet artikkelen er publisert i har nivå 1, og er fagfellevurdert.

Artikkel 4

Forfattere	Evans, Marilyn, Lorie Donelle og Laurie Hume-Loveland
År	2011
Land	Canada
Tidsskrift	Patient Education and Counseling
Tittel	Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis
Hensikt	Undersøke viktigheten og forståelsen av ulik sosial støtte. Her i form av at kvinner som lider av barseldepresjon deltok på diskusjonsforum på internettet.
Metode / Instrument	En direkte kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet for å undersøke hvordan sosial støtte har effekt på kvinner med erfaringer av symptomer på barselsdepresjon. Det ble brukt et diskusjonsforum med godkjenning for dette fra moderator av nettsiden.
Deltagere / Frafall	512 meldinger, som var postet på et online diskusjonsforum over 6 måneder, ble inkludert og analysert.
Hovedfunn	Studien opplevde at forumet gav følelsesmessig, informative og instrumental støtte for deltagerne med barseldepresjon.
Etisk vurdering	Studien er godkjent fra University Ethics Review Board.
Vurdering av kvalitet	Artikkelen er god for vår hensikt. Hensikt og resultat kommer tydelig frem. I følge sjekklister kategoriserer vi artikkelen som god. Tidsskriftet artikkelen er publisert i har nivå 2, og er fagfellevurdert.

Artikkel 5

Forfattere	Fenwick, Jennifer, Jenny Gamble, Debra Creedy, Leslei Barclay, Anne Buist og Elsa Lena Ryding
År	2013
Land	Australia
Tidsskrift	Midwifery
Tittel	Women's perceptions of emotional support following childbirth: A qualitative investigation
Hensikt	Kartlegge kvinners erfaringer om emosjonell støtte og intervensjoner fra jordmødre, tidlig etter fødsel. Gir oss en forståelse på hvorfor kvinnene føler som de gjør.
Metode / Instrument	Telefonintervju, for å teste effekt av samtaleterapi. Intervjuene ble tatt opp, og varte i ca. 15 minutter.
Deltagere / Frafall	Opptak av totalt 33 telefonintervju.
Hovedfunn	Kvinnene følte trygghet med at de hadde en fast person de kunne snakke med og kontakte når de selv følte for det. Kvinnene opplevde at de kunne stille spørsmål og dele sine erfaringer med helsepersonell, og det ga tiltro at kvinnene hadde noen å snakke med om medisinske spørsmål. Kvinnene satte pris på at de kunne snakke med noen som viste interesse, og som var opptatt av hvordan de hadde det.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning er innhentet fra alle deltagende universitet og sykehus.
Vurdering av kvalitet	Artikkelen gir oss gode svar som er relevant for vår oppgave. Det kommer tydelig frem hvilke erfaring kvinner har med støtte i forbindelse med depresjon under svangerskap/fødsel. I følge sjekkliste kategoriserer vi artikkelen som svært god. Tidsskriftet artikkelen er publisert i har nivå 1, og er fagfellevurdert.

Artikkel 6

Forfattere	Kristensen, Kristin Valen, Anette Karlsen Dalseth, Line Moldestad, Solveig Wallan, Geir Lorem, Greta Jentoft og Catharina Elisabeth Arfwedson Wang
År	2015
Land	Norge
Tidsskrift	Tidsskrift for Norsk psykologforening
Tittel	Blues Mothers – Et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon
Hensikt	Undersøke kvinners erfaring fra tiden før og etter fødsel, og fra deltakelse i en mestringsgruppe, for å få mer kunnskap om kvinnenes behov og om mestringsgruppen kunne ivareta noen av disse behovene.
Metode / Instrument	Kvalitativ studie med narrativ innfallsvinkel. Intervju.
Deltagere / Frafall	10 kvinner som hadde deltatt i en mestringsgruppe i 2012, i alderen 21-35 år.
Hovedfunn	Tre hovedtema: Belastninger utover mestringsevne, de onde sirklene, bryte onde sirkler. Studien viser at mestringsgrupper med fokus på psykoedukasjon og samspillfremmende aktiviteter er viktige tiltak.
Etisk vurdering	Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
Vurdering av kvalitet	Studien er aktuell for å besvare våre problemstillinger, da den undersøker kvinners psykososiale erfaring med tiden før og etter et svangerskap. I følge sjekklister kategoriserer vi artikkelen som svært god. Tidsskriftet artikkelen er publisert i har nivå 1, og er fagfellevurdert.

Artikkel 7

Forfattere	Negron, Rennie, Anika Martin, Meital Almog, Amy Balbierz og Elizabeth A. Howell
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Maternal and Child Health Journal
Tittel	Social Support During the Postpartum Period: Mothers Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support
Hensikt	Undersøke kvinners erfaring med sosial støtte etter fødsel, i forbindelse med barselsdepresjon.
Metode / Instrument	Studien brukte gruppesamtaler og kvinnene fylte ut spørreskjema i slutten av samtalen. Samtalene ble tatt opp og senere analysert.
Deltagere / Frafall	33 deltagere, som ble delt inn i 4 grupper ut ifra etnisk tilhørighet.
Hovedfunn	Viser viktigheten av å identifisere behovet for støtte, og ved å møte kvinners forventinger til å bli mor kunne moren føle bedring etter fødsel. Studien viste at sosial støtte bør ha en stor rolle i forebyggingen av barselsdepresjon. Studiens resultater viste likheter og ulikheter av erfaringer mellom de ulike etiske gruppene.
Etisk vurdering	Studien er godkjent av Program for the Protection of Human Subjects, ved Mount Sinai School of Medicine.
Vurdering av kvalitet	Resultatene i artikkelen er relevante i forhold til å besvare hensikten på vår oppgave. I følge sjekklister kategoriserer vi artikkelen som svært god. Tidsskriftet artikkelen er publisert i har nivå 1, og er fagfellevurdert.

Artikkel 8

Forfattere	Rollans, Mellanie, Virginia Schmied, Lynn Kemp og Tanya Meade
År	2013
Land	Australia
Tidsskrift	BMC Women´s Health
Tittel	Digging over that old ground: an Australian perspective of women´s experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth
Hensikt	Undersøke kvinners opplevelse av psykososial vurdering og depresjons-screening, og hvilken påvirkning fremgangsmåten hadde for deres reaksjon.
Metode / Instrument	Observasjon og intervju.
Deltagere / Frafall	34 kvinner og 18 helsepersonell deltok i studien.
Hovedfunn	Kvinnene i studien viste at de var uforberedt på spørsmål i forbindelse med det psykososiale. De hadde forventet at samtalen skulle dreie seg mer om det nyfødte barnet, og ikke dem selv. Likevel følte kvinnene at de fikk bekreftelse på at de hadde noen å snakke med, og de stolte på helsepersonellet. Kvinnene viste også at helsepersonellens tilnærming påvirket deres reaksjon på spørsmålene.
Etisk vurdering	Studien er godkjent av Human Research Ethics Committee og University of Western Sydney.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen er god i forhold til vår oppgave, fordi den viser til viktigheten av helsepersonells tilnærming for at pasienter skal føle seg vel. I følge sjekklister kategoriserer vi artikkelen som god. Tidsskriftet artikkelen er publisert i har nivå 1, og er fagfellevurdert.

Artikkel 9

Forfattere	Slade, Pauline, C Jane Morrell, Anna Rigby, Karen Ricci, Janet Spittlehouse og Traolach S Brugha
År	2010
Land	Storbritannia
Tidsskrift	British Journal of General Practice
Tittel	Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: a qualitative study
Hensikt	Undersøke kvinners erfaring av identifisering i primærhelsetjenesten, og hvordan de taklet depressive symptomer.
Metode / Instrument	Dybdeintervju, 6 måneder etter fødsel. Intervjuene varte ca. 1 time, og ble overvåket og brukt til analysering.
Deltagere / Frafall	39 kvinner var kvalifisert til å delta. 9 falt fra: 6 avsto, mens 3 ikke ga tilbakemelding. Totalt var det 30 kvinner som deltok i studien.
Hovedfunn	Funnene viste at kvinnene verdsatte støtten de fikk fra helsepersonell i forbindelse med symptomer på depresjon under svangerskap/fødsel. Relasjonen mellom helsepersonell og kvinner var viktig for å oppnå optimal pleie.
Etisk vurdering	Godkjent av Trent MREC.
Vurdering av kvalitet	Artikkelen svarte godt på våre problemstillinger ved at den undersøker kvinners erfaring med å søke hjelp, helsepersonells rolle og støtte og tiltak i forbindelse med fødselsdepresjon. I følge sjekklister kategoriserer vi artikkelen som god. Tidsskriftet artikkelen er publisert i har nivå 2, og er fagfellevurdert.

Artikkel 10

Forfattere	Turner, Katarina M, Carolyn Chew-Graham, Liz Folkes og Deborah Sharp
År	2010
Land	Storbritannia
Tidsskrift	Patient Education and Counseling
Tittel	Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: A qualitative study
Hensikt	Utforske kvinners erfaring med hjemmebesøk fra helsepersonell som behandling av barseldepresjon. Helsepersonell kom på besøk for å være tilstede og lytte til kvinnene.
Metode / Instrument	Dybdeintervju av kvinner som hadde mottatt besøk som en del av behandlingen.
Deltagere / Frafall	22 deltagere.
Hovedfunn	Kvinnene beskrev besøkene som nyttige, selv om hos mange av dem krevde ytterligere tiltak for å hanskkes med symptomene. Kvinner som tidligere hadde opplevd depresjon så på besøkene som mindre nyttig.
Etisk vurdering	Studien er godkjent av Multi-Centre Research Ethics Committee.
Vurdering av kvalitet	Studien er relevant for vår oppgave fordi den baserer seg på kvinners erfaringer av fødselsdepresjon. I følge sjekkliste kategoriserer vi artikkelen som god. Tidsskriftet artikkelen er publisert i er nivå 2, og er fagfellevurdert.