

Antonette Faye Rundereim
Elise Eidsvik

Den stille lidelsen - kvinners opplevelse av fødselsdepresjon

antall ord: 8268

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Marianne Louise Frilund

Mai 2020

Sammendrag

Bakgrunn: Rundt en av ti kvinner opplever depressive symptomer i den perinatale perioden og etter fødsel. Dette påvirker ikke bare kvinnens hverdag, men også kvinnens evne til omsorg, barnets utvikling og familien ellers. Det er ofte utfordrende å skille fødselsdepresjon fra annen type depresjon eller normale psykiske reaksjoner etter fødsel. Forskjellene ses ofte i den nybakte moren evne til å håndtere barnets signaler og behov. På grunn av omstendighetene rundt denne type depresjon, kan fødselsdepresjon oppleves som mer stigmatiserende og skamfull enn depresjon ellers i livet.

Hensikt: Ved å se på de ulike faktorene som påvirker kvinners opplevelse av postpartum depresjon, kan det bidra til økt innsikt og forståelse for sykdommen og bidra til hvordan andre kan påvirke hverdagen hos rammede kvinner.

Metode: Denne systematiske litteraturstudien er inspirert av Evans (2002) og er basert på åtte kvalitative forskningsstudier.

Resultat: Kvinnene i studien opplevde sterke kontraster mellom forventning og realitet, og at det var mye skam og stigma knyttet til lidelsen. Sosial støtte og amming var viktige faktorer for en god opplevelse av hverdagen. Tilnærmingen fra helsepersonell hadde mye å si for opplevelsen, og at møte med helsepersonell var svært viktig for at kvinnene ikke skulle oppleve skam, stigma, utrygghet og mistillit.

Konklusjon: Mange av faktorene som påvirker kvinnenens opplevelse er samfunnsskapte. En sentral omstendighet for opplevelsen av fødselsdepresjon er omsorg fra både samfunn, nære relasjoner og helsepersonell. Denne studien viser behovet for mer innsikt og forståelse for omstendighetene som oppstår rundt opplevelsen av postpartum depresjon, og at helsepersonell kan bidra til at samfunnet endrer sin holdning mot mødre i barseltiden.

Abstract

Background: Approximately one to ten women experiences depressive symptoms in the perinatal period or after childbirth. This does not only affect the women's daily life, but also the women's ability to care for their infant, the babies development and the family in general. It is difficult to separate postpartum depression from other types of depression, or normal emotional reactions in the postpartum period, but the circumstances lies in the mothers ability to cope with the baby's needs and signals. Due to the circumstances surrounding this type of depression, can postpartum depression be perceived as more stigmatizing and shameful than depression in life general.

Intention/aim: By looking at the various factors that affect women's experience of postpartum depression, it can contribute to increased insight and understanding of the disease and contribute to how others can affect the daily lives of affected women.

Method: This systematic literature study is inspired by Evans (2002) and is based on eight qualitative studies.

Result: The women in this study experienced strong contrasts between expectations and reality, and a strong feeling of stigma and shame were associated to the disorder. Social support and breastfeeding were important factors for a positive everyday experience. The approach of health professionals were significant for the women's experience, and that a positive meeting with health professionals were important for the women not to experience shame, stigma, insecurity and distrust.

Conclusion: Many factors that influence the women's experience are socially created. A key factor in the experience of postpartum depression is care from both society, close relationships and health professionals. This study shows the need for more insight and understanding for the circumstances that arise around the experience of postpartum depression, and that health professionals can help the society to change their attitude to mothers in the maternal period.

Forord

Tusen takk til Eva Walderhaug Sæther for gode tilbakemelding og støtte i forarbeidet til bachelor. En stor takk til Marianne Frilund for gode og konkrete tilbakemeldinger, støtte og en dose humor gjennom vårt arbeid med bacheloroppgaven.

Vi vil også takke Gerd Elisabeth Meyer for nyttige løsninger og tips gjennom forelesningene knyttet til bachelor.

Jeg hører alle le og snakke
utenfor ligger frosten på bar bakke
min lille baby, du er så fin
men hva er det som skjer med kroppen min?

Alle sier det er så fint og flott,
de snakker om baby non-stop.
Hvorfor føler ikke jeg det de andre føler?
Jeg kjenner at hele kroppen min nøler

Lille baby, jeg elsker deg så,
men hvorfor innser ikke kroppen min det nå?

Dagene er lange, gledene få,
Jeg ser ikke lys i enden av tunellen,
når kan jeg hoppe av denne karusellen?

Søvnløse netter, kolikk og gråt
Min lille baby, jeg gråter jeg og.

“morsfølelsen kom med en gang” sa alle
Ja, det gjelder nok flertallet.
Heller motsatt her;
Morsfølelse, må du gjemme deg mer?

Fødselsdepresjon tuller man ikke med,
det er faktisk ganske alvorlig det.

Ikke vær redd, det vil gå bra,
morsfølelsen, den kommer fra;
hjertet ditt, innerst inne
Tro meg, den vil du finne.

(Ukjent)

Innhold

1	Introduksjon.....	10
1.1	Problemstilling	10
1.2	Begrepsavklaring.....	10
2	Teori.....	12
2.1	Postpartum depresjon	12
2.1.1	Konsekvenser for familien	12
2.2	Diagnostisering, omsorg og retningslinjer.....	13
2.2.1	Diagnostisering.....	13
2.2.2	Retningslinjer for barselomsorgen	14
2.2.3	Støtte og omsorg	14
3	Metode.....	16
3.1	Datainnsamling	16
3.2	Kvalitetsvurdering	17
3.3	Etiske overveielser.....	17
3.4	Analyse	17
4	Resultat	19
4.1	Overgangen fra kvinne til mor.....	19
4.2	Samfunnsskapte utfordringer	20
4.3	Støtte og omsorg.....	21
5	Diskusjon	23
5.1	Metodediskusjon.....	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Overgangen fra kvinne til mor	24
5.2.2	Samfunnsskapte utfordringer.....	25
5.2.3	Støtte og omsorg	27
6	Konklusjon	30
	Referanser	32
	Vedlegg	35

1 Introduksjon

Postpartum depresjon rammer rundt 10-13% av alle kvinner på verdensbasis (World Health Organization). Postpartum depresjon er utbredt i stort sett alle land, også land som Afrika med lav sosial støtte og økonomiske forskjeller (Sefogah, Samba, Mumuni & Kudzi, 2020; Maxwell, Robinson & Rogers, 2018). En nylig publisert studie forteller at fødselsdepresjon rammer ca. 15% av kvinner i land med høy inntekt og ca. 20-40% av kvinner i land med lav inntekt. Dette har sammenheng med helsesystemer, oppfølging, kunnskap og identifisering (Sefogah, Samba, Mumuni & Kudzi, 2020).

I Norge blir rundt 4000 til 8000 kvinner rammet hvert år (Folkehelseinstituttet, 2018). Fødselsopplevelsen og perioden etterpå er preget av hormoner og forventninger for den nye familien. Av alle fødende opplever 10 til 20% depresjon en eller annen gang i løpet av det første året etter fødsel, og hyppigheten er størst i løpet av de første månedene postpartum (Berle, 2017, s. 236). 60% av de som får fødselsdepresjon har aldri opplevd depresjon tidligere i livet. Å få et barn blir beskrevet som den største gleden i ens liv, men gjennom samtaler og deling av erfaringer fra andre, oppdaget vi at dette ikke er tilfelle for alle. I en tilværelse som vanligvis skal være lykkelig, kan det komme som et sjokk for mødre å oppleve noe annet. Det er sårt å kjenne på en følelse av mistriksel i en rolle som kvinner er biologisk skapt for å fylle. I dag blir fødselsdepresjon ofte oversett, som dessverre fører til underdiagnostisering og underbehandling av postpartum depresjon (Berle, 2017, s. 236). Det største høydepunktet i ens liv, blir heller om til et mareritt. Ifølge Slade, Morell, Rigby, Ricci, Splittlehouse & Brugha (2010) er fødselsdepresjon er stort folkehelseproblem som må løses på alle nivå, fra forebyggende nivå til et behandlende nivå. Derfor mener vi det er viktig å adressere de aktuelle kvinners stemme, da vi ser fra tidligere forskning at dette er et problem verden over.

Vi ønsker med vår studie å utforske omstendighetene rundt opplevelsen av postpartum depresjon, da vi mistenker at mange av disse er samfunnsskapt, og vi er meget nysgjerrig på dette.

1.1 Problemstilling

Hvilke faktorer påvirker kvinnens opplevelse av fødselsdepresjon?

1.2 Begrepsavklaring

Postpartum depresjon

Postpartum depresjon, eller fødselsdepresjon er en tilstand som oppstår etter en fødsel. Her kommer vi til å bruke begrepene synonymt. Fødsel er en stor omveltning for kvinner,

både fysisk og psykisk. Dette gjelder både hormonelle forandringer i kroppen og omstillinger i livet generelt (Helsebiblioteket, 2014).

Faktor

Begrepet "faktor" anvendes i betydelse av omstendighet eller bestanddel som bidrar til at noe skjer (Faktor, 2019).

2 Teori

I dette kapittelet presenteres teori om fødselsdepresjon, konsekvenser for familien, diagnostisering, retningslinje for barselomsorg, Martinsens omsorgsfilosofi og Travelbees interaksjonsteori. Dette er relevant for å belyse og svare på valgt problemstilling, da de gir en innføring i temaet.

2.1 Postpartum depresjon

Kvinner har i den perinatale perioden en økt sårbarhet for psykisk sykdom. De psykologiske og biologiske prosessene som skjer under svangerskapet og fødsel, er en av de mest gjennomgripende prosessene en kvinne opplever i livet. Av og til oppstår det en ubalanse i samspillet og det er da det oppstår psykiske sykdomstilstander, og postpartum depresjon er den vanligste (Berle, 2017, s. 235).

Symptomene ved postpartum depresjon skiller seg i liten grad fra annen type depresjon, men omstendighetene rundt farger det kliniske bildet. Symptomene som håpløshet og likegyldighet kan være knyttet til kvinnens rolle som mor. Opplevelsen av sterk uro kan være knyttet til barnets signaler, og mange opplever vonde tanker og fantasier om å skulle miste kontroll og ende opp med å skade seg selv eller barnet sitt.

Tiden etter fødsel har blitt beskrevet som en risikoperiode når det gjelder kvinners psykiske helse. *Sårbarhetsfaktorer* er omstendigheter som øker mottakeligheten for fødselsdepresjon. Det kan for eksempel være ytre påkjenninger, dårlig selvtillit eller vonde barndomsopplevelser, eller depresjonshistorikk i familien. Det kan også være andre negative livshendelser som abort og dårlig par-relasjon, eller faktorer knyttet til vold (Glavin, 2019, s. 55).

Utløsende faktorer kan være stressfylte hendelser knyttet til svangerskapet, eller komplikasjoner ved fødsel (Glavin, 2019, s. 56).

Forverrende og opprettholdende faktorer kan være reaksjoner hos kvinnen eller partneren, for eksempel tanker som påvirker kvinnens evne til å være mor. Dersom en av foreldrene reagerer med sinne, uro, frustrasjon og mangel på forståelse kan det oppstå konflikter i parforholdet, som ender med at man trekkes unna hverandre. Mangel på sosialt nettverk og støtte er også en avgjørende faktor i forverring av tilstanden (Glavin, 2019, s. 56).

2.1.1 Konsekvenser for familien

Vi har valgt å ta med en rubrikk med familiefokus, ettersom forskning og teori vektlegger at en hel familie blir påvirket når mor er syk.

Vi mener derfor det er viktig å inkludere hele familien, da de står sammen mot denne lidelsen.

Postpartum depresjon påvirker samspillet mellom mor og barn og kvaliteten på den omsorgen hun gir. Dersom mor er preget av depresjon, kan det føre til redusert oppmerksomhet mot barnet (Glavin, 2019, s. 66). Depresjon fører til tiltaksløshet og konsentrasjonsvansker, og påvirker dermed morens evne til å kommunisere med barnet. Tankekjør og fokus på egne tanker fører til at mor mister fokus på barnet og dets signaler, som igjen fører til mangelfull respons og bekreftelse på barnets følelser og behov (Glavin, 2019, s. 67).

Det er ikke bare spedbarnet som får konsekvenser når mor er deprimert, det påvirker også parforholdet. Partneren blir også sterkt berørt når kvinnen er deprimert - både følelsesmessig og praktisk, da situasjonen krever at far tar en mer aktiv rolle på omsorgsarenaen enn først planlagt. Dette kan føre til ulike reaksjoner. Noen fedre eller partnere trer aktivt inn som hovedaktør på omsorgsarenaen, mens andre trekker seg mer unna i frustrasjon over en situasjon de ikke klarer å forstå (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 22).

2.2 Diagnostisering, omsorg og retningslinjer

2.2.1 Diagnostisering

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er et screeningverktøy for identifisering av postpartum depresjon, og er opprinnelig utviklet av professor John Coxs Edinburgh. Dette verktøyet tar høyde for symptomer som er tilstede hos kvinner med fødselsdepresjon, og har tatt bort kriterier som er karakteristisk for annen type depresjon, som for eksempel nedsatt appetitt eller søvnmangel. EPDS består av ti spørsmål med fire svaralternativ, hvor kvinnen streker under på, basert på hvordan hun har hatt det de siste syv dagene (Eberhard-Gran & Slinning, 2007, s. 26).

utdrag fra spørreskjema:

6. Jeg har følt det har blitt for mye for meg

(3) ja, jeg har stort sett ikke fungert i det hele tatt

(2) ja, iblant har jeg ikke klart å fungere som jeg pleier

(1) nei, for det meste har jeg klart meg bra

(0) nei, jeg har klart meg like bra som vanlig

Vi velger å presentere dette spørsmålet da dette inkluderes kun i EPDS skjema sammenlignet med ICD-10 skjema for major depresjon.

2.2.2 Retningslinjer for barselomsorgen

Nasjonalfaglige retningslinjer for barselomsorg skal bidra til en faglig forsvarlig barselomsorg, uavhengig av hvor en er i barseltiden. Retningslinjene skal tilrettelegges individuelt og ta hensyn til både familien, spedbarnets og morens behov.

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten har et felles ansvar for organisering av et helhetlig og sammenhengende tilbud i svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014, s. 7).

For at kvinnen skal oppnå optimal mestringsfølelse under både fødselen og barselperioden, bør helsepersonell kartlegge ressurser og utfordringer i svangerskapet. Utfordringer kan eksempelvis være knyttet til fysisk- og psykisk helse og sosiale forhold, samt kvinnens egne ønsker (Helsedirektoratet, 2014, s. 23).

2.2.3 Støtte og omsorg

Kari Martinsen (født i 1943) er en norsk sykepleier, og har gjennom lang tid utviklet en omsorgsfilosofi som er svært aktuell i dagens sykepleie (Kristoffersen, 2017, s. 53). Martinsen beskriver omsorg slik:

omsorg er det naturligste og mest grunnleggende i menneskets eksistens, og viser seg gjennom den måten vi omgås andre på og bruker redskaper på bestemte måter sammen med andre mennesker ut fra en felles forståelse av den helheten som handlingene inngår i. (Kristoffersen, 2017, s.56)

Martinsen formidler at omsorg er en grunnholdning og generell tilnæringsmåte, hvor den fundamentale verdien er ansvaret for den syke. Sykepleien er derfor preget av engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering. Yrkesmessig omsorg må, ifølge Martinsen kjennetegnes som en aktiv handling til det beste for den andre. Dette betyr at omsorg både kan uttrykkes i måten sykepleier møter pasientene på, og måten helsepersonell handler på, ifølge Martinsen (Kristoffersen, 2017, s. 57).

Travelbees teori

Joyce Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier og rettet sin sykepleietenkning spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Dette har hatt stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning i ettertid. Et eksempel på Travelbees fokusområder var det velkjente begrepet empati, og uttrykket «terapeutisk bruk av seg selv» (Kristoffersen, 2017, s. 28). Travelbee forteller at hvert enkelt menneske er et unikt, enestående og uerstattelig individ. Sykepleie består ifølge Travelbee av å hjelpe den syke eller den lidende til å finne mening i sin situasjon. Dette skjer gjennom etablering av menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen, 2017, s. 29).

I Travelbees perspektiv er kommunikasjon først og fremst et middel for å opprette menneske-til-menneske forhold, som igjen vil bidra til å realisere sykepleiens formål. Videre mente Travelbee at kommunikasjon også er et verktøy for å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov, og hjelpe vedkommende til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Eide & Eide, 2017, s. 365-366).

I følge Glavin (2019, s. 110) er støttesamtaler en samtaleteknikk som innebærer empatisk kommunikasjon og aktiv lytting. Å lytte aktivt er en sammensatt ferdighet som består av både non-verbal og verbal kommunikasjon, som skal bidra til å anerkjenne personens selvbestemmelse og perspektiv (Eide & Eide, 2017, s. 118). For eksempel, ved å stille åpne spørsmål utfordrer en kvinne til å utforske hennes perspektiv, samtidig som man bekrefter det som blir sagt ved å holde blikkontakt. Empati er evnen til å oppfatte en annen persons tanker og følelser, og kan styrke relasjonen mellom pleier og pasient. Ved at sykepleier gjentar hva pasienten tenker og føler, bekrefter man dermed hva pasienten uttrykker (Eide & Eide, 2017, s. 155). At pasienten føler seg sett og hørt kan bidra til styrking av selvfølelsen og trygghet, som står sentralt i bygging av relasjon til kvinner med fødselsdepresjon.

3 Metode

I dette kapitlet presenteres søkeprosessen knyttet til metode, datainnsamling, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering og etiske overveielser. Deretter vil analysen med inkluderte forskningsartikler presenteres.

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” - Wilhelm Aubert (Dalland, 2015, s. 110).

Beskrivelse av metode

Denne studien er basert på en systematisk litteraturstudie som metode, og det er brukt et systematisk litteratursøk. Ifølge Forsberg & Wengstrøm (2017, s. 27) defineres en systematisk litteraturstudie ved at den skal utgå fra et tydelig formulert spørsmål. Dette skal besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Forskningen i artiklene baserer seg på kvalitativ forskning som metode. Det er gunstig for vår studie å anvende kvalitativ forskning for å svare på vårt tema da denne baserer seg på meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2015, s. 112).

3.1 Datainnsamling

Før valg av tema benyttet vi frisøk begrenset til artikler innenfor det aktuelle temaet. Deretter lette vi i aktuelt pensum og faglitteratur for å kunne øke vår forståelse av temaet, og hvordan presentere det best mulig. Fødselsdepresjon er et følelsesladet tema preget av stigma, og vi ønsket derfor å sette oppgaven i pasientperspektiv.

Vi brukte skolens nettside til å søke i databaser. Vi lagde en liste med ulike søkeord som vi kombinerte i søkemotorene. Databasene vi søkte i var CINAHL, Psycinfo, Sage Journals Online, Svemed+, Pubmed og Cochrane Library. Disse databasene er spesielt utviklet for helse, og vi valgte å bruke mange forskjellige databaser for å sikre gode artikler. Vi forsøkte et frisøk i søkemotoren Google scholar med søkestrategien “depression after child birth” og fant et relevant resultat, artikkelen “When giving life starts to take the life out of you”. Denne artikkelen ble inkludert i studien.

Vi kombinerte ulike søkeord med å bruke den Boolske operatøren AND. AND brukes for å begrense søket og for å sitte igjen med et smalere resultat. Videre brukte vi OR for å få et bredere søk der vi ikke fant gode nok artikler. Forsberg & Wengstrøm (2017, s. 69) forteller at ved å bruke OR blir søket utvidet for et bredere resultat.

Inklusjonskriterier:

- Pasientperspektiv
- Peer reviewed
- Forhåndsvis engelske og norske artikler
- Research article

- Kvalitetsnivå 1 eller 2
- Etisk vurdert og godkjent

Eksklusjonskriterier

- Menn eller fedre
- Artikler som er fra annen kultur enn den vestlige verden grunnet kulturelle ulikheter
- Unge mødre under 18 år
- Sykepleieperspektiv / Pårørendeperspektiv

3.2 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetssikre artiklene våre brukte vi sjekklister for vurdering av kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklister er et pedagogisk verktøy i vurdering av kvaliteten til hver enkelt artikkel, samt et hjelpemiddel for å vurdere om artiklene svarer på problemstillingen denne oppgaven fokuserer på. Vi har inkludert artikler som kunne svare "ja" på minimum 9/10 spørsmål, for å sikre at artikkelen er av god kvalitet. Alle inkluderte artikler følger óg IMRAD-struktur.

Videre ble publiseringskanalen Norsk Senter for Dataforskning (NSD) brukt for å vurdere tidsskriftene som artiklene er publisert i, der de blir vurdert med to nivåer, der nivå to er høyest. NSD er et nasjonalt arkiv og verktøy for forskning for å gi forskere tilgang på data uten juridiske, økonomiske og praktiske hindringer (NSD, 2019).

3.3 Etiske overveielser

Vi satte som krav at alle våre inkluderte artikler skulle være etisk vurdert. I følge Dalland (2015, s. 95) handler etiske overveielser om å tenke gjennom de etiske utfordringene som dukker opp i arbeidet, hvordan de håndteres og viktigheten med tillit og bruk av personopplysninger. På bakgrunn av kravene stilles disse kriteriene: informert samtykke, anonymitet og korrekt formidling av resultatene. Alle våre inkluderte artikler har blitt godkjent av en etisk komité eller annet utvalg. Ettersom oppgaven omhandler en sårbar gruppe har vi vektlagt bruk av etisk vurderte artikler.

3.4 Analyse

I følge Forsberg & Wengstrøm (2017, s. 41) er dataanalysens mål av kvalitative forskning å beskrive, forstås, forklares og tolkes. Analyse er også et granskningsarbeid for å finne ut hva materialet har å fortelle (Dalland, 2015, s. 144). Vi har valgt å bruke Evans (2002) sine fire steg systematiske, for å sikre god innsamling av data, korrekte vurderinger og nøye gjennomføring av sentrale funn for å kunne svare på vårt fenomen.

Første steg i analysen er å samle inn data, i form av forskningsartikler. Vi startet med å søke etter ulike artikler på ulike databaser, som resulterte i sju av åtte inkluderte artikler

som bidrar til svar på vår problemstilling. Den siste inkluderte artikkelen ble funnet gjennom et manuelt søk.

Steg to handler om å identifisere nøkkelfunn i hver artikkel. Ved å lese gjennom artiklene flere ganger, sikret vi oss et helhetlig bilde av hver artikkel. Som Evans (2002) beskriver, er det fordelaktig å samle nøkkelfunn for å få et overblikk over hva studiene sier. Her valgte vi å samle alle nøkkelfunn i eget dokument for å lettere kunne sortere etter tema, for deretter å kategorisere resultatene.

Steg tre innebærer å identifisere hovedtemaene og sammenligne forskjeller og likskap i artiklene (Evans, 2002).

Steg fire og siste fase i analysen er å beskrive fenomenet. Her skal vi ta hvert hovedfunn i artiklene, og henvise de tilbake til forskningsartiklene. Funnene skal støtte hverandre, og til slutt ende opp i vår resultatdel, der vi skal svare på vårt fenomen (Evans, 2002).

4 Resultat

Hensikten med vår studie er å belyse faktorer som påvirker kvinnens opplevelse av fødselsdepresjon. Resultatene vi presenterer er de ulike faktorene som vi har valgt å dele inn i hovedkategorier, og vi har valgt å utheve sentrale funn i utheva skrift.

4.1 Overgangen fra kvinne til mor

Forventninger rundt den nye rollen som mor

Et gjentakende funn i vår studie var at velkomsten til et nytt barn i familien bar med seg en stor omveltning i livet, og forandret hverdagen til familien drastisk. Hvordan du møter den nye situasjonen har mye å si for opplevelsen.

Det ble identifisert to tilnærminger til barselperioden, som Haga, Lynne, Slinning & Kraft (2011) har valgt å navngi som «**avslappet**» eller «**kontrollert**». De kvinnene som møtte barselperioden på en avslappet måte opplevde mindre skuffelser, stress og utrygghet. De som var mer kontrollert og detaljeorientert i forventningene opplevde flere skuffelser og mindre følelse av mestring (Haga et al. 2011; Buultjens & Liamputtong, 2006).

I think, like with me... You wait until you 're past thirty to have a baby, you 're use to having controll...complete control over your life, and you 're used to master everything, and the suddenly you don 't anymore. And things are not like you imagined. I think that is probably why I felt so depressed. (Haga et al. 2011)

Forventning og realitet

Forventninger og realiteten var svært ulik, og dette førte til stress og stor psykisk belastning. Når kvinnene ble spurt om deres forventninger rundt det å bli mor, svarte de fleste at de trodde dette skulle bli en spennende og en gledelig tid. Istedenfor ble denne tiden preget av stress, forventninger, skam, stigma og utmattelse. En kvinne beskrev opplevelsen på følgende måte

I guess I thought motherhood would be a really happy time.. there is that picture that the Huggies add paint where it is all warm and furry. And it 's not. I guess for that reason I was let down by those expectations.... (Buultjens & Liamputtong, 2006)

Da ting ikke gikk som forventet i morsrollen, begynte de heller å tenke at det var noe galt med dem, i stedet for å tenke rasjonelt. Det å overkomme overgangen til morsrollen er ekstremt stressende og kan ofte bli sett i sammenheng med psykisk utmattelse og isolasjon (Bliszta, Ericksen, Buist & Milgrom, 2010; Haga et al. 2011; Hannan, 2016; McCarthy & McMahon, 2007; Buultjens & Liamputtong, 2006).

Utfordringer rundt amming

Samtidig som kvinnene hadde skapt et indre bilde om hvordan de skulle møte denne nye tilværelsen. Amming blir presentert som en ferdighet som alle mødre bør besitte. I en artikkel trekkes det frem viktigheten av mestringsfølelsen ved amming (Haga et al. 2011). **De følte på et ekstremt ammepress, og at amming var en bekreftelse på at man var en god mor.** Det medførte stort tidsbruk, som igjen førte til at mange mistet nattesøvnen til grubling på hvordan de skulle håndtere amming, samt grue seg til neste dag. **Studiene synliggjør behovet for å fjerne press rundt amming** (Haga et al. 2011; Kristensen, Dalseth, Moldestad, Wallan, Lorem, Jentoft & Arfwedson Wang, 2015).

4.2 Samfunnsskapt utfordringer

En artikkel påpeker at samfunnet har skapt en standardtanke om at barseltiden er den fineste tiden i livet. Dette er noe som fører til større utilstrekkelighet for de som lider av postpartum depresjon (Evans, Donelle & Hume-Loveland, 2011).

Skam og stigma

Sentrale og gjentakende funn i vår studie var at **lite oppfylte forventninger og liten følelse av mestring førte til skam** (Kristensen et al. 2015; McCarthy & McMahon, 2007; Hannan, 2016; Bliszta et al. 2010). Videre viser funn at kvinnene følte at fødselsdepresjon var noe fjernt som ikke rammet dem selv, som igjen førte til benektelse av mulig psykisk lidelse. De så heller på seg selv som utilstrekkelige mødre (Bliszta et al. 2010). Resultat viser også at mange kvinner stigmatiserer fødselsdepresjon og forbinder dette med lav sosial status, motivasjon og evne (McCarthy & McMahon, 2007).

Et viktig funn i vår litteraturstudie er at **etterhvert som kvinnene mottok hjelp og begynte å snakke om deres tanker og utfordringer, ble stigmaet brutt ned.** Ved at behandler beskrev spekteret innen depresjon, fra mild til alvorlig, førte dette til at diagnosen ble ufarliggjort (Kristensen et al. 2015; McCarthy & McMahon, 2007). I tillegg bidro også å møte andre kvinner i samme situasjon, til å normalisere lidelsen. (McCarthy & McMahon, 2007).

it is amazing once you open up... and a few other people sort of said "Oh, I had that" and it was amazing. I have actually since found out that quite a few other people around me that are friends and I didn't even know that they are on medication. (McCarthy & McMahon, 2007)

Utfordringer ved å søke hjelp

Studier belyser at **flere av kvinnene klarte ikke å skille normale følelser fra en fødselsdepresjon.** Dette førte til at de opplevde utfordringer med å søke hjelp, da de var usikker på om de skulle belaste helsepersonell med følelsene sine (Bliszta et al. 2010). Mange av kvinnene viste heller ikke hva som var galt (Hannan, 2016; Buultjens & Liamputtong, 2006; Bliszta et al. 2010; Haga et al. 2011). I forbindelse med å ikke skjønne hva som var galt, skriver en kvinne i studien til McCarthy & McMahon (2007)

(I was) very tired all the time, which everybody says, «oh, that's normal. You've got a new baby,» but it seemed to be extreme. I was really desperate and I knew

something was not quite right and I thought it was because I was so tired and because she wasn't settling.

Et annet funn i vår litteraturstudie viser også at kvinner hadde **nådd et krisepunkt før de søkte hjelp** (McCarthy & McMahon, 2007). To hovedbarrierer for å søke og motta hjelp ble lagt frem. Disse bestod av at kvinnene ikke visste om de opplevde en depresjon eller ikke, og sterk opplevelse av stigma (Hannan, 2016; McCarthy & McMahon, 2007). Funnene viser også at **familieforhold og holdninger i nære relasjoner påvirket kvinnene i stor grad til å søke hjelp**. Kvinner som hadde familiemedlemmer eller andre rundt seg med negative holdninger mot psykiatri og psykisk lidelse, vegret seg i større grad mot å søke hjelp (Bliszta et al. 2010).

4.3 Støtte og omsorg

Støtte og omsorg fra helsepersonell

Framtoningen til helsepersonell påvirket kvinnens opplevelse. Sykepleiere og jordmødre som normaliserte følelsene fremfor å anerkjenne de, gjorde at kvinnene opplevde lite empati og forståelse, som resulterte i utrygghet og ubehag (Haga et al. 2011; Bliszta et al. 2010; Rollans, Schmied, Kemp & Meade, 2013; Buultjens & Liamputtong, 2006).

Tross negative opplevelser, rapporterte flertallet sykepleiers og jordmors tilnærming som vennlig og varm. Studien viser viktigheten av å møte kvinner på en empatisk, trygg og omsorgsfull måte, og **kommunikasjon er et sentralt verktøy i møte med barselkvinner** (Buultjens & Liamputtong, 2006). En kvinne i studien beskriver det slik: "She made me, like, not scared because she smiled a lot, her smiling and the way she spoke was very helpful" (Buultjens & Liamputtong, 2006).

Studier viser at rådgiving og kurs fra helsepersonell ga kvinner en større personlig forståelse og økt selvbevissthet. Dette gjorde at kvinnene oppdaget hvordan de skulle finne tilbake til seg selv. Gjennom samtale med helsepersonell utviklet kvinnene et nytt språk som hjalp de å sette ord på følelser, som gjorde det lettere å snakke med andre om sine opplevelser (Hannan, 2016; McCarthy & McMahon, 2007).

Funn i studien viser viktigheten av at helsepersonell bidrar til å sortere følelsene og avklare for kvinnene at det er mange måter å være en «god-nok-mor» på (Haga et al. 2011; Bliszta et al. 2010; Buultjens & Liamputtong, 2006).

Kvinner uttrykte også at de var overrasket over fokuset som helsepersonell hadde på kvinnens helse, og ikke bare barnets utvikling. Flere av kvinnene satte pris på at de fikk spørsmål som handlet om egen helse og velvære, men var ikke forberedt på nivået av personlige spørsmål fra EPDS skalaen. Noen mente at de opplevde det som feil at fokuset var på dem selv, men at de opplevde spørsmålene i EPDS undersøkelsen som hjelpsomme. Dette gav dem en mulighet til å kunne snakke om utfordrende følelser (Rollans et al. 2013): En kvinne beskriver opplevelsen med fokuset på seg selv som følger: "She didn't even check the baby's (fetal) heart rate it just deemed to be more about me, i'm not even sure why those other questions were relevant" (Rollans et al. 2013).

Sosial støtte

Funn i vår studie viser at kvinner med fødselsdepresjon trekker seg bort fra sitt sosiale nettverk som en konsekvens av stigma og skamfølelse. Dette fører til at de mister den sosiale støtten som de sårt trenger (Kristensen et al. 2015; Hannan, 2016).

I en artikkel beskriver kvinnene behovet for både emosjonell og praktisk støtte. Når de opplever at de mangler noe av dette, resulterer det i sterkere følelse av ensomhet og utilstrekkelighet (Buultjens & Liamputtong, 2006; Evans et al. 2011; Haga et al. 2011). En kvinne beskriver sin følelse av støtte som følger: «I have lots of emotional support... but.. I don't have someone where I can just pick up the phone and say look can you come over and take him for half an hour» (Buultjens & Liamputtong, 2006).

Et sentralt funn i vår studie påpeker hvordan det å snakke med andre om deres erfaringer blir en sentral faktor i bedringsprosessen (Kristensen et al. 2015; Evans et al. 2011; McCarthy & McMahon, 2007). Resultater trekker frem ulike arenaer med stor betydning for sosial støtte. Blant dem er nettbaserte forum og mestringsgrupper arrangert av helsetjenester (Evans et al. 2011; Kristensen et al. 2015).

Forum på nett ble sett på som et tilgjengelig og fordomsfritt miljø for kvinner med fødselsdepresjon, hvor de kunne dele erfaringer og opplevelser til hverandre (Evans et al. 2011). Kvinnene i artikkelen uttrykte følelser med empati og oppmuntring ved å kommentere «stay strong», «hang in there» og «don't give up», noe som skapte håp i en tilsynelatende håpløs tilværelse. De nettbaserte støttegruppene i studien viste også helsefremmende atferd hvor kvinner motiverte hverandre til å søke profesjonell behandling (Evans et al. 2011).

5 Diskusjon

Ifølge Fôrsberg & Wengstrøm (2017, s. 42) skal ulike svakheter og styrker i vår litteraturstudie diskuteres. Videre skal resultatene diskuteres i forhold til oppsatt problemstilling og aktuell kunnskap og teori (Fôrsberg & Wengstrøm, 2017, s. 41). Hensikten med vår studie er å identifisere ulike faktorer som påvirker kvinners opplevelse med fødselsdepresjon. Vi skal diskutere både positive og negative omstendigheter for å danne en større forståelse for hvordan kvinner opplever fødselsdepresjon.

5.1 Metodediskusjon

I starten formulerte vi en problemstilling som dannet vår søkestrategi, og vi har jobbet med denne problemstillingen frem til vi presenterte resultatene og startet på diskusjonen. Vi innså da at resultatene belyste bedre ulike faktorer som påvirker kvinners opplevelse enn hvordan kvinnene mestret hverdagen. Derfor endte vi med valgt problemstilling.

En svakhet i vår litteraturstudie er at vi har enkelte artikler som er fra årstall 2006/07. Dette gjelder to av våre utvalgte artikler. Selv om vi er klar over at disse artiklene kan inneholde utdatert informasjon, har vi valgt å bruke de da disse kvalitative artiklene belyser viktige og personlige synspunkt som vi ser igjen i nyere forskning.

Videre er sju av åtte artikler på engelsk. Ettersom akademisk engelsk ikke er i vår vante språk, kan vi ikke utelukke at noen nyanser og begrep kan ha blitt utvannet i oversettelse. I prosessen har vi brukt hjelpemidler som Google oversetter til oversetting av kompliserte ord, og forsøkt så godt vi kan å tolke tekstene korrekt med hjelp av hverandre.

Videre benytter vi tre artikler med funn basert på små deltakergrupper. Dette kan føre til at resultatet i de valgte artiklene er mindre representative for den høye andelen kvinner med fødselsdepresjon. Vi valgte uansett å bruke disse artiklene, da de kom frem til viktige funn som er meget aktuell for å belyse og svare på vår problemstilling.

På grunn av manglende erfaring ved søk i helserelaterte databaser som CINAHL, Psycinfo, Medline og Svemed+ kan vi ha gått glipp av relevant forskning. Dette er både på grunn av manglende ferdigheter i artikkelsøk på de ulike databasene, og redusert engelskkunnskaper. Dette er en svakhet i vår litteraturstudie, men på grunn av gjentatte søk både i 2019 og 2020, mener vi at vi har samlet et godt grunnlag for å kunne svare på vår problemstilling.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Overgangen fra kvinne til mor

Overgangen fra kvinne til mor kan være en stor omveltning i livet. Kvinnen går fra å kun ta vare på seg selv, til å skulle ta seg av et helt nytt menneske, og finne seg selv i en ny identitet. Funn i vår studie viser at opplevelsen er sterkt påvirket av kvinnens mottagelse av den nye tilværelsen.

Som Haga et al. (2011) beskriver, ble det identifisert to tilnærminger til morsrollen, og disse påvirket hvordan kvinnene møtte denne. Vi antar at kvinnene møtte rollene ulikt på grunnlag av hvordan kvinnene var vandt med å møte utfordringer på. Dette er naturlig å tenke da vi alle er ulike som mennesker - vi møter utfordringer ulikt. Det kan antas at de kvinnene som møtte morsrollen på en kontrollert måte var bekymret og redd for den nye situasjonen. Den kontrollerte tilnærmingen kan påvirke opplevelsen svært negativt. Helsepersonell har en nøkkelrolle i å identifiserer tilnærmingene og bidrar til at kvinnene går morsrollen i møte så avslappet og trygg som mulig Helsepersonell kan bidra ved å sette ord på tanker og følelser, som kan føre til mindre skuffelse, stress og utrygghet i barseltiden.

Når realiteten ikke møter forventningene begynner kvinnene å tenke at det er noe galt med dem (Bliszta et al. 2010; Haga et al. 2011; Hannan, 2016; McCarthy & McMahon, 2007; Buultjens & Liamputtong, 2006). Forventninger som ikke møter realiteten kan oppleves som som et sjokk og utvikles til en følelse av nederlag, da tilværelsen ikke blir som planlagt. For å motvirke store ulikheter mellom forventninger og faktisk møte med morsrollen, er det viktig at sykepleier identifiserer og kartlegger eventuelle forventninger, og deretter snakker om hva en faktisk kan møte. Dette er i tillegg med på å senke forventningene, som kan bidra til en mer realistisk holdning til hverdagen.

Vi vet ikke eksakt *hva* som kan utløse depresjonen, men som Glavin (2019, s. 55-56) beskriver er det ulike typer faktorer som skaper en kontekst rundt fødselsdepresjon. Forventninger, press og tilnærminger kan både være sårbarhetsfaktorer og utløsende faktorer for fødselsdepresjon.

Glavin (2019, s. 36) belyser reduseringen av liggedøgn fra 14 døgn på 50-tallet til maks to døgn i dag. I samme sammenheng forteller hun også at det planlegges hjemreise etter seks timer ved åpningen av den nye Kvinneklinikken på Haukeland sykehus i 2022/23. Uten å gå i dybden på diskusjonen påpeker vi at kortere liggetid kan føre til større utrygghet hos kvinnen - dette er i samsvar med Glavins uttalelse (Glavin, 2019, s. 37) om retningslinjer for barselomsorgen.

Det trekkes frem i en studie at de nye retningslinjene for barselomsorgen ikke er tydelige nok på hvordan man skal avdekke sårbarhet og hvilke tiltak man skal iverksette (Kristensen et al. 2015). Det er mye man skal rekke over på barselavdelingen. Kvinnen skal rekke å hvile både fysisk og psykisk etter fødsel, deretter få den nødvendige veiledningen knyttet til amming og andre utfordringer kvinnen kan møte. Barnet skal også undersøkes for å avdekke fødselskomplikasjoner. Vi er enige i at på dette stadiet kan det være utfordrende å identifisere tidlige tegn til fødselsdepresjon, kanskje umulig. Men kortere liggetid på barselavdelingen fører til større press på kommunale

helsetjenester og det er særdeles viktig at sykepleiere og annet helsepersonell gir kvinnen den tryggheten hun trenger etter hjemkomst.

Partner har også blitt en mer aktiv deltaker de siste tiårene. Norge har i dag en av verdens beste permisjonsordninger, hvor mor og far deler store deler av permisjonen sammen. Partner er derfor en svært viktig ressurs, og burde involveres mer i den perinatale perioden, slik at kvinnen har en sterk støttespiller ved sin side etter fødsel. Her har helsepersonell en helsefremmende rolle, der det er viktig å veilede partner i hvordan h*n kan bidra med både emosjonell støtte og praktisk bistand.

Funn fra studiene viste også at kvinner med fødselsdepresjon opplevde ammingen som utfordrende. Noe av dette kom fra samfunnsskapt press, mens noen kom fra forventninger som kvinnene selv hadde skapt (Haga et al. 2011; Kristensen et al. 2015). Alle mødrene i studien til Haga et al. (2011) beskriver viktigheten av å mestre amming. Alle bortsett fra en deltaker følte at samfunnet og helsestasjonen la stor vekt på viktigheten av amming, og at en god mor mestret dette. Som Grønseth & Markestad (2013, s. 131-132) beskriver, er det svært mange kvinner som ammer barna sine, mens enkelte kvinner ikke ønsker å amme. Dette kan ha med at de ikke greier det selv om de er svært motivert. Dette gjør at disse mødrene føler seg svært mislykket og mindreverdig, og trenger derfor støtte og forståelse fra omgivelsene. I en ammeprosess har helsepersonell en særdeles viktig og helsefremmende rolle. Her er det viktig med motivering, oppmuntring, trygging og veiledning. Det er viktig at sykepleier bidrar til kvinnens mestringsfølelse rundt amming, ettersom funn i vår studie påpeker sammenhengen mellom amming og kvinnens opplevelse. I tilfeller hvor kvinnen ikke opplever mestring av amming, må sykepleier bidra til å rasjonalisere årsakssammenhengen. Helsepersonell kan også bidra til at samfunnet forøvrig endrer holdning mot ikke-ammende mødre. Dette kan igjen føre til at mødre får løftet sin helhetlige opplevelse.

5.2.2 Samfunnsskapte utfordringer

Kvinnen skal heller ikke bare stå til sine egne forventninger, men mange opplever også et slags press fra utsiden om hva som defineres som den perfekte mor (Haga et al. 2011). Eksempelvis sosiale medier. Her florerer det med bilder av "perfekte mødre" med fine vogner, ryddige hjem og en sovende baby. Samfunnet snakker ofte om at kvinner *må* nyte den første tiden, fordi den får de aldri tilbake.

Skam og stigma

Det store norske leksikon (Skam, 2019) beskriver skam som en sterk ubehagelig følelse som avslører personens mislykkethet og udugelighet. Skam får en til å føle seg liten med et ønske om å skjule seg selv. I en studie belyses det at kvinner assosierte fødselsdepresjon med kvinner av lav sosial status og kvinner som var uorganiserte og umotiverte (McCarthy & McMahon, 2007). Dette er et viktig funn fordi det påpeker hvorfor fødselsdepresjon var så fjernt for dem. Mødrene i studien visste at noe var galt, men flertallet tenkte ikke at de var deprimert, men så på seg selv som «dårlige mødre».

Å tenke på seg selv som en dårlig mor, uten å innse at man er deprimert er en negativ faktor, fordi det gir store konsekvenser for kvinnen. Glavin (2019, s. 55) beskriver blant

annet at negative kognitive reaksjoner er en forverrende og opprettholdende faktor for kvinner med fødselsdepresjon. Å føle seg utilstrekkelig som mor har sammenheng med det vi diskuterte i forrige kapittel om forventning og realitet. Kvinnen klarer ikke å leve opp til sine egne forventninger og i dette tilfellet tenker hun at noe er galt med seg selv, i stedet for å tenke rasjonelt. Skamfølelsen fører til at hun lever i frykt for å bli gjennomskuet, hvorpå isolasjon anses som en forsvarsmekanisme.

Kvinner med fødselsdepresjon opplever ofte et slags mindreverdighetskompleks, spesielt fordi de føler skam over andre blikk. De følte det var bedre å lide en stille kamp mot seg selv, fremfor å snakke med andre (Hannan, 2017). Håkonsen (2014, s. 329) skriver at tilbaketrekking er den vanligste strategien mot skam, fordi det begrenser skamfølelsen, men det stenger også kontakten med andre mennesker, som er destruktivt for kvinner i en slik situasjon. Isolering kan begrense kvinnens skamfølelse, ettersom hun da slipper unna sosiale kontekster og frykten for at andre tenker det samme som henne. Som en konsekvens kan kvinnen miste muligheten til å få avkreftet sine negative tanker. Selv om kvinnen tenker at det beste er å isolere seg selv, er det et faktum at isolasjon har negative konsekvenser, da kvinnen ikke mottar den støtten hun trenger. Dette gjør også at helsepersonell ikke får plukke opp eventuelle tegn til sykdom. Dette understreker viktigheten med tidlig identifisering, noe som kan være utfordrende med tanke på kortere liggedøgn på sykehus. Helsepersonell i kommunene burde derfor ha tilstrekkelig kunnskap om lidelsen, og være oppmerksomme på eventuelle sårbarheter hos mødrene. De må og ha flere oppfølgingssamtaler med fokus på kvinnens helse og velvære. Helsepersonellens oppgave er å bidra til omsorg for kvinnen slik at skamfølelsen kan reduseres og det ikke oppstår et stigma rundt utfordringene kvinnen opplever.

Et vendepunkt skjer når kvinnen står frem og begynner å åpne opp om sine utfordringer, som er en positiv faktor da det bryter ned stigmaet. Ved å snakke med andre mødre i samme situasjon får de satt et ansikt til lidelsen, som fører til at den oppleves mindre fjern og stigmatiserende (McCarthy & McMahan, 2007). At helsepersonell beskrev spekteret innen diagnosen ble en positiv faktor fordi det økte kvinnens kunnskap om sin egen situasjon, og gis dermed større muligheter til å finne løsninger, fremfor å føle skam (McCarthy & McMahan, 2007). Ved å snakke åpent om sine følelser brytes den onde sirkelen. Ved å benytte seg av støttegrupper, enten arrangert på eget initiativ eller av offentlige helsetjenester, føler kvinnen en større tilhørighet - som igjen reduserer ensomheten.

Barrierer for å søke hjelp

Resultat i studiene viser at kvinner med fødselsdepresjon har utfordringer med å skille normale følelser fra symptomer på sykdommen (Hannan, 2016; Buultjens & Liamputtong, 2006; Bliszta et al. 2010; Haga et al. 2011). Dette samsvarer med det Berle (2017, s. 235) skriver. Årsaker til at kvinner ikke tør å ta steget mot å søke hjelp er hos noen knyttet til skamfølelsen som er diskutert i kapittelet over. Hos andre var det usikkerhet rundt alvorret i situasjonen og at de følte seg til bry for helsepersonell.

Dette er en negativ omstendighet da det fører til at kvinnen forblir fanget i sin egen tilværelse. Ved at kvinner følte en slik skam og stigma rundt det å søke hjelp, frykter vi at dette kan føre til videre isolasjon og underbygging av vonde følelser, og at mange kvinner forblir usett. Dette vil i verste tilfeller videreutvikle seg til alvorlig sykdom som

dyp depresjon og psykoselidelser, som igjen kan gi varige skader hos mor, barnet og øvrige familiemedlemmer.

Dersom kvinnens familiemedlemmer eller andre nære relasjoner viser negative holdninger mot psykiatrien, kan det påvirke kvinnens avgjørelse mot å søke hjelp (Bliszta et al. 2010).

For å bekjempe fordommer mot psykiske lidelser må samfunnet skape større aksept og åpenhet. Fordommer knyttet til psykiske lidelser har eksistert i lang tid, og har blitt assosiert med svært skremmende og ekstreme tilfeller. Vi ser derimot en endring i samfunnet, der flere åpner opp i media og forteller om sine utfordringer knytt opp mot psykisk helse. Dette tenker vi er svært viktig, og sårt etterlengtet.

Underveis i vår studie har vi sett bevis på viktigheten ved at helsepersonell har nok kunnskaper om denne sykdommen, slik at de kan fange opp de sårbare mødrene på et tidlig stadium. Dette underbygger også vår mistanke om det er svært viktig at sykepleier driver helsefremmende og informativ sykepleie ved å informere nybakte mødre om at symptomer på postpartum depresjon kan forekomme, men også at det ikke utelukkende fører til alvorlig sykdom. Ved å skape trygghet, forståelse og tillit til kvinnen kan sykepleier bidra til at kvinnen føler aksept for sine følelser, noe som kan gi kvinnen en positiv opplevelse slik at kvinnen best mulig kan mestre sin livssituasjon.

5.2.3 Støtte og omsorg

Støtte og omsorg fra helsepersonell

Studiene viser til mange forskjellige erfaringer, som står i kontrast til hverandre. Gjentakende funn i vår litteraturstudie viser at kvinner setter pris på en trygg og empatisk kontakt med helsepersonell (Bliszta et al. 2010; Rollans et al. 2013; Buultjens & Liamputtong, 2006). Dette, sammen med kontinuiteten i arbeidet til helsepersonell var med på å styrke kvinnenes følelse av støtte. Kvinnene i vår litteraturstudie gav også uttrykk for at det var viktig for dem at helsepersonell var lett tilgjengelig ved spørsmål, og kunne bidra både fysisk og emosjonelt. Det at helsepersonell tok seg tid til å lytte, og fremtrådte på en empatisk og varm måte gjorde at kvinnene opplevde tillit til helsepersonellet. Dette gav igjen en større sjanse for at kvinnene følte seg trygg nok til å kunne åpne opp om sine indre tanker og følelser (Evans et al. 2011; Haga et al. 2011; Bliszta et al. 2010; Rollans et al. 2013; Buultjens & Liamputtong, 2006).

Kvinnene opplevde også at den non verbale kommunikasjonen hadde mye å si for hvordan de opplevde sykepleier (Rollans et al. 2013). Dette ser vi at Eide & Eide (2017, s. 364-368) også beskriver som viktig. I hverdagen og i samtale med andre kan vi ubevisst uttrykke reaksjoner som lyser av manglende interesse, skepsis eller bekymringer. Det kan igjen påvirke hvordan den andre parten opplever oss som sykepleiere og samtalepartnere, som kan skade tillitsforholdet mellom pasient og pleier. Dette er også i samsvar med Travelbee's teori i Eide & Eide (2017, s. 365-366) om at menneske-til-menneske-forholdet er grunnlaget for å oppfylle sykepleierens formål. Pasient og pleier må også etablere en forbindelse til hverandre hvor de kan se forbi den profesjonelle sammenhengen, og møtes på et mer mellommenneskelig nivå. Med dette mener vi at det etableres et forhold hvor sykepleier utviser tydelig empati, men unngår

fallgruver hvor det eksempelvis forekommer "verdi-vurdering" av den andre, og der sykepleier "overidentifiserer" seg selv med pasienten, som betyr at sykepleier legger mer av egne følelser, tanker og forventninger inn i pasientens situasjon enn det som er adekvat. (Eide & Eide, 2017, s. 365-366). Dette kan bidra til at kvinnen i større grad opplever at hun kan vende seg til sykepleier for spørsmål og veiledning.

Etter det vi tolker, kan Glavins beskrivelse av en støttesamtale (2019, s. 106) være en teknikk som samsvarer med Travelbees interaksjonsteori.

Videre viser funn fra forskningsartiklene at noen kvinner opplever at helsepersonell normaliserer følelsene deres, istedenfor å anerkjenne hvert enkelt individ. Dette gjorde at kvinnene ikke følte seg tatt på alvor, som igjen førte til vansker med å søke hjelp (Haga et al. 2011; Bliszta et al. 2010; Rollans et al. 2013; Buultjens & Liamputtong, 2006). Ifølge Haga et al. (2011) kan det sees ut som om at profesjonelle har sviktet med å anerkjenne hvert enkelt menneske. De har også feilet med å anerkjenne at hver enkelt kvinne opplever denne stressende situasjonen ulikt.

Som helsepersonell må vi se hver enkelt kvinne som et selvstendig individ, med egne tanker, følelser og behov. Vi må prøve å forstå lidelsen og opplevelsen, uten å normalisere og "dra alle under samme kam".

Kvinner i en studie beskriver at de var overrasket over fokuset på egen helse, da de var forberedt på at spørsmålene var vinklet inn på barnets fysiske helse, foran kvinnens velvære. For dette uttrykte kvinnene stor takknemlighet, da dette ga dem mulighet til å kunne få avsløre sine egne tanker, følelser og opplevelser (Rollans et al. 2013). Ved at mødrene svarte på ti spørsmål som EPDS består av, kan dette gi helsepersonell en unik innsikt i hvordan kvinnen opplever den nye hverdagen, og kan bruke besvarelsene til å kartlegge videre oppfølging.

Helsedirektoratet (2014, s. 72-73) skriver i sine retningslinjer for barselomsorg at EPDS ikke anbefales som et nasjonalt screeningtilbud på bakgrunn av at screeningverktøyet ikke fyller kriteriene til WHO (verdens helseorganisasjon) for når screeningen skal gjennomføres. I tillegg skrives det at det trengs mer kunnskap om effekt av EPDS-metoden og alternative oppfølgingsmodeller i Norge.

I en studie gjort av Langvik, Håberg & Storhold (2019) opplever helsesykepleiere at EPDS er en god ramme for å kartlegge postpartum depresjon, men også at verktøyet gir en god ramme for å rette søkelyset mot mors psykiske helse generelt. Studien viser også at det er viktig med bruken av skjønn i kartlegging av postpartum depresjon. Vi tror at en samtale ut i fra et spørreskjema kan bli upersonlig, men samtidig kan et spørreskjema være et utgangspunkt for en samtale, og en måte for jordmor eller sykepleier å strukturere samtalen på.

Støtte fra omgivelsene

Ifølge Helsenorge (2018) er dårlig sosial støtte fra både omgivelser og partner en av mange grunner til at kvinner kan forverre opplevelsen av fødselsdepresjon. Som diskutert i tidligere kapittel, spiller holdningene til familie og venner en stor rolle for velvære og mestring, men også hvordan kvinnen opplevde støtte. Denne støtten gikk ut på at kvinnene hadde noen å snakke med, enten ved å møte mennesker i samme situasjon, eller ved å dele erfaringer og følelser på sosiale grupper. Videre rapporterte de fleste kvinnene at de opplever at partner bidrar i hverdagen med det nye barnet, men at partner ikke klarer å empatisere med kvinnen. Dette kunne skape konflikter mellom

kvinnen og partner, som igjen kan gi kvinnen følelsen av å stå mer alene i den nye og vanskelige hverdagen (Haga et al. 2011; McCarthy & McMahon, 2007; Evans et al. 2011; Kristensen et al. 2015; Buultjens & Liamputtong, 2006). Brudal (2000, s. 143) formidler fedrenes synspunkt på et positivt svangerskap, der det er viktig at forholdet satses på og vedlikeholdes. Fokuset og forventningene i parforholdet kan være svært ulik, og dette kan igjen påvirke partnerskapet. Derfor er det viktig at sykepleier aktivt bidrar til at begge parter forstår omveltningen et nytt barn medfører, og at forventninger til både situasjonen og hverandre blir adressert. Dette vil føre til at kvinnen opplever seg mindre alene om omsorgen for barnet og at et samarbeid med partner vil gi en positiv opplevelse for kvinnen da dette styrker hennes mestring.

Videre funn viser at store deler av kvinnene som deltok i en form for sosial gruppe på internett følte at dette var til stor hjelp for å mestre hverdagen (Haga et al. 2011; Hannan, 2016; Evans et al. 2011; Buultjens & Liamputtong, 2006). Dette gav dem en mulighet til å kunne uttrykke bekymringer, og indre tanker uten frykten for å bli dømt av andre. På slike gruppeforumer kan kvinnene dele tanker, erfaringer og opplevelser, og andre kvinner kan kommentere og gi råd og erfaringsbasert veiledning. Funn fra forskningsartiklene viser at de fleste kvinner som ønsket råd og veiledning søkte direkte på internett for å finne personlige erfaringer, istedenfor å ty til bøker, nasjonale informasjonssider og annen tradisjonelle informasjonsforum (Buultjens & Liamputtong, 2006). Grunnen til dette kommer av at de ønsket å komme i kontakt med kvinner som har hatt lignende erfaringer. Dette ga kvinnene håp om å "overleve" lidelsen (Evans et al. 2011; McCarthy & McMahon, 2007; Bliszta et al. 2010; Kristensen et al. 2015; Buultjens & Liamputtong, 2006). I forbindelse med krisen knyttet til Covid-19, kan vi anta at på nettbaserte forum får en høyere betydning, på bakgrunn av smitteverntiltak i samfunnet. Det er viktig at sykepleier i møte med denne gruppen forstår fordelene, begrensningene og den potensielle risikoen en slik kontakt over internett kan ha. Sykepleier må veilede og informere om slike grupper, og være behjelpelig ved spørsmål.

6 Konklusjon

Hensikten med vår studie var å se på hvilke faktorer som påvirker kvinnen opplevelse av fødselsdepresjon.

Vi har gjennom litteraturstudien sett at mange av omstendighetene som påvirker kvinnens opplevelse, er samfunnsskapt. Ikke alle faktorer har en direkte tilknytning til samfunnsskapt press, men vi tror at samfunnet har en indirekte tilknytning i *alle* faktorer som påvirker kvinnens opplevelse. Både press og forventninger fra samfunnet, helsepersonell, sosiale media og kvinnene selv er med på å forme opplevelsen både positivt og negativt.

Vi har også sett gjennom vår litteraturstudie at det er på tide med en endring i samfunnet, hvor helsepersonell og mennesker generelt trenger å endre fremstillingen av barseltiden. Den er ikke alltid fantastisk, og det må være greit å snakke om. Man skal ikke oppleve stigma ved å innrømme at barseltiden er tøff, og i noen tilfeller brutal for den som står i den. Det skal være enkelt for kvinner som opplever dette, å strekke ut en hånd og be om hjelp uten å være redd for å bli dømt.

Omsorg er en faktor som gir kvinner med fødselsdepresjon en positiv opplevelse. Både familie, nære relasjoner, helsepersonell og samfunn kan bidra til å gi omsorg. Ved å vise større aksept rundt postpartum depresjon, og psykisk helse forøvrig, viser det en slags form for indirekte omsorg. Det gir kvinner større spillerom til å si hva de oppriktig føler uten å kjenne skam. Helsepersonell må ha tilstrekkelig med kunnskap om lidelsen og hvordan gi best mulig omsorg for disse kvinnene. Ved å jobbe helsefremmende kan helsepersonell bidra til å gi kvinner med fødselsdepresjon en stemme, og dermed skape trygghet, slik at de som har fødselsdepresjon føler seg sett og hørt.

Videre ser vi at gjennom våre funn er det viktig at helsepersonell har en varm og trygg fremtoning. Dette skaper et tillitsforhold til helsepersonell som vi ser er svært viktig. Ved å ha et tillitsforhold med sykepleier, ser vi at kvinnen kan snakke om vanskelige og utfordrende følelser og opplevelser, som igjen gir helsepersonell mulighet til å bistå kvinnen best mulig. I tillegg bidrar dette til at helsepersonell lærer mer om de individuelle opplevelsene av fødselsdepresjon. På den måten kan helsepersonell enklere identifisere symptomer hos de ulike kvinnene.

Det er også nødvendig at kvinner får tilstrekkelig med informasjon om reaksjoner som kan oppstå etter fødsel, og hvorfor, slik at det kan være lettere for dem å skille mellom normale følelser og sykdomstegn.

Forslag til videre forskning

Vi ser gjennom vår litteraturstudie at det er lite forskning og teori fra nyere tid. Det trengs mer forskning om hvordan det er å leve med denne lidelsen, opplevelser rundt iverksetting av tiltak fra helsepersonell og hvordan identifisere og kartlegge fødselsdepresjon. Mer forskning vil bidra til at temaet blir belyst og samfunnet vil ha et større fokus på lidelsen. Mer forskning vil også bidra til normalisering av symptomer som

igjen kan bidra til mindre stigmatisering av de som opplever fødselsdepresjon. Videre burde det forskes mer på bruken av screeningverktøy, her under EPDS. Dette er lite forsket på, og derfor ikke brukt i Norge. Et slikt verktøy burde bli brukt som standard av alle kommunene, slik at helsepersonell har en standardisert prosedyre for å identifisere fødselsdepresjon tidlig.

Referanser

- Berle, Ø. (2017). Psykiske reaksjoner under svangerskap og i tiden etter fødsel. I Holan, S & Hagtvedt, M.L (Red.), *Det nye livet* (s. 235-236) Bergen: Fagbokforlaget.
- Bliszta, J., Ericksen, J., Buist, A. & Milgrom, J. (2010). Women´s experience of postnatal depression - beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian journal of advanced nursing, Volume 27, Number 3*, 44-54.
- Brudal, L. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen:Fagforlag
- Buultjens, M. & Liamputtong, P. (2006). When giving life starts to take the life out of you: women´s experience of depression after childbirth. *Midwifery, (23)*, 77-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2006.04.002>
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Evans, D (2002): Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing, Vol 20 no 2*, pp. 22-26 <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Evans, M., Donelle, L. & Hume-Loveland, L. (2011). Social support and online post partum depression groups: A content analysis. *Patient Education and Counseling, (87)*, 405-410. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.09.011>
- Faktor (2019). Store Norske Leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/faktor>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 26. oktober). Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtp perioden. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/#mors-psykiske-helse-i-svangerskap-og-nyfoedtperiode>
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2017). *Att Gôra systematiska litteraturstudier* (4.utg.). Natur & kultur
- Glavin, K. (2019). *Ikke alltid fantastisk*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Grønseth, R., Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (3.utg). Bergen: Fagforlaget
- Haga, S., Lynne, A., Slinning, K. & Kraft, P. (2011). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian journal of caring science*, 26, 458-466. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x>
- Hannan, J. (2016). Older mothers' experience of postnatal depression. *British Journal of Midwifery*, Vol 24, No 1.
- Helsebiblioteket. (2014, 19. sept). Fødselsdepresjon. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/gynekologi/fodselsdepresjon>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistene. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinjer for barselomsorg. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Helsenorge. (2018, 9.november). Fødselsdepresjon. Hentet fra: <https://helsenorge.no/etter-fodsel/fodselsdepresjon>
- Hummelvoll, K. J. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7.utg) Oslo: Gyldendal Akademiske
- Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg) Oslo: Gyldendahl Akademiske
- Kristensen, K.V., Dalseth, A.K., Moldestad, L., Wallan, S., Lorem, G., Jentoft, G., Wang, C.E.A. (2015). Blues Mothers, et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52, 405-412. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2015/05/blues-mothers>
- Kristoffersen, N.J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (s. 28-29, 53-57). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Langvik, E., Håberg, H.C. & Storhold, H.H. (2020). Rutinemessig kartlegging av fødselsdepresjon setter psykisk helse på dagsorden. *Sykepleien.no*. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.81060

- Maxwell, D., Robinson, S. & Rogers, K. (2018). "I keep it to my self": A qualitative meta-interpretive synthesis of experiences of postpartum depression among marginalised women. *Wiley Online Library, (Volume 27), Issue 3.* 23-36.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12645>
- McCarthy, M. & McMahon, C. (2007). Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting. *Health care for Women International, (29),* 618-637.
<http://dx.doi.org/10.1080/07399330802089172>
- NSD. Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra:
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Rollans, M., Schmied, V., Kemp, L., & Meade, T. (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.* <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-13-18>
- Sefogah, P.E., Samba, A., Mumuni, K. & Kudzi, W. (2020). Prevalence and key predictors of perinatal depression among postpartum women in Ghana. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology, (Volume 149), Issue 2.* 203-209.
<http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13124>
- Slade, P., Morelle C.j., Rigby, A., Ricci, K., Splittlehouse, J. & Brugha, T. (2010). Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: A qualitative study. *British Journal of General Practice.* s. 440-448.
<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp10X532611>
- World Health Organization. Maternal mental health. Hentet 15. Mai 2020 fra
https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Vedlegg

VEDLEGG 1: SØKEHISTORIKK

VEDLEGG 2: FARGEKART OVER FUNN

VEDLEGG 3: LITTERATURMATRISE (8 STK)








VEDLEGG 1: SØKEHISTORIKK

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Experience AND Support AND Postpartum depression OR Depression, post partum OR Postnatal period. (2009-2019), Peer reviewed, research article and english article).	3.12.2019	CINAHL	451	16	3	0
Experience AND Support AND Coping AND Postpartum depression OR Depression, post partum OR Postnatal period. Combined with AND. (2009-2019) Peer reviewed, research article and english article).	3.12.2019	CINAHL	15	7	3	2 - Haga, S. Lynne, A. Slinning, K. Kraft, P. 2011 - Bliszta, J. Ericksen, J. Buist, A. Milgrom, J. 2010
Experience AND Support AND Postpartum depression AND Postnatal depression Combined with AND (2009-2019)	4.12.2019	Cochrane Library	0	0	0	0

Experience AND Postpartum depression AND support OR support groups AND Postnatal depression. Combined with AND. (Past 5 years)	4.12.2019	Psykinfo	178	15	3	0
Experience AND Coping AND Master AND Support OR support groups AND Postpartum depression OR Depression, postpartum OR postnatal period. Combined with AND	4.12.2019	CINAHL	0	0	0	0
Postnatal depression OR postnatal period AND Postpartum depression OR depression, postpartum AND support OR support groups AND experience. Combined with AND	04.12.2019	CINAHL	171	10	8	4 - Evans, M., Donelle, L. & Hume-Loveland, L. 2011 - Rollans, M., Schmied, V., Kemp L. & Meade, T. 2013 - Hannan, j. 2016 - McCarthy & McMahan. 2007
Post natal depression OR depression, postpartum AND postnatal period AND experience AND support OR support, psychosocial OR support groups OR emotional support AND coping support. Combined with AND. (2010-2020), peer reviewed, research article, english	12.02.20	CINAHL	174	0	0	0

Postpartum depression OR postpartum care OR postnatal period OR depression, postpartum AND support OR coping support OR emotional support AND support groups AND postnatal depression OR depression, postpartum AND coping OR coping support. Combined with AND. (2010-2020), peer reviewed, research article, english language	02.04.20	CINAHL	93	5	3	
Postpartum depression AND PND AND Coping AND Coping behavior AND Stress and coping measures. Combined with AND. (past 5 years) Research article	9.4	Psyinfo	2	2	1	1 -Kristensen K. Et al. 2015
Postpartum depression AND Mastery. (2009-2020), Research article	9.4.20	Sage Journals online	36	1	0	0
Postpartum depression OR Postnatal depression AND Mastery AND Coping. (2009-2020), Research article	9.4.20	Svemed+	25	1	1	0

VEDLEGG 2: FARGEKART OVER FUNN

Tittel	Forventninger til rollen og realitetsmøte	Møte med helsepersonell på godt å vondt	Skam og stigma	Sosial støtte	Utfordring er med å søke hjelp	Utfordringer rundt amming
A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers						
Social support and online postpartum depression discussion groups						
Digging over that old ground						
When giving life starts to take the life out of you						
Older mothers' experiences of postnatal depression						
Blues Mothers						
Women's experience of postnatal depression						
Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting						

VEDLEGG 3: LITTERATURMATRISE

Litteratormatrise 1: Blues mothers, et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Kristensen, K.V., Dalseth, A.K., Moldestad, L., Wallan, S., Lorem, G., Jentoft, G. & Wang, C.E.A. (2015) Blues Mothers, et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon. <i>Tidsskrift for Norsk psykologforening</i>, 52, 405-412.</p> <p>Hentet fra: https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2015/05/blues-mothers</p> <p>Nivå 1</p>	<p>Undersøke en gruppe kvinners erfaringer fra tiden før og etter fødsel, og fra deltakelse i mestringsgruppen Blues mothers, for å få mer kunnskap om kvinnes behov og om mestringsgruppen kunne ivareta noen av disse behovene.</p>	<p>Coping group Expectations Postpartum depression Shame Social support</p>	<p>Kvalitativ studie som benytter en narrativ innfallsvinkel med forklarende design.</p> <p>Studien er basert på intervjuer med kvinner som har deltatt i blues mothers.</p> <p>Deltakerne var i alderen 21-35 år. Syv av ni var førstegangsmødre, seks av ni bodde med barnefaren.</p> <p>Materialet ble analysert i tråd med en tematisk-narrativ analyse.</p>	<p>Resultatene ble delt inn i tre hovedtemaer med åtte undertemaer som forklarer og gir innsikt i hvilke erfaringer kvinnene gjorde seg i forbindelse med svangerskap og fødsel.</p> <p>Et hovedfunn i artikkelen var at mestringsgrupper med fokus på psykoedukasjon er viktige tiltak hvor sentrale elementer fører til mindre isolasjon, fremme erfaringsutveksling, kunnskap om depresjon, redusere skam og styrke kvinnens mestringsressurser.</p>	<p>Hvordan åpenhet og samhold med andre mødre i samme situasjon kan bidra som en positiv faktor for kvinners opplevelse med fødselsdepresjon.</p>

Litteraturmatrise 2: Women's experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Bilszta, J., Bulst, A. Erickson, J. & Milgrom, J. (2010). Womens' experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care. <i>Australian journal of advanced nursing. Volume 27 number 3.</i> 44-54. Hentet fra: http://www.ajan.com.au/</p> <p>Nivå 1</p>	<p>Hvordan kvinner erfarer å ha fødselsdepresjon og hvordan depresjonen påvirket deres evne til å aktivt søke hjelp.</p> <p>I tillegg utforskes også hva slags type hjelp de ønsket, og hvilke holdninger de ble møtt med fra helsepersonell, venner og familie, eller samfunnet generelt. Har holdningene, og evt hvordan har holdningene påvirket kvinnene til å søke hjelp, og hvilke type behandling de ønsker/mottar?</p>	<p>Postnatal depression</p> <p>Barriers to care</p> <p>Patients beliefs and attitudes</p> <p>Qualitative</p>	<p>Kvalitativ studie med fokus gruppe med 40 deltakere.</p> <p>Disse deltakerne ble rekruttert fra enten private poliklinikker eller kommunale støtteprogram.</p> <p>Fokus gruppene fikk en diskusjonsguide som de skulle svare på og i etterkant ble svarene analysert ved bruk av en fortolkende fenomenologisk analyse.</p>	<p>Resultatene samlet åtte hovedtemaer som omfattet blant annet opplevelse rundt selve depresjonen og erfaringer rundt det å søke hjelp og holdninger som møtte dem.</p> <p>Et sentralt funn i denne artikkelen var også mangelfull tilgang på informasjon og instanser til å håndtere slike saker.</p> <p>Fødselsdepresjonen og symptomene som denne diagnosen gir, påvirker mødres valg til å aktivt søke hjelp. I tillegg påvirker holdningene mødrene blir møtt med også deres valg til å motta hjelp. Konklusjonen er at det trengs økt kunnskap rundt fødselsdepresjon, både hos helsepersonell, mødrene og pårørende til den rammede.</p>	<p>Denne artikkelen belyser utfordringer rundt forventninger og realitet.</p> <p>Den beskriver også mye om forhold til helsepersonell.</p>

Litteratormatrise 3: Older mothers experience of postnatal depression

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Hannan, J. (2016) Older mothers' experience of postnatal depression. <i>British Journal of Midwifery</i>, 24, (01), 28-36. DOI: http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2016.24.1.28</p> <p>Nivå 1</p>	<p>Hvordan opplever førstegangsfødende mødre i alderen 30-35 år fødselsdepresjon?</p>	<p>Postnatal depression</p> <p>Older mothers</p> <p>Counselling</p> <p>Primiparous women</p>	<p>Kvalitativ studie med to intervjuer med et 4-6 mnd mellomrom. Intervjuene ble analysert ved bruk av IPA (interpretative phenomenological analysis).</p> <p>Inklusjonskriteriene var at alle deltakere skulle være førstegangsfødende 30år ></p> <p>Studien ekskluderte også mødre som har hatt tidligere erfaringer med depresjon, for å utelukke annen type depresjon.</p> <p>Fire mødre i alderen 30-35 ble valgt. Alle var gift og hadde høyere utdanning.</p>	<p>Mødrene i artikkelen hadde alle høye forventninger til morsrollen. De har alle opplevd suksess gjennom jobb, lever normale liv uten store utfordringer. I tillegg er ønsket etter barn svært stort.</p> <p>Forventningene og realiteten var svært ulike og mange opplevde derfor at de mislyktes som mor. De kjente alle at noe ikke var som det skulle og opplevde depressive symptomer. I stedet for å søke hjelp, eller innse at de var rammet av fødselsdepresjon, økte de heller sin prestasjon som mor og glemte å fokusere på sin egen velvære.</p> <p>Åpenhet rundt fødselsdepresjon er en viktig del av forberedelsene for morsrollen, særlig hos eldre mødre, ettersom at forventninge.</p>	<p>Den beskriver ulikhetene mellom forventninger og realitet og hvordan disse kvinnene håndterte dette. Dette kan vi bruke til å belyse problematikken når forventning og realitet ikke samsvarer.</p> <p>Den tar for seg stigma og det å miste sin egen identitet, noe som kan være relevant i vår studie.</p>

Litteratormatrise 4: Acceptance and Experience of Treatment for Postnatal Depression in a Community Mental Health Setting

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>McCarthy, M. & McMahon, C. (2007) Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community health setting. <i>Health care for Women International</i>, 2008 (29) 618-637.</p> <p>Hentet fra: https://www.tandfonline.com/loi/uhcw20</p> <p>Nivå 2</p>	<p>Å kartlegge hvilke faktorer som påvirker mødre til å ta avgjørelsen om å motta behandling og aksept for diagnosen.</p> <p>Å beskrive kvinners erfaringer av behandlingen for å skape forståelse rundt engasjement innen behandling.</p>	<p>Ingen nøkkelord oppgitt.</p>	<p>Kvalitativ studie gjennom intervjuer og analyse av informasjon de mottok gjennom samtalene.</p> <p>Deltagerne var kvinner som hadde mottatt behandling for fødselsdepresjon.</p> <p>Aldersspranget var 27-41 år og omfattet 15 kvinner. Alle var i forhold med barnefaren, med variasjon av hvor mange barn de hadde fra før.</p>	<p>Barrieren til å søke hjelp var relatert til at kvinnene ikke forstod at de led av depresjon. Det foreslås at kvinner kanskje ikke er i stand til å gjenkjenne fødselsdepresjon fordi bevisstgjøring av depresjonstegnene ikke er særlig god.</p> <p>En annen barriere knyttet til å søke behandling var stigma rundt fødselsdepresjon. Det oppleves som skammelig og stigmatiserende når mødre ikke når idealet samfunnet har skapt rundt morsrollen. Fødselsdepresjon ble omtalt som en fjern og alvorlig diagnose, som ingen snakket om. Når det først ble nevnt var det kun ekstreme eksempler som kom opp, hvor den deprimerte moren fremstilles som en gal psykopat. Aksept rundt diagnosen kom da kvinnene begynte å åpne seg om sine problemer og erfaringer, og dermed destigmatiserte diagnosen. Bare det å vite at dette var en normal tilstand, som mange normale mødre opplevde, var en lettelse for alle som deltok i studien.</p>	<p>Selv om artikkelen er fra 2007, er stigma rundt fødselsdepresjon og utfordringer rundt aksept, svært aktuelt.</p> <p>Denne artikkelen forteller mye om stigmaet og skammen som er knytt til fødselsdepresjon, noe som er en av faktorene vi skal diskutere i studien.</p> <p>Resultatet om blant annet at åpenhet bryter stigma, er et funn vi kommer til å trekke frem vi vår studie.</p>

Litteratormatrise 5: A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>M. Haga, S. Lynne, A. Slinning K. Kraft, P. 2011. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. <i>Scandinavian journal of caring sciences, volume 26, issue 3, s. 458-466.</i></p> <p>doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x</p> <p>Nivå 1</p>	<p>Studiens hensikt er og finne ut hvorfor noen kvinner finner overgangen til å bli mor så emosjonell at de føler et nivå av depresjon som påvirker både mor, barn og familie, samtidig som andre finner mest innhold og mening etter å ha fått et barn.</p>	<p>Qualitative study</p> <p>Postpartum depressive symptoms</p> <p>Breastfeeding</p> <p>Mastery</p> <p>Social support</p>	<p>Kvalitativ tilnærming. Tape-intervju ble samlet inn fra 12 kvinner som opplevde fødselsdepresjon. Det ble brukt åpne spørsmål slik kvinnene hadde muligheten til å fortelle sin historie.</p>	<p>Resultat: To tilnærminger til morsrollen kom tydelig fram i intervjuene, som forfatterne refererer til som «avslappet» og «kontrollert». Disse tilnærmingene påvirket hvordan mødre hadde sett for seg fødselen og barselperioden, og deres behov for mestring og støtte. Mange mødre opplevde ulike symptom som tilsa at det hadde enten mild eller moderat form for fødselsdepresjon og alle var enige om at det å få et barn er en massiv omveltning i livet. Kvinnene sa også uavhengig av spørsmål at sosiale medier, slik som samtalegrupper var til stor hjelp. Her kunne kvinnene snakke fritt, sammenligne seg med andre og føle en form for normalitet – at flere har opplevd det samme og kommet seg igjennom det.</p> <p>Konklusjon; Faste og jevne møter med jordmor og helsesøster/sykepleier gjennom graviditeten og tiden etter fødsel gir unike muligheter til å forebygge og tidlig kunne identifisere symptom. Følelsen av å ikke mestre morsrollen og at forventningene til morsrollen var meget høye gav kvinnene en følelse av og ikke handtere den nye situasjonen med barnet. Kvinnene sier også at de ikke var forberedt nok på morsrollen.</p>	<p>Vi ønsker å bruke denne artikkelen for å understreke viktigheten med støtte (ikke bare fra sosiale medier, men også fra andre kvinner, familien og helsepersonell) og følelsen av mestring er viktig for at kvinnen skal føle at hun håndterer den nye livsstilen. Den tar for seg mange faktorer som påvirker opplevelsen, som vi mener er viktig å belyse.</p>

Litteratormatrise 6: Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Rollans, M., Schmied, V., Kemp, L., & Meade, T. (2013). Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. <i>BMC Women's health</i> 13:18.</p> <p>http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-13-18</p> <p>Nivå 1</p>	<p>Beskrive kvinners erfaring av psykososial undersøkning og depresjons-screeing. Videre vil studien også forklare ulike reaksjoner på deltakelsen og hvordan ulike fremgangsmåter påvirket de som deltok</p>	<p>Psychosocial assessment</p> <p>Depression screening</p> <p>Mental health, Women's health</p> <p>Postnatal depression</p> <p>Domestic violence screening</p> <p>Midwifery Nursing</p>	<p>Dette er en kvalitativ, etnografisk (som vil si en studie av folkenes levesett) studie som inkluderte 34 kvinner som var observert i en klinikk av 18 jordmødre/helsepersonell. Det ble brukt observasjonsverktøy, intervjuer og notater for å analysere systematisk og kunne identifisere forskjeller</p>	<p>Det fleste deltakerne i studien fortalte at det var uforbredt på hvor personlige spørsmålene var, og hvordan de ble stilt. Kvinnene fortalte og at hvordan jordmødrene og helsesykepleier nærmet seg situasjonen spilte en stor rolle for hvordan kvinnene følte seg i etterkant av samtalen. Konklusjonen ble til at det er viktig at helsesektoren forbereder kvinner på denne type gjennomføring og at pleien som blir utført er utført med respekt, empati og forståelse</p>	<p>Denne artikkel er relevant da den viser hvordan helsepersonell kan bidra til at pasienter med PPD føler seg vell i møte med oss. I tillegg belyser den godt hvordan kvinnene opplevde helsepersonell, og hvordan de opplevde samtalen med helsepersonell. Dette er svært relevant da et negativt møte med sykepleier kan være en negativ faktor som påvirker kvinnene i den retning at de ikke opplever tillit til helsepersonell, som igjen kan påvirke valget deres med å søke hjelp, fortelle om vanskelige tanker osv.</p>

Litteratormatrise 7: Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Evans, M., Donelle, L. & Hume-Loveland, L. (2011). Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. <i>Patient Education and Counseling</i>, volume 87, s. 405-410.</p> <p>Doi: https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.09.011</p> <p>Nivå 2</p>	<p>Denne studien undersøkte hvordan kvinnene opplevde støtten de fikk ved å være medlem i en gruppe på internett. Den undersøkte også verdien av og være medlem i en slik gruppe</p>	<p>Postpartum Postpartum depression Social support Online support groups Mothers</p>	<p>Her ble det brukt kvalitativ metode for å finne ut hvordan sosiale grupper på internett relaterer seg til kvinner's erfaring med fødselsdepresjon. Det ble først søkt med ulike søkeord på google får å finne onlinegrupper. Det ble funnet 11 ulike grupper som inneholdt tematikken med fødselsdepresjon. Kun en gruppe ble valgt å fokusere på da denne gruppen va daglig aktiv, var innom landegrensen og hadde skriftlig tillatelse fra moderatoren på gruppen. Data fra gruppene i form av digitale meldinger ble brukt. Det dominerende temaet gjennom alle meldingene var søke etter informasjon og behovet for emosjonell støtte og erfaringsdeling</p>	<p>Totalt ble 512 innlegg fra gruppen lagret og gått gjennom. Fra disse kom det fram at 41.6% søkte emosjonell støtte, 37.5% søkte informasjon og 20.9% søkte praktisk støtte. Gjennom alle innleggene gikk det igjen med utfordringer med barnet. Deretter fikk den motløse moren trygge, empatiske og aksepterende tilbakemeldinger fra andre mødre som har opplevd det samme.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant da vi fant ut fra andre forskningsartikler at sosial støtte har mye å si for opplevelsen av fødselsdepresjon. Etter at vi analyserte den, så vi at den hadde mange gode momenter som vi mener er viktig. Den belyser at sosial støtte er meget viktig for at kvinnen skal oppleve trygghet og tilhørighet til en gruppe.</p>

Litteraturmatrise 8: When giving life start to take the life out of you: women´s experiences of depression after childbirth

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Buultjens, M. & Liamputtong, P. (2006). When giving life start to take the life out of you: women´s experiences of depression after childbirth. <i>British journal of midwifery</i> 23, 77-91.</p> <p>Doi: 10.1016/j.midw.2006.04.002</p> <p>Nivå: 1</p>	<p>Fange opp stemmer av mødre som hver dag kjemper mot fødselsdepresjon.</p>	<p>Motherhood</p> <p>Depression after childbirth</p> <p>Womens experience</p> <p>Australian women</p>	<p>10 kvinner som har blitt diagnostisert med fødselsdepresjon deltok i intervju. Kvalitativ metode ble brukt for å sikre djupe å erfarte opplevelser</p>	<p>Det er stort stigma og skam knytt til sykdommen. Kvinner var mye misfornøyd etter fødsel da de følte at de ikke handterte morsrollen godt, og ikke mestret daglige aktiviteter. De følte heller ikke et umiddelbart mor-barn-bånd med den nyfødte, noe som økte følelsen av å være mislykket som nybakt mor.</p>	<p>Vi ønsker å bruke denne artikkelen da den belyser mange viktige faktorer både positivt og negativt, her under sosial støtte, møte med helsepersonell og forventninger.</p>

